

Krzysztof NYCZAJ, Jacek RUSZKOWSKI

Wykorzystanie dokumentacji szpitalnej w badaniach statystycznych ochrony zdrowia

Działania służące poprawie, naprawie lub utrzymaniu zdrowia realizowane są na trzech poziomach: makro, mezo i mikro. Poziom makro to: Ministerstwo Zdrowia, Centrala NFZ, Główny Inspektorat Sanitarny, Główny Inspektorat Farmaceutyczny, Państwowy Zakład Higieny. Główna ich funkcja dotyczy opracowywania i wdrażania ram prawno-organizacyjnych funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Do poziomu mezo zaliczane są podmioty i instytucje o zasięgu wojewódzkim (urzędy wojewódzkie, urzędy marszałkowskie, oddziały wojewódzkie NFZ, wojewódzkie centra zdrowia publicznego, wojewódzkie inspektoraty sanitarne i farmaceutyczne), których zadaniem jest organizowanie i zapewnienie opieki zdrowotnej, a także monitorowanie stanu zdrowia mieszkańców województwa, kontraktowanie świadczeń, monitorowanie zagrożeń, zarządzanie kryzysem. Poziom mikro stanowią dostawcy usług zdrowotnych — zakłady opieki zdrowotnej, praktyki lekarskie oraz apteki¹.

Osiąganie celów opieki zdrowotnej na wszystkich trzech poziomach zarządzania uwarunkowane jest dostępem do prawidłowo opracowanych informacji statystycznych. Istotnym generatorem tych informacji jest szpital, którego rola wynika z realizacji takich funkcji, jak: identyfikowanie zagrożeń, opracowywanie nowych koncepcji leczenia, weryfikacja procedur leczenia, postulowanie

¹ Warto zauważyć, że nawet przejście na system ubezpieczeniowy nie spowodowało generalnej redefinicji ról realizowanych na poszczególnych jej poziomach. Potwierdzają to nieudane próby pozyskiwania przez regionalne kasy chorych ubezpieczonych zamieszkałych w sąsiednich województwach, niezrealizowane koncepcje łączenia kas w ponadregionalne organizmy czy ostateczne odstąpienie od koncepcji branżowej kasy chorych.

nowych kierunków badań medycznych i farmakologicznych, testowanie sprzętu medycznego i środków farmakologicznych, prowadzenie badań naukowych, organizowanie dydaktyki dla kadry medycznej, a także profilaktyka i prewencja, leczenie czy tworzenie miejsc pracy (Holly, Suchecka, 2009).

Procesy informacyjne², w których bierze udział szpital, to: sprawozdawczość dotycząca zdarzeń medycznych, badania demograficzne i zasilanie systemu ewidencji ludności, rozliczenia i sprawozdawczość dotycząca świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz monitorowanie potencjału systemu ochrony zdrowia.

BADANIE HOSPITALIZACJI — PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY

Informacje o przyczynach i częstości hospitalizacji są najczęściej wykorzystywane w analizie i ocenie stanu zdrowia populacji. W badaniu dotyczącym hospitalizacji uczestniczą m.in. szpitale ogólne, sanatoria gruźlicy i chorób płuc, sanatoria i szpitale uzdrowiskowe. Badaniem objęto wszystkie osoby chore le-

² Ze względu na wagę tych informacji dane statystyczne dostarczane przez szpital muszą być: poprawne, prawdziwe i wiarygodne. Dane prawdziwe to dane, które są zgodne ze stanem faktycznym. Przez dane wiarygodne należy rozumieć dane, które ich odbiorca ocenia jako prawdziwe, gdyż wzbudzają jego zaufanie. Dane poprawne to dane, wśród których odbiorca nie stwierdził błędów. Wykrycie błędów przez odbiorcę uprawnia go do odmowy przyjęcia danych (Wdowiak i in., 2003).

czony w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według: przyczyn, płci, wieku, długości pobytu, miejsca leczenia, miejsca zamieszkania. Źródłem danych jest karta statystyczna leczenia szpitalnego ogólna (MZ/Szp11). Dane dotyczące hospitalizacji są przekazywane przez szpitale do regionalnego centrum zdrowia publicznego, gdzie przeprowadzana jest ich weryfikacja, a następnie są kierowane do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego — Państwowego Zakładu Higieny. Istotna rola badania polega na tym, że obejmuje ona wszystkich leczonych. Badania realizowane są w ramach Programu badań statystycznych statystyki publicznej.

