

Krzysztof Nyczaj

Główny Urząd Statystyczny

DOSKONALENIE ZASAD KLASYFIKACJI I IDENTYFIKACJI ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W REJESTRZE ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Streszczenie: Autor omawia zasady klasyfikacji i identyfikacji zakładów opieki zdrowotnej (tzw. kody resortowe) oraz sposób ich kształtowania się na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat. Zmiany w systemie opieki zdrowotnej, których jednym ze skutków jest coraz większy poziom różnorodności i stopień komplikacji relacji i procesów w nim zachodzących, powodują wzrost zapotrzebowania na coraz bardziej precyzyjne narzędzia opisu zakresu przedmiotowego działalności placówek ochrony zdrowia oraz sposobów ich identyfikacji (systemy kodowania). Głównymi przyczynami tych zmian były: zmiany systemowe w organizacji opieki zdrowotnej na przełomie lat 1998-1999, wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a następnie doskonalenie zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez płatnika publicznego.

Słowa kluczowe: kody resortowe, struktura organizacyjna, rejestry zakładów opieki zdrowotnej.

1. Wstęp

Jedną z głównych funkcji rejestru zakładów opieki zdrowotnej jest ich klasyfikacja i identyfikacja. Na przestrzeni ostatnich 15 lat funkcja ta była trzykrotnie modyfikowana z powodu coraz większej złożoności systemu ochrony zdrowia. Podmioty funkcjonujące w sektorze ochrony zdrowia stawały się coraz bardziej różnorodne, a procesy zachodzące między nimi coraz bardziej skomplikowane (usamodzielnianie publicznych ZOZ, wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego). Konieczność „uchwycenia” bardzo różnych charakterystyk organizmów gospodarczych, jakimi są zakłady opieki zdrowotnej, zwiększało zapotrzebowanie na precyzyjniejsze systemy klasyfikacyjne i identyfikacyjne. Ponadto, konieczność zachowania międzynarodowej porównywalności prowadzonej polityki zdrowotnej postawiła przed krajowymi systemami klasyfikacyjnymi wymóg zachowania komplementarności. Jedną z podstawowych kwestii stało się wprowadzanie wspólnych pojęć, definicji, zasad klasyfikacji oraz reguł sprawozdawania.

Powiązanie rejestru z procesami kontraktowania świadczeń zdrowotnych wpłynęło na konieczność wiernego odzwierciedlenia potencjału rejestrowanych zakładów (liczba i rodzaj personelu, sprzęt medyczny, liczba łóżek). Również reforma administracyjna kraju była tym czynnikiem, który wpłynął w znaczący sposób na sposoby identyfikacji zakładów opieki zdrowotnej (zamiast dotychczasowych 50 organów rejestrowych pojawiło się 17, tj. wojewodowie + minister zdrowia).

2. Zakres i precyzja opisu zakresu przedmiotowego działalności zakładu

Zgodnie rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 stycznia 1992 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej zakres przedmiotowy działalności opisywany był poprzez tzw. podstawowe kierunki działania. Rozporządzenie nie wprowadzało jednak ich klasyfikacji i pozostawiało dowolność w ich opisie. Dowolność ta została ograniczona przez wydaną kilka miesięcy później instrukcję wypełniania formularzy rejestrowych. Zgodnie z nią klasyfikacja podstawowych kierunków działalności przedstawiała się następująco:

Grupa A – działalność stacjonarna

- szpitalna opieka podstawowa (w zakresie 4 specjalności: choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, położnictwo i ginekologia, choroby dziecięce),
- szpitalna opieka specjalistyczna,
- szpitalna opieka psychiatryczna,
- lecznictwo uzdrowiskowe,
- nieuzdrowiskowe leczenie sanatoryjne gruźlicy i chorób płuc oraz rehabilitacja lecznicza,
- działalność opiekuńczo-lecznicza i leczniczo-wychowawcza,
- inna działalność stacjonarna.

Grupa B – działalność ambulatoryjna

- podstawowa opieka zdrowotna,
- specjalistyczna opieka zdrowotna,
- podstawowa i specjalistyczna opieka stomatologiczna,
- psychiatryczna opieka zdrowotna,
- działalność laboratoryjna i diagnostyczna,
- ambulatoryjna działalność uzdrowiskowa,
- inna działalność ambulatoryjna.

