

MINISTERSTWO ZDROWIA
CENTRUM SYSTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA

Nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		MZ-30 Sprawozdanie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej	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://csioz.gov.pl w terminie składania sprawozdań zgodnie z Pbssp 2017 (z danymi za rok 2017)	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
--------------------------------	--	--------------------------------

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.)

Przed wypełnieniem sprawozdania prosimy zapoznać się z objaśnieniami.

Dział 1. Dane Ogólne

Właściwe zaznaczyć

Rodzaj zakładu	Szpital psychiatryczny	<input type="checkbox"/>	
	Ośrodek leczenia odwykowego	<input type="checkbox"/>	
	Ośrodek rehabilitacyjny dla narkomanów (także MONAR)	<input type="checkbox"/>	
Główne źródło finansowania	Narodowy Fundusz Zdrowia	<input type="checkbox"/>	
	Budżet centralny	<input type="checkbox"/>	
	Inne (jakie?)	
Rodzaj posiadanego certyfikatu	Akredytacja	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	Certyfikat jakości	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

Dział 2. Niektóre dane dotyczące bazy stacjonarnej

Wyszczególnienie	Liczba łóżek/miejsc stan w dniu 31.12	Średnia liczba łóżek w okresie sprawozdawczym	Łóżkodni nieczynne z powodu remontu	Leczeni bez ruchu międzyoddziałowego	Osobodni leczenia
0	1	2	3	4	5
Ogółem					

Dział 3. Personel działalności podstawowej.

Wyszczególnienie		Udzielający świadczeń ogółem	Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy			Pracujący w ramach umowy cywilnoprawnej	
			razem	w tym pełno-zatrudnieni	opłacone godziny pełno i niepełno zatrudnionych	razem	w tym w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat
0		1	2	3	4	5	6
Lekarze (łącznie z rezydentami, bez konsultantów)		01					
w tym	psychiatrzy Ist.	02					
	Psychiatrzy II st. i specjaliści psychiatrzy (w systemie jednostopniowym)	03					
Pielęgniarki		04					
Psycholodzy		05					
Specjaliści terapii uzależnień		06					
Instruktorzy terapii zajęciowej		07					
Terapeuci zajęciowi		08					
Pracownicy socjalni		09					
Inni terapeuci (jacy?)		10					
Psychoterapeuci z certyfikatem (niezależnie od wykazania ich w innych w/w kategoriach)		11					

Dział 4. Działalność i zatrudnienie na oddziałach

Nazwa oddziału		Kod identyfikacyjny	Liczba łóżek/miejsc	Średnia liczba łóżek/miejsc	Leczeni ¹	Osobodni leczenia	Lekarze stan w dniu 31.12.			Opłacone godziny pełno- i niepełnozatrudnionych na umowach o pracę						
							ogółem na umowach o pracę	w tym pełno-zatrudnieni	pracujący w ramach umów cywilnoprawnych	lekarze	pielęgniarki	psycholodzy	specjaliści terapii uzależnień	instruktorzy terapii uzależnień	terapeuci zajęciowi	pracownicy socjalni
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	01															
	02															
	03															
	04															
	05															
	06															
	07															
	08															
	09															
	10															
	11															
	12															
	13															
	14															
	15															
	16															
	17															
	18															
	19															
	20															
	21															
	22															
	23															
	24															
	25															
	26															
	27															
	28															
	29															

¹ Z ruchem międzyoddziałowym

Dział 5. Zakłady i pracownie diagnostyczne**1. Pracownie badań czynnościowych (należy wybrać i zaznaczyć odpowiednią opcję)**

Czy w szpitalu jest pracownia	1 – tak	2 – nie	Liczba aparatów
0	1	2	2
a) echokardiografii	1	2	
b) elektroencefalografii	1	2	
c) elektromiografii	1	2	

Uwaga! Jeżeli zakreślona jest odpowiedź „tak” w kolumnie 2 należy podać liczbę aparatów.

2. Pracownie diagnostyczne (należy wybrać i zaznaczyć odpowiednią opcję)

Czy w szpitalu jest pracownia	1 – tak	2 – nie
a) diagnostyki laboratoryjnej	1	2
b) bakteriologii	1	2
c) wirusologii	1	2

3. Zakłady radiologii i diagnostyki izotopowej (należy wybrać i zaznaczyć odpowiednią opcję)

Czy w szpitalu jest pracownia	1 – tak	2 – nie	Jeśli tak, podać czas pracy w zmianach
a) rentgenodiagnostyki	1	2	
b) ultrasonografii	1	2	
c) diagnostyki izotopowej	1	2	
d) tomografii komputerowej	1	2	
e) rezonansu magnetycznego	1	2	

Uwaga! W przypadku odpowiedzi „tak” należy podać liczbę zmian pracy zakładu (maksymalnie 5)

4. Zakłady patologii (patomorfologii) (należy wybrać i zaznaczyć odpowiednią opcję)

Czy w szpitalu jest	1 – tak	2 – nie
a) pracownia histopatologii	1	2
b) pracownia autopsyjna (prosektorium)	1	2