BADANIA ZACHOROWAŃ NA NOWOTWORY — WOJEWÓDZKIE SZPITALA ONKOLOGICZNE, INSTYTUT ONKOLOGII

Zachorowania na nowotwory są objęte badaniem pełnym. Źródłem danych jest Karta zgłoszenia nowotworu złośliwego (MZ/N-1a). Kartę wypełnia lekarz po rozpoznaniu lub podejrzeniu nowotworu złośliwego oraz raka *In situ* zarówno przy pierwszym, jak i kolejnym zgłoszeniu się pacjenta, w czasie którego została stwierdzona zmiana mająca związek z rozpoznaną chorobą. Karta przekazywana jest do tzw. regionalnych rejestrów onkologicznych zlokalizowanych przy wojewódzkich centrach (szpitalach) onkologicznych (właściwych dla miejsca zamieszkania pacjenta), gdzie zostaje przekształcona na formę elektroniczną. Przypadki zgłoszonego rozpoznania czy podejrzenia nowotworu podlegają obserwacji na podstawie kolejnego zgłoszenia dokonywanego przez lekarza specjalistę. Obserwacje przeprowadzają analitycy obsługujący regionalne rejestry onkologiczne. W przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego zgłaszają ten fakt do Krajowego Rejestru Nowotworów zlokalizowanego przy Instytucie Onkologii w Warszawie. Badania realizowane są w ramach Programu badań statystycznych statystyki publicznej.

ZWALCZANIE ZAKAŻEŃ I CHOROÓB ZAKAŻNYCH — INSPEKCJA SANITARNA

Jednostki stacjonarnej opieki zdrowotnej odgrywają istotną rolę w zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych. To w tych jednostkach odnotowywane są przypadki zatruc oraz groźnych chorób zakaźnych. Zgodnie z ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi³ każdy szpital ma obowiązek przekazywania na bieżąco informacji do powiatowych i wojewódzkich rejestrów zachorowań o wszystkich przypadkach zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego.

³ Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008 r., Nr 234, poz. 1570).

Informacje te stanowią źródło danych o sytuacji sanitarno-epidemiologicznej w kraju dla Głównego Inspektora Sanitarnego.

INFORMACJA O ZGONACH I URODZENIACH — URZĘDY STANU CYWILNEGO, GUS

Szpital spełnia bardzo ważną rolę w badaniach demograficznych prowadzonych w ramach Programu badań statystycznych statystyki publicznej oraz uczestniczy w procesach informacyjnych systemu ewidencji ludności⁴. Podstawowe źródło danych stanowią dokumenty: Karta statystyczna do karty zgonu oraz Zgłoszenie urodzenia dziecka. Dokumenty te wypełniane są przez lekarzy w zakresie danych identyfikacyjnych i przyczyn zgonu osoby zmarłej oraz informacji o urodzonym dziecku, a następnie przez Urząd Stanu Cywilnego (USC) w zakresie cech społeczno-ekonomicznych.

Karta zgonu wypełniana jest w dwóch egzemplarzach. Jeden egzemplarz Karty, po wypełnieniu przez lekarza stwierdzającego zgon oraz przez pracownika USC, przekazywany jest do odpowiedniego Urzędu Statystycznego, w którym zostają uzupełnione takie informacje, jak: kod terytorialny miejsca rejestracji oraz ostatnie faktyczne miejsce zamieszkania osoby zmarłej, symbol przyczyny zgonu (przez lekarza orzekającego dla celów statystycznych). Drugi egzemplarz stanowi podstawę dla USC do sporządzenia aktu zgonu przez USC oraz aktualizacji systemu PESEL. Jego fragment wydawany jest również dla celów pochowania zwłok.