Grupa C – działalność różna

- naukowa i dydaktyczna,
- pomoc doraźna,
- obrót krwią,
- sanitarno-epidemiologiczna,
- opieka dzienna i inna pośrednia,
- inna.

W rubryce księgi rejestrowej pn. *Podstawowe kierunki działalności* należało ponadto wymienić z nazwy wszystkie znajdujące się w strukturze organizacyjnej oddziały szpitalne. Ich klasyfikację wprowadzała wspomniana instrukcja (wymieniała ona około 100 rodzajów oddziałów szpitalnych). Oddziały oznaczano odpowiednimi kodami w ramach III poziomu systemu resortowych kodów identyfikacyjnych. Przykładowo: oddział chirurgiczny ogólny otrzymywał kod B400 („B” oznaczało komórki organizacyjne o charakterze stacjonarnym). Informacja o podstawowych kierunkach działania przedkładana była przez zakład na wniosku MZ/Wr-1, a informacja o oddziałach na arkuszu nr 3. Zasadą było przypisanie podstawowych kierunków działalności oraz posiadanych oddziałów szpitalnych do całego zakładu, a nie do jego poszczególnych jednostek organizacyjnych, co było poważnym mankamentem, gdyż nie oddawało w pełni obrazu organizacji opieki zdrowotnej (należy pamiętać, że do roku 1998 w ramach publicznej opieki zdrowotnej dominowały rozbudowane struktury organizacyjne).

Informacją uzupełniającą była informacja o rodzaju zakładu zawarta we wniosku MZ/Wr-1 oraz informacja o rodzajach jednostek organizacyjnych zakładu zawarta w arkuszu nr 2. Kod oznaczający rodzaj zakładu był częścią tzw. identyfikatora resortowego I poziomu, natomiast kod oznaczający rodzaj jednostki organizacyjnej stanowił część tzw. identyfikatora resortowego II poziomu. Rodzaj zakładu oznaczało się trzycyfrowym kodem. Łącznie klasyfikator obejmował około czterdziestu kodów rodzajowych, zaliczonych do sześciu grup:

- zespoły zakładów opieki zdrowotnej – w grupie tej znajdowały się np.: ZOZ ogólny, ZOZ przemysłowy czy też zespół zakładów opieki podstawowej – kody resortowe dla tej grupy zaczynały się od cyfry 1, np. 1.10 – ZOZ ogólny;
- pozostałe zespoły zakładów opieki zdrowotnej – do grupy tej należały m.in.: ZOZ specjalistyczny dla ogółu ludności, ZOZ dla szkół wyższych, wojewódzki szpital zespólny, zespół szpitali, ZOZ psychiatryczny – kody resortowe dla tej grupy zaczynały się od cyfry 2, np. 2.50 – wojewódzki szpital zespólny;
- samodzielne zakłady opieki ambulatoryjnej – np. przychodnia, ośrodek zdrowia, przychodnia specjalistyczna, zakład diagnostyki, stacja pogotowia ratunkowego – kody resortowe dla tej grupy zaczynały się od cyfry 3, np. stacja pogotowia ratunkowego – 3.60;
- samodzielne zakłady opieki stacjonarnej – np. szpital ogólny (miejski, rejonowy), szpital wojewódzki, szpital kliniczny, szpital gruźlicy i chorób płuc, szpital i sanatorium leczenia uzdrowskiego – kody resortowe zaczynały się od cyfry 4, np. szpital i sanatorium leczenia uzdrowskiego otrzymywał kod 4.60;
- pozostałe zakłady opieki zdrowotnej – np. zakład rehabilitacji, zakład przyrodolecznicy, stacja sanitarno-epidemiologiczna, zakład opiekuńczo-leczniczy – kody dla tej grupy zaczynały się cyfrą 5, np. zakład przyrodolecznicy otrzymywał kod 5.20;

- gabinety lekarskie – np. gabinet lekarza ogólnego, gabinet lekarza stomatologa, gabinet medycyny niekonwencjonalnej – kody dla tej grupy zaczynały się cyfrą 6, np. gabinet lekarza stomatologa otrzymywał kod 6.30.

