

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

319

Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce

Nowe wyzwania



Redaktorzy naukowi

Maria Węgrzyn

Marek Łyszczak

Dariusz Wasilewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2013

Redaktor Wydawnictwa: Barbara Majewska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Agata Wiszniowska

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej www.dbc.wroc.pl,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2013

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-343-4

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Spis treści

Wstęp	9
<hr/>	
Część 1. Uwarunkowania prawne prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze – nowe wyzwania	
<hr/>	
Agnieszka Rabiega-Przyłęcka: Przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe (w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej)	13
Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz: Podmiot leczniczy w systemie ochrony zdrowia w procesie zmian systemowych i legislacyjnych	26
Anna Hnatyszyn-Dzikowska: Ewolucja regulacji w opiece zdrowotnej – teoretyczne ramy analizy	35
Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko: Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w świetle nowych regulacji prawnych	45
Marzena Pytlarz: Kluczowe etapy realizacji przedsięwzięcia PPP w ochronie zdrowia (na przykładzie Szpitala Powiatowego w Żywcu).....	54
Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński: Nowy sposób kompensacji szkód medycznych – uwagi o charakterze materialno-prawnym i procesowym.....	65
Bogusław Stankiewicz: Współczesne wyzwania rynku dla przedsiębiorstw z sektora uzdrowiskowego (studium przypadku – Uzdrowisko „Kołobrzeg” S.A.)	76
Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj: Problem liczby szpitali w Polsce w kontekście ich definicji i statystyki publicznej	84
<hr/>	
Część 2. Uwarunkowania ekonomiczno-finansowe prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze	
<hr/>	
Dorota Korenik: Przesłanki i sposoby poprawy kondycji finansowej oraz infrastruktury usług zdrowotnych świadczonych przez podmioty lecznicze sektora publicznego (samorządowego)	97
Joanna Śmiechowicz: Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny w Polsce – problemy i ocena stanu faktycznego	109
Joanna Wiśniewska: Tworzenie i ewidencja funduszy własnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej w świetle zmian przepisów prawnych w latach 1991-2012.....	119

Aleksandra Szewieczek: Szczególne uwarunkowania działalności publicznych podmiotów leczniczych w świetle nowej ustawy o działalności leczniczej.....	130
Justyna Kujawska: Efektywność zmian finansowania szpitali.....	147
Agnieszka Bem: Organizacja i finansowanie ratownictwa medycznego.....	158
Marta Cholewa-Wiktor: Nowoczesne metody zarządzania szpitalem.....	168
Magdalena Jaworzyńska: Wycena procedur medycznych w praktyce zakładów opieki zdrowotnej	177
Izabela Rydlewska-Liszkowska: Ekonomiczne determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych – biznesowe podejście do medycyny pracy	185
Marcelina Walczak: Dietetyk w systemie ochrony zdrowia w Polsce i wybranych krajach.....	194
Dorota Chmielewska-Muciek: Diagnoza kultury organizacyjnej ośrodków pomocy społecznej w województwie lubelskim	218

Summaries

Part 1. Legal determinants of conducting activities by health care entities – new challenges

Agnieszka Rabiega-Przyłęcka: The conversion of independent public health-care units into capital companies (against the background of the act on medical activities).....	25
Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz: Therapeutic entity in health care system in the process of systemic and legislative change.....	34
Anna Hnatyszyn-Dzikowska: Evolution of regulation in healthcare – theoretical framework of analysis	44
Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko: Principles of medical documentation management in the light of new legislative regulations	53
Marzena Pytlarz: Key stages of a PPP initiative in health care (on the example of a regional hospital in Zywiec).....	64
Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński: New way of medical damage compensation – substantive and procedural law remarks	75
Bogusław Stankiewicz: Modern market challenges for business of spa (case study – “Kołobrzeg spa S.A.”).....	83
Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj: The problem of the number of hospitals in Poland in the context of their definition and public statistics	93