Zgłoszenie urodzenia dziecka również sporządzane jest w dwóch egzemplarzach. Jeden z nich służy USC do celów ewidencji ludności, a drugi celom statystycznym.

ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH — NFZ

Ustawa o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych⁵ narzuciła szpitalom obowiązek prowadzenia szczegółowej sprawozdawczości na rzecz publicznego płatnika. Szpitale prowadzą rejestry świadczeń, w których ewidencjonuje się udzielone świadczenia wynikające z umowy o świadczeniu opieki zdrowotnej. Zakres informacji przekazywanych wojewódzkim oddziałom NFZ w trybie miesięcznym obejmuje: dane dotyczące osób, którym udzielono świadczenia, terminu jego wykonania oraz szczegółową charakterystykę świadczenia, a ponadto informację o liczbie oczekujących w poszczególnych komórkach organizacyjnych szpitala. Szczegółowy zakres danych przekazywanych przez za-

⁴ Ok. 99% urodzeń i ok. 50% zgonów ma miejsce na terenie szpitali.

⁵ Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 z 2004 r., poz. 2135, z późn. zm.).

kłady opieki zdrowotnej publicznemu płatnikowi określa rozporządzenie ministra zdrowia⁶. Mając na uwadze fakt, że zdecydowana większość świadczeń szpitalnych finansowana jest ze środków publicznych można postawić tezę, że postulat wdrożenia Rejestru Usług Medycznych, przynajmniej w tym zakresie opieki zdrowotnej, został już zrealizowany. Otwartą kwestią pozostaje natomiast sposób wykorzystania zgromadzonych danych w zakresie optymalizacji opieki zdrowotnej.

MONITOROWANIE ORGANIZACJI I POTENCJAŁU — MINISTER ZDROWIA, WOJEWODOWIE

Kluczową rolę w monitorowaniu potencjału organizacyjnego systemu ochrony zdrowia odgrywa rejestr zakładów opieki zdrowotnej prowadzony przez wojewodów i ministra zdrowia. Zgodnie z art. 12 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zakład opieki zdrowotnej może prowadzić działalność medyczną tylko po uzyskaniu odpowiedniego wpisu do tego rejestru⁷. Obowiązkiem rejestracji objęte są więc jednostki i komórki organizacyjne szpitala, których działalność związana jest w sposób bezpośredni z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Nadawane są im kody identyfikacyjne (V i VIII część kodu resortowego), które poprzez ich skojarzenie z numerem księgi rejestrowej ZOZ jednoznacznie identyfikują w skali kraju każdą jednostkę i komórkę organizacyjną szpitala (poradnia, oddział, pracownia).

Zakres przedmiotowy działalności szpitala można opisać za pomocą następujących klasyfikatorów⁸ części kodu resortowego:

- VI — charakter jednostki organizacyjnej,
- VIII — specjalność komórki organizacyjnej,
- IX — funkcja ochrony zdrowia (tryb udzielania świadczeń) realizowana w komórce organizacyjnej,
- X — dziedzina medyczna komórki organizacyjnej.

W rejestrze ZOZ gromadzone są również informacje umożliwiające identyfikację położenia szpitala i jego jednostek organizacyjnych na podstawie kodów

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 123 z 2008 r., poz. 801).

⁷ Chociaż decyzja o wpisie zakładu do rejestru jako taka nie jest z punktu widzenia prawnego typowym zezwoleniem czy koncesją nadawaną organowi założycielskiemu, np. spółce prawa handlowego (tak jak jest to w przypadku innej działalności gospodarczej), to jednak spełnia *de facto* taką rolę. Decyzję o rejestracji zakładu opieki zdrowotnej należy traktować jako swoiste zezwolenie nadane organowi założycielskiemu na prowadzenie działalności medycznej w konkretnych komórkach i jednostkach zakładu.