Rodzaj jednostki organizacyjnej oznaczano czteroznakowym kodem – dwie litery oraz dwie cyfry. Łącznie klasyfikacja obejmowała około 160 rodzajów jednostek zaliczonych do 6 grup głównych oraz 17 podgrup. Niektóre podgrupy były dodatkowo podzielone na jeszcze mniejsze grupy. Struktura kodu wyglądała następująco. Pierwsza litera oznaczała grupę główną, druga litera podgrupę, cyfry oznaczały rodzaj jednostki w ramach grupy i podgrupy.

Klasyfikacja wyróżniała 6 grup głównych: A – opieka ambulatoryjna, H – opieka stacjonarna, K – jednostki nauki i kształcenia, P – jednostki typu przedsiębiorstwa, B – jednostki administracji terenowej i centralnej, Z – organizacje społeczne zrzeszenia i związki. Podział na podgrupy i dalej wyglądał następująco:

- Przychodnie, ośrodki zdrowia „AP”:
 - przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej (w zależności od rodzaju) mieściły się w przedziale AP01-AP19, np. przychodnia dla studentów (akademicka) otrzymywał kod AP04;
 - przychodnie specjalistyczne (w zależności od rodzaju) mieściły się w przedziale od AP20-AP49, np. AP29 oznaczał przychodnię/zakład bądź dział rehabilitacji;
 - przychodnie opieki psychiatrycznej (w zależności od rodzaju) ujęte zostały w przedziale od AP50-AP59, np. AP53 oznaczał dział psychiatrycznego lecznictwa ambulatoryjnego dla dzieci i młodzieży;
 - inne – związane z działalnością administracyjną i pomocniczą zakładu mieściły się w przedziale AP70-AP79, np. AP78 oznaczał aptekę działającą w strukturach zakładu.
- Zakłady diagnostyki medycznej „AD” – działające w formie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w zależności od rodzaju nosiły numery AD01-AD19, np. dział diagnostyki – tomografia komputerowa oznaczony był nr AD09.
- Pozostałe jednostki niestacjonarne „AZ”:
 - pogotowie ratunkowe – oznaczone kodami od AZ01-AZ09, np. oddział pomocy doraźnej działający w ramach szpitala identyfikował się kodem AZ03;
 - stacje krwiodawstwa – mieściły się w przedziale od AZ10-AZ19, np. wojewódzka stacja krwiodawstwa oznaczona była kodem AZ10;
 - stacje sanitarno-epidemiologiczne – przedział od AZ20-AZ29, np. terenowa stacja-sanitarno epidemiologiczna – kod AZ21;
 - transport sanitarny mieścił się w przedziale od AZ30-AZ39, np. Centralny Zespół Lecznictwa Stacjonarnego – AZ32.
- Zakłady podstawowej i specjalistycznej opieki stacjonarnej „HG”:
 - szpitale opieki podstawowej mieściły się w przedziale od HG01-HG20, gdzie np. szpital dla ogółu ludności nosił kod HG01;
 - szpitale specjalistyczne mieściły się w przedziale od HG30-HG40, gdzie np. szpital kliniczny nosił nr HG35;