**Part 2. Economic-financial determinants of conducting activities
by health care entities**

Dorota Korenik: Evidence and ways to improve the financial condition and infrastructure of health services provided by public (self-government) sector medical entities	108
Joanna Śmiechowicz: Realization of health care tasks by territorial authorities in Poland – problems and evaluation of current situation.....	118
Joanna Wiśniewska: Independent public health care institutions own funds creation and evidence in the light of legislation changes in the years 1991-2012	129
Aleksandra Szewieczek: Selected problems of the functioning of public health care organizations in the light of the new act of health care activity	146
Justyna Kujawska: Efficiency of hospital founding changes	157
Agnieszka Bem: Organization and financing of medical rescue	167
Marta Cholewa-Wiktor: Modern methods of hospital management	176
Magdalena Jaworzyńska: Valuation of medical procedures in health care system	184
Izabela Rydlewska-Liszkowska: Economic determinants of health services units functioning – business case for occupational health activities	193
Marcelina Walczak: Dieticians in healthcare system in Poland and in selected countries.....	217
Dorota Chmielewska-Muciek: Diagnosis of the organizational culture of social welfare centres in Lublin Voivodeship	226

Dariusz Wasilewski

Instytut Wiedza i Zdrowie

Krzysztof Nyczaj

Główny Urząd Statystyczny

PROBLEM LICZBY SZPITALI W POLSCE W KONTEKŚCIE ICH DEFINICJI I STATYSTYKI PUBLICZNEJ

Streszczenie: Odpowiedź na pytanie: ile jest w Polsce szpitali, to jeden z kluczowych problemów od wielu lat nurtujących organizatorów ochrony zdrowia. Informacje podawane przez oficjalny Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia odbiegają znacząco od danych zawartych w rejestrach państwowych oraz uzyskiwanych w toku projektów badawczych. Źródło tych niejasności to brak jednoznacznej i precyzyjnej definicji szpitala oraz sposobu jego identyfikacji. Zmiany prawne, które zaszły na przełomie 2011/2012 r., jeszcze bardziej skomplikowały to zagadnienie. Wprowadzono m.in. pojęcie przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, które utożsamiono z jednostką lokalną w rozumieniu ustawy o statystyce publicznej, wprowadzono trzy kategorie przedsiębiorstw w miejsce dotychczas stosowanej międzynarodowej klasyfikacji rodzajów dostawców ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: szpital, statystyka, system, opieka zdrowotna.

DOI: 10.15611/pn.2013.319.08

„Pracownicy nauki często traktują definiowanie pojęć jako nudną konieczność, której trzeba się pozbyć jak najprędzej. Wynikiem tej niechęci do definiowania są często badania prowadzone tak, jak operacja chirurgiczna wykonywana przy pomocy tępych narzędzi. Chirurg musi ciężiej pracować, pacjent więcej cierpieć, a szanse powodzenia maleją. Tak jak narzędzie chirurgiczne, tak definicje tępieją w miarę używania i wymagają częstszego ostrzenia i w końcu i wymiany”¹. W ten swoisty sposób wybitny amerykański naukowiec podkreślił konieczność stałego doskonalenia terminów i definicji. Uwaga ta idealnie pasuje do rozważenia problemu definicji szpitala w polskim systemie ochrony zdrowia. Brak spójności terminologicznej w tym względzie poważnie utrudnia analizy statystyczne i pełen ogląd porównawczy tak ważny w sytuacji zmian systemowych i bezpośrednio odnoszących się do konstrukcji formalnoprawnej szpitali.

¹ R.L. Ackoff, *O system pojęć systemowych*, „Prakseologia” 1973, nr 2.

Wydaje się, że informacja o liczbie szpitali w Polsce jest powszechnie dostępna. W rzeczywistości jednak występuje duży problem z ustaleniem obiektywnych danych, a przy tym informacje te bardzo się różnią między sobą. Sama statystyka publiczna nie wypełnia swego obowiązku, co podaje w wątpliwość rzetelność jej prowadzenia. Trudno dokonywać restrukturyzacji, jeśli zasoby najistotniejszego elementu opieki zdrowotnej są niedookreślone. Elementem podstawowym analiz jest dokładne opisywanie, w tym mierzenie potencjału zdefiniowanych jednoznacznie podmiotów. To jest jeden z paradoksów polskiej reformy ochrony zdrowia.

Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej² szpital to przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, tzn. wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych³. Według ustawy świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. Ustawodawca od świadczeń szpitalnych wyraźnie odróżnił tzw. stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż szpitalne, czyli świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach.