⁸ Klasyfikatory wykorzystywane do opisu zakresu przedmiotowego działalności ZOZ w ramach kodów resortowych stanowią załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania.

TERYT, a także informacje dotyczące ilości i rodzaju łóżek znajdujących się w poszczególnych oddziałach szpitalnych. Ważną rolę w monitorowaniu potencjału organizacyjnego szpitali odgrywają wojewódzkie centra zarządzania kryzysowego usytuowane przy wojewodzie. W ustalonych odstępach czasu (najczęściej jednodniowych) zbierane są tam informacje o dostępności świadczeń na wybranych oddziałach szpitalnych (np. chirurgicznych). Pozwala to na bieżącą aktualizację planu zabezpieczenia działań ratunkowych w województwie.

Informacje o potencjale organizacyjnym szpitali są również ewidencjonowane przez NFZ. Charakteryzują się one wysoką precyzją ponieważ każdy podmiot, który stara się o kontrakt z NFZ musi zarejestrować swój tzw. profil. Obejmuje on zakres przedmiotowy działalności (podobnie jak rejestr zakładów opieki zdrowotnej), szczegółowe informacje o posiadanym sprzęcie, dane o lokalizacji i dostępności oraz dokładne informacje o zatrudnionym personelu medycznym i jego dostępności.

IDENTYFIKACJA SZPITALA

Warunkiem dobrego funkcjonowania statystycznego systemu informacyjnego ochrony zdrowia jest prawidłowa identyfikacja szpitala pod względem podmiotowym (struktura organizacyjna) oraz przedmiotowym. Występujące różnice w stosowanej terminologii oraz w sposobach identyfikacji znacząco utrudniają analizy i badania statystyczne. Przykładowo, na koniec 2007 r. według danych z rejestru REGON liczba szpitali wynosiła 1254 (łącznie z filiami — 1574), natomiast według rejestru zakładów opieki zdrowotnej było ich 1462 (z filiami — 1942). Z kolei według danych pochodzących z oficjalnych publikacji statystycznych Ministerstwa Zdrowia oraz GUS na koniec 2007 r. było 790 szpitali ogólnych (z filiami — 825).

Definicja szpitala

Zarówno przepisy prawne, jak i literatura przedmiotu nie podają precyzyjnej definicji szpitala. Obowiązująca ustawa o zakładach opieki zdrowotnej odróżnia szpital od zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, sanatorium i hospicjum, fragmentarycznie odwołuje się do pojęcia „szpital uniwersytecki” oraz „szpital kliniczny”. Pojęcie „szpitala” w pewnym stopniu uszczegółowiono w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej. Tak zwana klasyfikacja rodzaju dostawców opieki zdrowotnej została skonstruowana na podstawie *Międzynarodowej Klasyfikacji Dostawców Usług i Dóbr z Zakresu Ochrony Zdrowia — ICHA-HP*. W ramach szpitalnictwa wyróżznie ona m.in.: szpitale wielospecjalistyczne, psychiatryczne i odwykowe, całodobowe ośrodki leczenia odwykowego i psychiatrycznego, szpitale jedno-specjalistyczne, sanatoria, stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej, szpitale uzdrowiskowe oraz szpitale „jednego dnia”.

Nieco inne definicje pojawiły się w projekcie nowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która podkreślała wagę całodobowego leczenia w szpitalu. Zgodnie z nią *szpital to zakład opieki zdrowotnej, który udziela przez całą dobę kompleksowych świadczeń zdrowotnych w zakresie ratowania życia, diagnozowania, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub innych stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej, w którym okres pobytu pacjenta nie powinien być dłuższy niż okres niezbędny do udzielenia tych świadczeń*. W porównaniu do obecnie obowiązującej ustawy o ZOZ, wyraźnie rozróżniono szpital od zakładu rehabilitacji leczniczej. Podobne podejście można zauważyć w definicjach zawartych w polisach towarzystw ubezpieczeniowych. Według BRE Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji SA oraz Link 4 *szpital to działający zgodnie z prawem zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony dla chorych, wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniających chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego. Definicja szpitala nie obejmuje ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków dla leczenia uzależnień od narkotyków, alkoholu i innych, ośrodków sanatoryjnych, ośrodków rehabilitacyjnych oraz ośrodków wypoczynkowych*.