- inne jednostki stacjonarne mieściły się w przedziale od HG50-HG69; sanatorium rehabilitacji leczniczej nosiło kod HG53;
- jednostki opieki stacjonarnej w budowie nosiły nr od HG70-HG79 – np. sytuacja nadawania kodów szpitalom w budowie budziła szereg wątpliwości organów rejestrowych, gdyż ustawa o ZOZ jednoznacznie mówiła o spełnieniu przez zakład wymogów ustawowych (głównie art. 9-11), a co za tym idzie przesłanek rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia ZOZ.
- Zakłady psychiatryczne „HP”:
 - szpitale psychiatryczne mieściły się w grupie kodów od HP01-HP19, gdzie np. szpital dla nerwowo i psychicznie chorych nosił kod HP01;
 - zakłady dla alkoholików i narkomanów mieścił się w grupie kodów HP20-HP39, gdzie ośrodek leczenia odwykowego nosił kod HP20;
 - sanatoria dla nerwowo i psychicznie chorych mieściły się w grupie kodów od HP40-HP49, a sanatorium neuropsychiatrii dziecięcej nosiło kod HP41;
 - inne zakłady psychiatryczne mieściły się w grupie kodów od HP50-HP69. Hostel działający w ramach zakładu sklasyfikowany był kodem HP51.
- Zakłady uzdrowiskowe „HU”:
 - zakłady lecznictwa stacjonarnego mieściły się w przedziale od HU01-HU19, gdzie np. prewentorium nosiło kod HU04;
 - inne zakłady typu wypoczynkowo-sanatoryjnego mieściły się w grupie HU20-HU29. Profilaktyczny dom zdrowia nosił kod HU20.
- Zakłady opiekuńcze „HW”:
 - zakłady opieki całodobowej mieściły się w przedziale od HW01-HW19, gdzie np. dom małego dziecka otrzymywał kod HU03;
 - zakłady opieki dziennej i okresowej mieściły się w grupie HW20-HW39 i np. szpital pobytu dziennego posiadał kod HW20, a żłobek dzienny kod HW21.
- Instytuty naukowo-badawcze „KN” – w grupie tej nie wyróżniono dodatkowego podziału. Poszczególne podmioty miały nadane kody z przedziału KN01-KN07, np. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego otrzymywało kod KN02.
- Uczelnie wyższe „KU”, jw. – w obrębie KU01-KU02.
- Szkoły średnie „KS”, jw. – w obrębie KS01-KS04.
- Centrale zaopatrzeniowe i inne przedsiębiorstwa „PC”, jw. – w obrębie PC01-KS07.
- Biura studiów i ośrodki techniki medycznej „PT”, jw. – w obrębie PT01-PT05.
- Jednostki typu przedsiębiorstw innych resortów i branż „PR”, jw. – w obrębie PR01-PR03.
- Jednostki administracji resortu zdrowia „BZ”, jw. – w obrębie BZ01-BZ03.
- Jednostki administracji innych resortów i branż „BR”, jw. – w obrębie BR01-BR02.
- Izby i stowarzyszenia medyczne „ZM”, jw. – w obrębie ZM01-ZM04.
- Towarzystwa, związki i komitety społeczne „ZS”, jw. – w obrębie ZS01-ZS10.

Od momentu opracowania i przekazania do powszechnego użytku przez ministerstwo zdrowia instrukcji wypełniania formularzy rejestrowych rozpoczęto starania do nadania formy prawnej tej jej części, która dotyczyła systemu klasyfikacji (kodów resortowych) dla zakładów opieki zdrowotnej. Problemem był jednak brak odpowiedniej delegacji prawnej w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Delegację taką wprowadzono Ustawą z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Odpowiednie rozporządzenie wydano w 2000 r. Zmieniono wtedy sposób prezentowania zakresu przedmiotowego działalności ZOZ. Zamiast tzw. podstawowych kierunków działania oraz rodzaju zakładu wprowadzono tzw. charakterystyki jednostek organizacyjnych oraz specjalności komórek organizacyjnych. Informację o charakterze jednostek organizacyjnych umieszczano w dziale II księgi rejestrowej, natomiast opis specjalności komórek w dziale III. Do opisu specjalności komórek organizacyjnych zastosowano specjalny klasyfikator, który stanowił tzw. VIII część systemu kodów resortowych. Był on bardziej precyzyjny niż dotychczas i mógł być wykorzystany w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Charakterystyki jednostek organizacyjnych oznaczano za pomocą tzw. VI części kodu resortowego. Klasyfikatory wprowadzono rozporządzeniem ministra zdrowia z 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania¹. Klasyfikacje umożliwiały zaklasyfikowanie jednostki organizacyjnej do jednej z dziewięciu grup:

- 1) jednostki leczenia stacjonarnego,
- 2) przychodnie, ośrodki zdrowia,
- 3) stacje pogotowia ratunkowego,
- 4) pracownie diagnostyczne,
- 5) pracownie protetyki stomatologicznej i ortodoncji,
- 6) zakłady rehabilitacji leczniczej,
- 7) żłobki,
- 8) stacje sanitarno-epidemiologiczne,
- 9) inne.

W porównaniu z poprzednio obowiązującymi zasadami liczba charakterystyk jednostek organizacyjnych uległa znacznemu ograniczeniu². W celu opisu komórek organizacyjnych zaproponowało listę wyboru, zawierającą około 500 czteroznako-

¹ Do budowy klasyfikatora wykorzystano m.in. dorobek zespołów zadaniowych, które współpracowały w 1997 r. z Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, przy opracowaniu publikacji *Terminologia, definicje i wymogi jednostek organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej na różnych szczeblach zarządzania*. Mimo upływu kilkunastu lat od jej wydania resortowi zdrowia nie udało się wznowić prac mających na celu jej aktualizację.