Te ogólne sformułowania były w roku wprowadzenia w życie ustawy przyczyną wielu wątpliwości. Przykładowo: szpitale psychiatryczne oraz uzdrowiskowe i rehabilitacyjne, dążąc do ominięcia obowiązku ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, wysuwały argument, że nie są już szpitalami, ale: stacjonarnymi zakładami opieki psychiatrycznej lub rehabilitacyjnej. W następstwie tych wątpliwości Ministerstwo Zdrowia w lipcu zeszłego roku wydało interpretację⁴, w której stwierdzono, że cechą przesądzającą o statusie szpitala jest posiadanie w strukturze organizacyjnej oddziału szpitalnego lub innej komórki opieki szpitalnej⁵. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia, jeśli podmiot leczniczy ma w swojej strukturze organizacyjnej taką komórkę organizacyjną, to powinien prowadzić szpital, niezależnie od tego, czy uznaje to za główny rodzaj swojej działalności czy też nie. Interpretacja Ministerstwa Zdrowia była o tyle ważna, że po raz pierwszy oficjalnie potwierdzono stosowaną od wielu lat w statystyce

² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU z 2011, nr 112, poz. 654.

³ Art. 2, ust. 2, pkt 6 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU z 2011, nr 112, poz. 654.

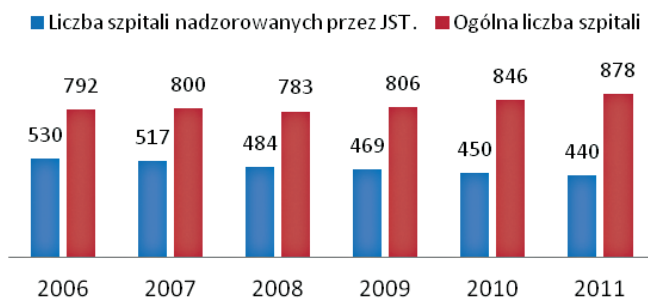
⁴ Interpretacja, pismo z dnia 23 lipca 2012 r. Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia do Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego.

⁵ Listę szpitalnych komórek organizacyjnych zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego ich nadawania, DzU z 28 maja 2012, poz. 594.

publicznej umowną zasadę definiowania szpitali. Jest ona nadal jednak bardzo ułomna, gdyż do uznania podmiotu leczniczego za szpital wystarczy fakt posiadania przynajmniej jednego oddziału z jednym łóżkiem.

Szpitałem więc będzie zarówno Zespół Przychodni Specjalistycznych SPZOZ w Tarnowie, który ma w swojej strukturze jeden oddział chirurgii jednego dnia z dwoma łózkami, jak i Powiatowy Zespół Szpitali z siedzibą w Oleśnicy, który ma *de facto* w swojej strukturze trzy szpitale: szpital w Oleśnicy (172 łózka), szpital w Sycowie (50 łózek) oraz zakład opieki długoterminowej w Sycowie (84 łózka), czy Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku dysponujący łącznie 1103 łózkami na 42 oddziałach szpitalnych, który jako jeden podmiot leczniczy posiada cztery wewnętrzne jednostki organizacyjne będące w rzeczywistości odrębnymi szpitalami: Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Nowej Rudzie (140 łózek), Szpital Rejonowy w Nowej Rudzie (87 łózek), Szpital Rejonowy w Kłodzku (676 łózek) oraz Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny w Kudowie-Zdroju (200 łózek). Uznawanie przez statystykę publiczną takich podmiotów za równorzędne ma poważne konsekwencje. Ze zmian co do samej liczby szpitali trudno bowiem wnioskować, czy potencjał lecznictwa szpitalnego wzrasta, czy też maleje. Przeglądając oficjalne statystyki można odnieść błędne wrażenie, że w latach 2006-2011 nastąpiła znacząca poprawa ogólnej dostępności do opieki szpitalnej oraz ograniczenie roli szpitali nadzorowanych przez jednostki samorządu terytorialnego.

Liczba szpitali w Polsce



Rys. 1. Liczba szpitali w Polsce

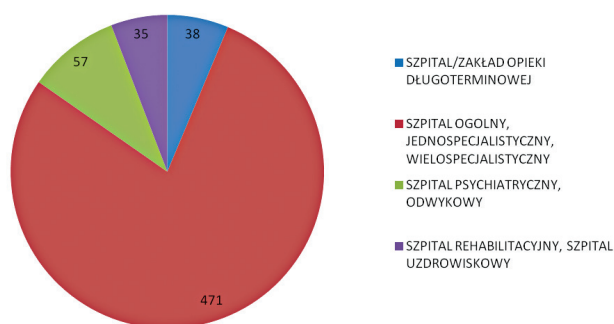
Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia.