5. Sprzęt medyczny (stan w dn. 31.12.) (Należy wykazać sprzęt będący własnością jednostki)

Wyszczególnienie	Liczba aparatów
0	1
a) analizator biochemiczny wieloparametrowy	01
b) gammakamera	02
c) litotrypter	03
d) akcelerator liniowy	04
e) rezonans magnetyczny	05
f) urządzenie angiograficzne, zestaw do badań naczyniowych	06
g) tomograf komputerowy	07
h) echokardiograf (ultrasonograf kardiologiczny)	08
j) mammograf	09
k) aparat RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową	10
l) aparat RTG z torem wizyjnym	11

6. Czy w szpitalu jest apteka: (należy wybrać i zaznaczyć odpowiednią opcję)

1 – tak	2 – nie
---------	---------

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)

.....
(pieczętka imienna i podpis osoby działającej
w imieniu sprawozdawcy)

Objaśnienia do formularza MZ-30

Za prawidłowe sporządzenie sprawozdania rocznego MZ-30 odpowiada kierownik sekcji dokumentacji chorych.

Resortowy kod zakładu i kod identyfikacyjny oddziału muszą być zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz 594) wydanym na podstawie art. 105 ust 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.).

Psychiatryczny Podmiot Leczniczy wypełnia formularze MZ-30 dla każdego przedsiębiorstwa/jednostki organizacyjnej wchodzącego w skład Podmiotu. Podstawę wypełnienia działów 2 i 4 stanowią dzienne zestawienia oraz dziennik ruchu chorych oddziału. Informacje dotyczące kadr zobowiązana jest dostarczyć odpowiednia komórka zakładu.

DZIAŁ 2

Łóżko jest to łóżko umieszczone na stałe w sali chorych z pełnym wyposażeniem, zaopatrzone w pościel i zajęte przez chorego lub gotowe do jego przyjęcia. Do łóżek wlicza się także łóżka czasowo nieczynne z powodu remontu, jeżeli znajdowały się one w planie rocznym. Do łóżek wlicza się również łóżka czasowo dostawione, ale uwzględnia się tylko te miesiące w roku w których łóżka funkcjonowały pełny miesiąc. Do łóżek nie wlicza się łóżek wyłączonych z eksploatacji z powodu remontu trwającego dłużej niż jeden rok kalendarzowy.

Średnią liczbę łóżek oblicza się, dodając liczby łóżek według stanu na koniec poszczególnych miesięcy w okresie sprawozdawczym, i dzieląc otrzymaną sumę przez liczbę miesięcy w danym okresie (w roku przez 12).

Liczba „łóżkodni” nieczynnych z powodu remontu stanowi iloczyn dni i łóżek wyłączonych z powodu remontu w ciągu roku sprawozdawczego.

Liczba leczonych w okresie sprawozdawczym równa jest sumie liczby chorych przebywających w zakładzie (oddziale) w dnia 31.12. roku sprawozdawczego, liczby wypisanych i zmarłych w roku sprawozdawczym. **Liczba osobodni leczenia** stanowi sumę liczby dni pobytu wszystkich chorych w okresie sprawozdawczym, z tym że dzień przyjęcia i dzień wypisania liczy się jako jeden dzień pobytu.

DZIAŁ 3 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 1, 2, 3) – dotyczy osób zatrudnionych zarówno na pełnych, jak i niepełnych etatach, z określoną liczbą godzin pracy.

Pracujący w ramach umowy cywilnoprawnej (kolumny 4, 5) – dotyczy osób zatrudnionych na umowach-zleceniach oraz umowach ryczałtowych.

We wszystkich wierszach (od 01 do 11) kolumny 3 wpisuje się liczbę opłaconych godzin osób wpisanych w kolumnie 1.

W DZIALE 4 powinny być wykazane wszystkie oddziały opieki całodobowej oraz placówki prowadzące działalność leczniczą w rodzaju **innym** niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (oddziały dzienne, hostele itp.) posiadające łóżka lub miejsca dla chorych.

W kolumnie 0 działu 4 należy wpisać potoczną, ogólnie przyjętą nazwę oddziału (np. „IB”, „F4”, „Odwykowy”, „Dzienny”).

W kolumnie 1 działu 4 należy wpisać 4-znakowy resortowy kod identyfikacyjny oddziału oraz dwie cyfry określające kolejny oddział o tym samym profilu w tej samej jednostce organizacyjnej (od 01, 02, 10, 11 itd.). W przypadku placówek prowadzących działalność leczniczą w rodzaju innym niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (oddziały dzienne, hostele itp.) w kolumnie 1 „liczba łóżek” należy wpisać odpowiednią liczbę miejsc pozostających w dyspozycji danej komórki.

Uwaga! W dziale 2, w liczbie ogółem w zakładzie, nie uwzględnia się ruchu międzyoddziałowego, natomiast w dziale 4 ruch oddziałowy musi być uwzględniony.