W odróżnieniu od Klasyfikacji rodzajów dostawców opieki zdrowotnej, PKD 2007 jednoznacznie wyłącza z pojęcia „szpitalnictwa” placówki dla osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków oraz psychiatryczne placówki rekonwalescencyjne. Klasyfikacja ta w żadnym miejscu nie uwzględnia zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych. W pewnym stopniu zostało to natomiast sprecyzowane w statystyce publicznej poprzez powiązanie rodzajów formularzy statystycznych (formularze serii MZ i ZD) z rodzajami zakładów opieki zdrowotnej:

ZESTAWIENIE OBOWIĄZKÓW SPRAWOZDAWCZYCH JEDNOSTEK OPIEKI ZDROWOTNEJ

Formularze sprawozdawcze	Przedmiot sprawozdawczości	Podmiot sprawozdawczy
MZ-29	sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego	szpitale ogólne
MZ-29a	sprawozdanie o działalności zakładu długoterminowej, stacjonarnej opieki zdrowotnej	zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja i inne zakłady stacjonarnej długoterminowej opieki zdrowotnej oprócz psychiatrycznej
MZ-30	sprawozdanie zakładu psychiatrycznej opieki stacjonarnej	szpitale dla nerwowo i psychicznie chorych, ośrodki leczenia odwykowego, ośrodki rehabilitacji dla narkomanów (także prowadzone przez fundacje i stowarzyszenia)
ZD-2	sprawozdanie z lecznictwa uzdrowiskowego, sanatorium rehabilitacyjnego	szpitale uzdrowiskowe, sanatoria rehabilitacyjne

Źródło: opracowanie własne.

Odrębne sklasyfikowanie zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjów, szpitali dla nerwowo i psychicznie chorych oraz szpitali uzdrowiskowych i sanatoriów rehabilitacyjnych można potraktować jako zawężenie pojęcia „szpitala” na potrzeby statystyki publicznej. Posługuje się ona terminem „szpitala ogólnego”. Termin ten ma swój odpowiednik w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej pod nazwą „szpital wielospecjalistyczny”⁹.

Nazwa „zakład opieki stacjonarnej” jest pojęciem szerszym od pojęcia „szpitala”. Według projektu nowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej: *Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej to zakłady przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu*. Projekt ustawy do stacjonarnego zakładu zalicza ponadto: szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład rehabilitacji leczniczej, sanatorium uzdrowiskowe, szpital uzdrowiskowy oraz hospicjum.

Stacjonarna opieka zdrowotna a hospitalizacja

System kodów resortowych dla ZOZ w ramach tzw. klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia, zbudowanej na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcji Ochrony Zdrowia (ICHA — HC) w ramach opieki stacjonarnej, wymienia świadczenia: leczenie stacjonarne, rehabilitację stacjonarną oraz stacjonarną długoterminową opiekę pielęgnacyjną, jednocześnie wyłączając z niej tzw. opiekę dzienną (leczenie, rehabilitację „jednego dnia” i długoterminową opiekę dzienną). Pojęciem węższym od „stacjonarności” jest pojęcie „hospitalizacji”. Zgodnie z definicjami wykorzystywanymi w statystyce publicznej *...hospitalizacją nazywane jest świadczenie udzielone w stacjonarnym oddziale szpitalnym trwające co najmniej jedną noc (czas liczony od chwili wpisu do książki głównej do chwili wypisu)*. W takim rozumieniu z hospitalizacją będziemy mieli do czynienia na oddziałach szpitalnych. Pobyt pacjenta powyżej 24 godzin w innych niż szpitale ośrodkach opieki stacjonarnej hospitalizacją już nie będzie. Podobnie traktują to pojęcie prywatne towarzystwa ubezpieczeniowe, np. Towarzystwo Link4 Life (*hospitalizacja — trwający powyżej jednego dnia pobyt uprawnionego w szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała, wyłącznie gdy nie można leczenia prowadzić w warunkach ambulatoryjnych. Okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy się w dniu wypisania uprawnionego ze szpitala*). Chociaż i tu zdarzają się wyjątki, np. według BRE Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji SA *...pobyt w szpitalu to stałe, nieprzerwane przebywanie Ubezpieczonego w szpitalu w celu*