Tabela 1. Liczba łózek w szpitalach ogólnych

Łózka w szpitalach ogólnych w latach 2008-2011			
2008	2009	2010	2011
183 565	183 040	181 077	180 606
100%	0,99714	0,989276	0,997399

Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia.

Jeśli jednak poddamy analizie różnice w ogólnej liczby łóżek, to okazuje się, że tak naprawdę niewiele się zmieniło w organizacji opieki szpitalnej. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych od lat pozostaje na niezmiennym poziomie. Podobnie jest z rolą szpitali samorządowych. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia z grudnia 2012 r. podaje, że na koniec 2011 r. szpitali nadzorowanych przez samorząd terytorialny było 440. Jednak z analiz danych zgromadzonych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL), sporządzonych na potrzeby projektu „Portrety Szpitali”⁶, wynika, że na koniec 2012 r. sama liczba szpitali ogólnych (wielospecjalistycznych i jednospecjalistycznych), nadzorowanych przez samorząd, wynosiła 471. Wszystkich podmiotów leczniczych, które zgodnie z nową nomenklaturą wyodrębniły lub powinny być wyodrębnić na koniec 2012 r. przedsiębiorstwo typu szpital, były natomiast 1163, w tym 567 nadzorowanych przez samorząd terytorialny.



Rys. 2. Liczba szpitali nadzorowanych przez samorząd

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zgromadzonych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Powyższe statystyki odbiegają znacząco od statystyk opracowanych na podstawie danych zgromadzonych w REGON-ie (według zgromadzonych w nim danych na koniec 2012 r. były 702 szpitale publiczne, w tym 522 nadzorowane przez samorząd terytorialny oraz 984 prywatne). Każdy podmiot gospodarczy oraz jego jednostki lokalne wykonujące działalność szpitalną otrzymują w rejestrze REGON, zgodnie z zasadami Polskiej Klasyfikacji Działalności, specjalny kod – 8610Z, przy czym działalność szpitalną rozumie się szerzej niż robi to obecnie Ministerstwo Zdrowia. Szpitalami według GUS są: szpitale ogólne oraz specjalistyczne, szpitale psychiatryczne, zakłady dla osób uzależnionych, szpitale zakaźne, szpitale położnicze, prewentoria, sanatoria, centra rehabilitacyjne i pozostałe placówki medyczne zapewniające

⁶ Portrety Szpitali – Mapy możliwości, czyli monitorowanie jakości usług publicznych i benchmarking z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem szpitali, dla których organem założycielskim jest samorząd terytorialny. Projekt finansowany z EFRR w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet V – Dobre rządzenie, realizowany przez Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu.

pacjentom zakwaterowanie i żywienia, szpitale wojskowe i w zakładach karnych. W odróżnieniu jednak od zasad wypracowanych przez Ministerstwo Zdrowia, aby podmiot gospodarczy został zakwalifikowany jako szpital, nie wystarczy prowadzić działalność w obszarze szpitalnictwa, ale musi to być tzw. przeważająca działalność, tj. mające największy udział wskaźnika (np. wartość dodana, produkcja brutto, wartość sprzedaży, wielkość zatrudnienia lub wynagrodzeń) charakteryzującego działalność jednostki. W konsekwencji, zdarza się, że w REGON-ie podmiot gospodarczy zostaje zakwalifikowany do grupy podmiotów udzielających świadczeń ambulatoryjnych (kod 8622Z – praktyka lekarska specjalistyczna), mimo że w swojej strukturze ma również jednostkę lokalną udzielającą świadczeń szpitalnych. Przykładem jest Specjalistyczny Zakład Profilaktyczno-Lecznicy „Provita” z Wrocławia, który przez REGON w całości został uznany za podmiot ambulatoryjny, chociaż, jak wynika z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, ma w swojej strukturze przedsiębiorstwo udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych inne niż szpitalne z dwoma oddziałami szpitalnymi (oddział rehabilitacyjny – 30 łóżek, oddział rehabilitacji dziennej – 30 łóżek), które równocześnie odznaczone zostało w rejestrze REGON jako jednostka lokalna tego podmiotu udzielająca świadczeń typowo szpitalnych.

