

MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM SYSTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA				
Nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		MZ-29A Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej		Nazwa i adres zakładu podmiotu leczniczego
Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.				REGON zakładu podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
TERYT podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		Przekazać za pomocą portalu https://soz.ezdrowie.gov.pl w terminie składania sprawozdań zgodnie z Pbssp 2016 (z danymi za rok 2016)		TERYT zakładu 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
--------------------------------	--	--------------------------------

Sprawozdanie wypełniają placówki zarejestrowane w RPWDL z kodami: 5160, 5161, 5162, 5163, 5170, 5171, 5172, 5180, 5182, 5260, 5272, 5360.

Uwaga! Danych wykazanych w sprawozdaniu MZ-29A nie należy wykazywać w sprawozdaniach MZ-11, MZ-29 i MZ-30.

Część I. Dane dla całego podmiotu

Czy zakład posiada certyfikat	Akredytacji?		Jakości?	
	tak	1	tak	1
	nie	2	nie	2

Dział 1. Kadra (w osobach) – stan w dniu 31 XII.

Osoby prowadzące (będące właścicielami) prywatne gabinety, praktyki lekarskie, pielęgniarskie oraz położnych, a także właściciele podmiotów niepublicznych, powinny być wykazane tylko w rubryce 1.

Wyszczególnienie	Udzielający świadczeń ogółem (w osobach, stan w dniu 31. 12.)	W tym		
		zatrudnieni na podstawie stosunku pracy ¹⁾		Zatrudnieni w ramach umowy cywilno-prawnej (w osobach, stan w dniu 31. 12.)
		razem (w osobach)	z kolumny 2 zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy	
0	1	2	3	4
Ogółem	01			
lekarze	02			
w tym psychiatry	03			
pielęgniarki ogółem	04			
w tym ze specjalizacją psychiatryczną	05			
psycholodzy	06			
pedagodzy	07			
rehabilitanci	08			
fizjoterapeuci	09			
terapeuci zajęciowi	10			
logopedzi	11			
opiekunowie	12			
specjaliści terapii uzależnień	13			
instruktorzy terapii uzależnień	14			
pracownicy socjalni	15			
salowe	16			

¹⁾ Zatrudnieni na podstawie: umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania (zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.)

Liczba osób pracujących na zasadach wolontariatu

Dział 2. Struktura wieku przebywających w dniu 31 grudnia 2016 r. (dla wszystkich oddziałach łącznie).

Wyszczególnienie		Stan pacjentów w dniu 31.12					
		opieki stacjonarnej		opieki domowej		opieki dziennej	
		ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety
0		1	2	3	4	5	6
Liczba pacjentów w dniu 31 .12	01						
Z wiersza 01 w wieku lat	do 18	02					
	19-40	03					
	41-60	04					
	61-64	05					
	65-74	06					
	75-79	07					
	80 i więcej	08					
Z wiersza 01 pacjenci, którzy nie opuszczają łóżek	09					X	X

Uwaga! Liczba pacjentów wykazanych w wierszu 1 w kolumnach 1, 3, 5 nie powinna być większa jak liczba miejsc wykazanych w poszczególnych rodzajach opieki.

Część II Działalność według rodzaju opieki.

Dział 3. Opieka stacjonarna.

Nazwa i kod podmiotu/oddziału			Miejsca (stan w dniu 31.12)	Średnia liczba miejsc w ciągu roku	Liczba pacjentów w dniu 31.12 poprzedniego roku		Przybyło		Ubyło				Liczba pacjentów objętych opieką w ciągu roku sprawozdawczego		Osobodni pobytu	
					ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety	wypisani		zmarli		ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety
									ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety				
0			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Podmiot/oddział pielęgnacyjno- opiekuńczy	5160	1														
Podmiot/oddział pielęgnacyjno- opiekuńczy dla dzieci	5161	2														
Podmiot/oddział pielęgnacyjno- opiekuńczy psychiatryczny	5162	3														
Podmiot/oddział pielęgnacyjno- opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	5163	4														
Podmiot/oddział opiekuńczo- lecznicy	5170	5														
Podmiot/oddział opiekuńczo- lecznicy dla dzieci i młodzieży	5171	6														
Podmiot/oddział opiekuńczo- lecznicy psychiatryczny	5172	7														
Hospicjum stacjonarne	5180	8														
Oddział opieki paliatywnej	5182	9														

Średnią liczbę miejsc oblicza się sumując liczbę miejsc wg stanu na koniec każdego miesiąca w roku i dzieląc otrzymaną sumę przez liczbę miesięcy w roku.

Dział 4. Opieka dzienna

Nazwa i kod podmiotu/oddziału			Miejsca (stan w dniu 31.12.)	Liczba pacjentów objętych opieką w ciągu roku sprawozdawczego		Osobodni pobytu	
				ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety
0			1	2	3	4	5
Podmiot/oddział pielęgnacyjno- opiekuńczy	5160	1					
Podmiot/oddział pielęgnacyjno- opiekuńczy dla dzieci	5161	2					
Podmiot/oddział pielęgnacyjno- opiekuńczy psychiatryczny	5162	3					
Podmiot/oddział pielęgnacyjno- opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	5163	4					
Podmiot/oddział opiekuńczo-leczniczy	5170	5					
Podmiot/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci i młodzieży	5171	6					
Podmiot/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	5172	7					
Hospicjum stacjonarne	5180- 5182	8					
Podmiot/oddział dzienny pielęgnacyjno- opiekuńczy psychiatryczny	5260	9					
Zakład/oddział dzienny opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	5272	10					

Dział 5. Opieka domowa

W dziale tym wykazujemy wszystkich pacjentów objętych opieką domową przez wszystkie podmioty/oddziały opieki długoterminowej (o kodach 5160-5360)

Wyszczególnienie		Liczba pacjentów objętych opieką w ciągu roku sprawozdawczego	
		ogółem	w tym kobiety
0		1	2
Objęci opieką domową razem	1		
W tym dzieci i młodzież	2		

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)