⁹ Pojęcie *szpital wielospecjalistyczny* można utożsamiać z pojęciem *general hospital* zawartym w *System of Health Accounts — SHA*.

leczenia, trwające nie krócej niż 4 dni od dnia przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, do dnia wypisania Ubezpieczonego ze szpitala.

**PLACÓWKI OCHRONY ZDROWIA
(JEDNOSTKI ORGANIZACYJNE)
WEDŁUG ZASTOSOWANYCH DEFINICJI**

Wyszczególnienie	Liczba placówek ochrony zdrowia
Jednostki organizacyjne:	
szpitalnictwa	2027
opieki stacjonarnej	2510
udzielające świadczeń w trybie stacjonarnym	2396
szpitalnictwa udzielające świadczeń w trybie stacjonarnym na oddziałach szpitalnych (hospitalizujące)	1349

Zróznicowany zakres pojęcia „szpitala”, jego częste zamienne stosowanie z pojęciem „zakład opieki stacjonarnej” oraz zamienne stosowanie pojęć „stacjonarna opieka zdrowotna” i „hospitalizacja” to jedna z podstawowych przyczyn różnic w statystyce ochrony zdrowia.

Szpital jako jednostka organizacyjna

Każdy ZOZ ma swoją strukturę organizacyjną, na którą składają się jednostki organizacyjne (szpitale, przychodnie, stacje pogotowia ratunkowego) i komórki organizacyjne (pracownie, poradnie, oddziały). Podobnie jak w przypadku pojęcia „szpital” brak jednoznacznej definicji jednostki organizacyjnej utrudnia analizę systemu ochrony zdrowia. Przykładowo, jak traktować sytuację, kiedy kilka szpitali łączy się w jeden i równocześnie przekształca się je w jego wewnętrzne jednostki organizacyjne? Czy mamy nadal do czynienia z kilkoma szpitalami czy też z jednym? Drugie pytanie to: kiedy mamy do czynienia z odrębną jednostką organizacyjną zakładu?

Statystyka publiczna oraz rejestr podmiotów gospodarki narodowej REGON posługują się pojęciem „jednostki lokalnej”. Zgodnie z nim *...jednostka lokalna to zorganizowana całość (zakład, oddział, filia itp.) położona w miejscu zidentyfikowanym odrębnym adresem, pod którym lub z którego prowadzona jest działalność przez co najmniej jedną osobę pracującą*. Od tej generalnej zasady w rejestrze REGON istnieją wyjątki:

- jednostki organizacyjne zlokalizowane pod tym samym adresem są odrębnymi jednostkami lokalnymi, jeżeli samodzielnie sporządzają bilans;

- jednostki lokalne stanowią tę część organizacyjną, która jest objęta odrębną rejestracją prawną;
- jednostki prowadzące działalność w zakresie transportu (np. pogotowie ratunkowe) należy traktować jako jednostki lokalne według miejsca, z którego są wydawane polecenia lub w którym jest organizowana praca;
- w przypadku udzielania usług wyłącznie u klienta (np. świadczenia zdrowotne udzielane w domu pacjenta), jednostką lokalną jest miejsce zamieszkania lub siedziba firmy, która te usługi wykonuje.