Poważną ułomnością przyjętych w REGON-ie zasad klasyfikowania jest również uznawanie usług wykonywanych przez podmioty prywatne na terenie szpitali na zasadach outsourcingu (np. laboratoria, apteki szpitalne, obsługa sal operacyjnych, usługi anestezyjologiczne, usługi żywienia) za działalność szpitalną.

Znacząca różnica dotycząca liczby szpitali nadzorowanych przez samorząd, którą można zaobserwować porównując statystyki publikowane w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia ze statystykami opracowanymi na podstawie Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Publiczną oraz REGON-u, wynika również z tego, że statystyka publiczna dotychczas nie traktowała podmiotów leczniczych zorganizowanych w spółki samorządowe jako podmiotów publicznych. Zmiana co do liczby szpitali samorządowych w latach 2006-2011, które ukazuje Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, to prawdopodobnie właśnie wynik przekształceń własnościowych i komercjalizacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Jeśli bowiem porównamy liczbę szpitali nadzorowanych przez samorząd w roku 2006, którą podaje Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, z liczbą szpitali stanowiących w całości lub części własność samorządu, którą podaje REGON, to dojdziemy do wniosku, że ich liczba w latach 2006-2012 pozostaje praktycznie na niezmiennym poziomie.

W istniejącym do 2011 r. rejestrze zakładów opieki zdrowotnej szpital identyfikowano na dwóch poziomach, tj. zakładu opieki zdrowotnej jako całości oraz jednostki organizacyjnej⁷, przy czym kluczowa informacja dotyczyła jednostki organizacyjnej,

⁷ Zgodnie z definicją zawartą w obowiązującym w tym czasie Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej jednostka organizacyjna zakładu to wyodrębniona w statucie część zakładu.

której w rejestrze nadawano specjalny, międzynarodowy klasyfikator oznaczający rodzaj dostawcy opieki zdrowotnej (szpital, zakład rehabilitacji, przychodnia, pogotowie ratunkowe). Analizując dane z rejestru zakładu opieki zdrowotnej, można było odpowiedzieć np.: ile mamy zakładów opieki zdrowotnej, które wyodrębniły przynajmniej jedną jednostkę organizacyjną o charakterze szpital albo ile mamy jednostek organizacyjnych o charakterze szpital, które posiadają w swojej strukturze przynajmniej jeden oddział szpitalny.

Tabela 2. Liczba szpitali wg różnych źródeł danych

Źródło danych	Szpitale	Szpitale publiczne	Szpitale nadzorowane przez samorząd	Szpitale zorganizowane w spółki samorządowe	Szpitale niepubliczne
Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*	900	587	440	brak danych	313
Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą	1193	616	567	56	577
Rejestr Podmiotów Gospodarki Narodowej – REGON	1687	702	522	90	985

* dane uzupełnione o szpitale MSW

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministra Zdrowia za rok 2011 oraz danych pozyskanych z rejestru REGON oraz RPWDL (dane na koniec 2012 r.).

Tabela 3. Klasyfikacja szpitali obowiązująca w latach 2004-2011

HP.1 Szpitalnictwo (7)
HP.1.1 Szpital wielospecjalistyczny
HP.1.2 Szpital psychiatryczny i odwykowy (1)
HP.1.2.1 Całodobowy ośrodek leczenia odwykowego i psychiatrycznego
HP.1.3 Szpital jedno specjalistyczny (inny niż psychiatryczny i odwykowy)
HP.1.4 Sanatorium
HP.1.5 Zakład rehabilitacji leczniczej (stacjonarny)
HP.1.6 Zakład udzielający świadczeń jednodniowych
HP.1.7 Szpital uzdrowiskowy

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (DzU z 2012, nr 0, poz. 594, z późn. zm.).

Taki sposób identyfikacji i klasyfikowania szpitali zawiera szereg mankamentów. Wiele zakładów opieki zdrowotnej o rozbudowanej strukturze za jednostki organizacyjne typu szpital uznawało nie tylko jednostki znajdujące się pod innym adresem, będące faktycznie oddzielnymi szpitalami (np. z osobnymi izbami przyjęć), ale również kliniki zlokalizowane pod tym samym adresem, co bardzo często miało miejsce np. w przypadku instytutów czy szpitali uniwersyteckich. W konsekwencji prowadziło to do sztucznego zawyżania liczby szpitali w raportach przygotowywanych na podstawie danych zawartych w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej.

W 2011 r. Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej zastąpiono Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Wspomniane wyżej problemy próbowano usunąć odstępując od klasyfikowania jednostek organizacyjnych na rzecz klasyfikowania przedsiębiorstw. Ograniczono zakres możliwych do użycia kodów do trzech, a przedsiębiorstwo starano się utożsamić z jednostką lokalną występującą w rejestrze REGON.

Tabela 4. Klasyfikacja przedsiębiorstw obowiązująca od 2012 r.

Kod 1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne (szpital);
 Kod 2 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – inne niż szpitalne (np. zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej, hospicja);
 Kod 3 – Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (np. przychodnie, ośrodki zdrowia, laboratoria, zakłady diagnostyczne)

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (DzU z 2012, nr 0, poz. 594).

Problemu związanego z prawidłową identyfikacją szpitala nie udało się jednak zlikwidować, a to wskutek niejednoznacznych zapisów dotyczących relacji między pojęciami: przedsiębiorstwo, jednostka lokalna. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej⁸ „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego to jednostka lokalna w rozumieniu przepisów o statystyce publicznej, dla której nie sporządza się odrębnego bilansu, chyba że podmiot leczniczy postanowi inaczej w regulaminie organizacyjnym”. Natomiast jednostka lokalna, zgodnie z zasadami przyjętymi w statystyce publicznej i obowiązującymi w Rejestrze Podmiotów Gospodarki Narodowej, 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”⁹.

⁸ Art. 3 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU z 2011, nr 112, poz. 654.

⁹ Od tej generalnej zasady istnieją następujące wyjątki:

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

O ile więc każde przedsiębiorstwo wyodrębnione na mocy przepisów Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i odzwierciedlone w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą powinno mieć zawsze swój odpowiednik w postaci jednostki lokalnej wyodrębnionej na podstawie Ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej i odzwierciedlonej w REGON-ie, o tyle jednostka lokalna nie zawsze musi mieć status przedsiębiorstwa. Dobrze ten problem ukazuje porównanie sposobu wyodrębnienia przedsiębiorstw w Instytucie Kardiologii w Aninie oraz w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Warszawie. Instytut Kardiologii, który posiada trzy miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. na ul. Alpejskiej 42 (główna część instytutu), ul. Spartańskiej 1 (oddziały szpitalne z izbą przyjęć i blokiem operacyjnym) oraz na ul. Niemodlińskiej 23 (Zespół Poradni Specjalistycznych), zarejestrował w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą tylko dwa przedsiębiorstwa, tj. szpital i ambulatorium – obydwie z siedzibą przy ul. Alpejskiej 42. Równocześnie te dwa przedsiębiorstwa zarejestrował jako swoje dwie jednostki lokalne w rejestrze REGON, chociaż powinien posiadać trzy takie jednostki, – każdą odpowiadającą innemu adresowi, pod którym udzielane są świadczenia zdrowotne. Natomiast Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie, który udziela szpitalnych i ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w dwóch miejscach, tj. na ul. Działdowskiej 1 i na ul. Marszałkowskiej 24, zarejestrował w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą cztery przedsiębiorstwa: szpital i ambulatorium na ul. Działdowskiej 1 oraz szpital i ambulatorium na ul. Marszałkowskiej 24. Dążąc do zachowania spójności w zasadach nadawania numerów REGON, zarejestrował w Rejestrze Podmiotów Gospodarki Narodowej cztery jednostki lokalne, odpowiadające wyodrębnionym przedsiębiorstwom, chociaż powinien utworzyć tylko dwie takie jednostki, odpowiadające dwóm różnym adresom, pod którymi udziela się świadczeń zdrowotnych.

Niespójność między REGON-em a RPWDL pogłębia również inny sposób klasyfikowania rodzaju działalności jednostek lokalnych w REGON oraz odpowiadającym im przedsiębiorstw podmiotu leczniczego w RPWDL. Przykładowo Nowy Szpital Sp. z o.o. ma zarejestrowaną w REGON-ie jednostkę lokalną o numerze identyfikacyjnym REGON 81273119800054, która udziela świadczeń w Szczecinie przy ul. Pocztovej 1A, lok.1. Rodzaj działalności tej jednostki oznaczono kodem 8610Z – działalność szpitali. Równocześnie jednostka o tym samym identyfikatorze została zarejestrowana w RPWDL jako przedsiębiorstwo udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych pod adresem: Świecie, ul. Wojska Polskiego 126.