Krajowy Rejestr Sądowy oraz przepisy kodeksu handlowego nie zawierają definicji jednostki czy oddziału przedsiębiorcy. Można ją za to znaleźć w ustawie o swobodzie działalności gospodarczej. Według ustawy *...oddziałem jest wyodrębniona i samodzielna organizacyjnie część działalności gospodarczej wykonywana poza siedzibą przedsiębiorcy*. Zgodnie z prawem handlowym samodzielność organizacyjna oznacza m.in. prowadzenie osobnej księgowości, osobne sporządzanie bilansów oraz realne umocowanie do działania.

Najszerszą definicję jednostki organizacyjnej zawiera obowiązująca ustawa o ZOZ. Według jej zapisów, do zaistnienia jednostki organizacyjnej wystarczy jej wyodrębnienie w dokumentach organizacyjnych zakładu, czyli statucie, regulaminach organizacyjnych oraz porządkowych. Jednostki te powinny być uwzględnione w księgach rejestrowych zakładów opieki zdrowotnej.

Rozbieżności terminologiczne powodują brak spójności danych zawartych w rejestrach administracyjnych. Jednostki organizacyjne zarejestrowane w rejestrze REGON jako jednostki lokalne (np. przychodnia, filia szpitala) bardzo często nie są nimi w rozumieniu prawa handlowego, a tym samym nie podlegają obowiązkowi rejestracji w KRS lub ewidencji działalności gospodarczej. Natomiast jednostki organizacyjne zakładu wyodrębnione na podstawie ustawy o ZOZ i zarejestrowane w jego rejestrze nie muszą być jednostkami lokalnymi w rozumieniu ustawy o statystyce, a tym bardziej oddziałami w rozumieniu prawa handlowego.

Podsumowanie

Szpitala to ważne podmioty w systemie informacyjnym ochrony zdrowia. Generują blisko 1/3 globalnych wydatków na ochronę zdrowia¹⁰, w tym ponad 40% wydatków ze środków publicznych. Szpitale stanowią swoiste „węzły informacyjne” systemu opieki zdrowotnej w Polsce, gdzie koncentrują się procesy badań statystycznych realizowanych w ramach badań nad stanem zdrowia ludności, systemu monitorowania zagrożeń epidemiologicznych, planowania i zapewnienia opieki zdrowotnej, monitorowania potencjału organizacyjnego syste-

¹⁰ *Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2006*. Notatka informacyjna Departamentu Badań Społecznych GUS z 24 czerwca 2008 r.

mu ochrony zdrowia. Poprawna i jednoznaczna identyfikacja szpitala jako rodzaju dostawcy usług i dóbr z zakresu ochrony zdrowia, w tym ustanowienie precyzyjnej jego definicji, stanowi obecnie jedno z najważniejszych zagadnień metodologicznych w systemie ochrony zdrowia.

mgr Krzysztof Nyczaj — GUS

dr hab. n. med. Jacek Ruszkowski — Akademia Leona Koźmińskiego w Warszawie

LITERATURA

Holly R., Suchecka J. (2009), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź-Warszawa

Wdowiak L., Czubek A., Jarosz M., Horoch A. (2003), *Kluczowe problemy konstrukcji systemów informacyjnych wspomagających zarządzanie opieką zdrowotną*, „Zdrowie Publiczne”, nr 3

SUMMARY

The key role of a hospital as a source of statistical information on health care system is presented in the article. Basic information processes were presented in which a hospital participates including information covered by the Statistical Survey Program of Official Statistics. The authors point out that the special role of each hospital as a source of information at inpatient health care acquires the unambiguous identification of a hospital in its activity as well as organization structure. Differences in the used terminology significantly hinder analyses and conducting surveys.

РЕЗЮМЕ

В статье представляется важная роль больницы в качестве источника статистической информации в системе здравоохранения. Статья указывает на основные информационные процессы, в которых принимает участие больница, в том числе охваченные Программой статистических обследований официальной статистики. Авторы обращают внимание на то, что особая роль больницы в качестве источника информации в стационарном здравоохранении влияет на необходимость недвусмысленного идентифицирования больницы в области деятельности и организационной структуры. Разницы в используемой терминологии значительно осложняют анализ и проведение статистических обследований.