-
- jednostką lokalną są zawsze te części organizacji, który są objęte odrębną rejestracją prawną;
 - wszystkie jednostki prowadzące działalność w zakresie transportu (np. pogotowie ratunkowe) należy traktować jako jednostki lokalne według miejsc, z których są wydawane polecenia lub w których 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.

Obecnie instytucje prowadzące analizy dotyczące zmian w organizacji opieki zdrowotnej będą musiały więc zmierzyć się z podwójnym problemem. Do problemu związanego ze zmianą klasyfikacji doszedł problem dotyczący zmiany zasad wyodrębniania szpitala jako części podmiotu leczniczego. Jeśli do 2011 r. podmiot leczniczy miał w swojej strukturze kilka szpitali i przychodni (wyodrębnionych na poziomie jednostek organizacyjnych), to obecnie mogą one być traktowane jako jedno przedsiębiorstwo typu szpital i jedno przedsiębiorstwo typu ambulatorium, które z kolei mogą mieć jedno lub kilka adresów udzielania świadczeń zdrowotnych (jednostki lokalne). Analiza dotycząca struktury organizacyjnej 527 podmiotów leczniczych nadzorowanych przez samorząd terytorialny, wykonana w ramach projektu „Portrety Szpitali”, wykazała, że wyodrębniły one w RPWDL 2150 jednostek organizacyjnych oraz równocześnie 1915 jednostek lokalnych w REGON-ie. Chociaż globalnie różnica nie jest duża, to w przypadku niektórych podmiotów leczniczych jest ona bardzo znacząca. Przykładowo Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłobucku wyodrębnił aż 28 jednostek organizacyjnych, ale już tylko 3 jednostki lokalne. Z kolei Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” ze Szczecina posiada jedną jednostkę organizacyjną oraz 10 jednostek lokalnych.

4. Podsumowanie

Z perspektywy jednego roku funkcjonowania nowych zasad rejestrowania podmiotów leczniczych należy stwierdzić, że koncepcja odejścia od klasyfikowania jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego na rzecz klasyfikowania jego przedsiębiorstw była generalnie słuszna. Błędem jednak było odejście od stosowania międzynarodowej klasyfikacji dostawców opieki zdrowotnej, która obowiązywała w latach 2004-2011, gdyż dawała ona możliwość o wiele bardziej precyzyjnego opisu charakteru podmiotu leczniczego. Nieporozumieniem była próba integracji Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą z Rejestrem Podmiotów Gospodarki Narodowej poprzez utożsamienie przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego oraz jednostki lokalnej. Przedsiębiorstwo może mieć wiele miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych (jednostek lokalnych), a nie każda jednostka lokalna musi być zorganizowana w postaci przedsiębiorstwa. Konieczne jest również wskazanie cech jednoznacznie wyodrębniających przedsiębiorstwo w ramach struktury podmiotu leczniczego. W przypadku szpitala mógłby to być fakt posiadania odrębnej izby przyjęć, a w przypadku ambulatorium oddzielnej rejestracji.

Literatura

- Ackoff R.L., *O system pojęć systemowych*, „Prakseologia” 1973, nr 2.
Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za rok 2011, Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012.
Nyczaj K., *Interoperacyjność rejestrów medycznych*, „IT w Administracji”, lipiec 2013.

Nyczaj K., *Szpital jako przedsiębiorstwo*, „Służba Zdrowia”, lipiec/sierpień 2013.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (DzU z 2004, nr 169, poz. 1781).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego ich nadawania (DzU z 28 maja 2012, poz. 594).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (DzU z 2011, nr 221, poz. 1319, z późn. zm.).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2011, nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

THE PROBLEM OF THE NUMBER OF HOSPITALS IN POLAND IN THE CONTEXT OF THEIR DEFINITION AND PUBLIC STATISTICS

Summary: One of the key problems faced by health care administrators in Poland is the determination of the number of hospitals. The official tally provided in the official Statistical Bulletin of the Ministry of Health differs significantly from the numbers obtained from state registers and through scientific research. The disparity results mainly from the lack of precise and unambiguous definitions and classification principles. The legislative changes introduced at the turn of 2011 and 2012 brought additional complications, for example by establishing a new concept of "a health care entity company", interpreted as a territorial unit for statistical purposes (in accordance with the Polish Act on Public Statistics), and by adopting a new classification of three categories of health care entities, in place of the formerly adopted international classification of health care providers.

Keywords: hospital, statistics, system, health care.