² Ich uogólnienie było próbą poradzenia sobie z narastającym problemem określania granic pomiędzy równymi typami jednostek organizacyjnych. Jednostki te w wyniku procesów przekształceniowych stawały się coraz bardziej interdyscyplinarne i trudno było je zaliczyć do tylko jednej kategorii.

wych kodów specjalności komórek organizacyjnych. Kody podzielono na następujące grupy:

0. Podstawowa opieka zdrowotna

1. Poradnie specjalistyczne

Komórki organizacyjne innych specjalizacji zachowawczych

Komórki organizacyjne specjalności zabiegowych

Komórki organizacyjne związane z psychologią, chorobami psychicznymi i uzależnieniami

Komórki organizacyjne stomatologiczne

2. Ośrodki (zespoły) opieki pozaszpitalnej

Komórki organizacyjne związane z chorobami psychicznymi i uzależnieniami

3. Opieka doraźna

4. Oddziały szpitalne

Komórki organizacyjne związane ze specjalizacją choroby wewnętrzne

Komórki organizacyjne innych specjalizacji zachowawczych

Komórki organizacyjne związane z opieką nad matką i dzieckiem

Komórki organizacyjne specjalności zabiegowych

Komórki organizacyjne związane z chorobami psychicznymi i uzależnieniami

Komórki organizacyjne stomatologiczne

Inne komórki organizacyjne w opiece szpitalnej

5. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze

6. Jednostki leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego

7. Pracownie diagnostyczne

8. Pracownie protetyczne, środków pomocniczych, krwi i tkanek

9. Inne komórki działalności medycznej w zakładach opieki zdrowotnej.

Grupy te wykazują pewne podobieństwo do klasyfikacji proponowanych przez Międzynarodową Klasyfikację dla Rachunków Zdrowia. Konstrukcja kodów pozwalała zidentyfikować:

- dziedzinę medyczną, w jakiej specjalizuje się komórka organizacyjna (2. i 3. cyfra kodu),
- główną funkcję komórki organizacyjnej (1. cyfra),
- grupę świadczeniobiorców, którym udzielane są świadczenia zdrowotne (kod komórek udzielających świadczeń dla dzieci oznaczone były na końcu cyfrą 1).

I tak przykładowo, z kodu 4241 oznaczającego oddział chemioterapii dla dzieci można wywnioskować, że komórka ta wykonuje funkcje – lecznictwo stacjonarne (cyfra 4), specjalizuje się w dziedzinie onkologii (cyfry 24), a kategorią pacjentów, dla której udzielane są świadczenia zdrowotne, są dzieci (cyfra 1).

Tendencja do coraz węższego traktowania produktów kontraktowych, spowodowała, że zaprojektowany system kodów resortowych, jako narzędzie opisu zakresu przedmiotowego działalności ZOZ, przestawał być wystarczający z punktu widze-

nia płatnika świadczeń zdrowotnych³. Znalazło to odzwierciedlenie w dwóch kolejnych nowelizacjach rozporządzeń. Wprowadziły one nowe klasyfikacje: dostawców usług i dóbr z zakresu ochrony zdrowia oraz funkcji ochrony zdrowia (zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją dla Rachunków Zdrowia – ICHA). Klasyfikacją dostawców usług i dóbr z zakresu ochrony zdrowia (ICHA-HP) zastąpiono dotychczasowy słownik tzw. charakterów jednostek funkcjonujący w ramach części VI kodu resortowego. Tam, gdzie uznano to za konieczne, wprowadzono jedynie modyfikacje polegające na dostosowaniu nazewnictwa do warunków polskich oraz na uszczegółowieniu niektórych kategorii o takie pozycje, jak: żłobek, stacja sanitarno-epidemiologiczna oraz ośrodek opieki nad niepełnosprawnymi, zakład rehabilitacji leczniczej, całodobowy ośrodek leczenia odwykowego. Proponowana w rozporządzeniu klasyfikacja charakterystyk jednostek przedstawiała się następująco:

HP.1. Szpitalnictwo

HP.1.1. Szpitale wielospecjalistyczne

HP.1.2. Szpitale psychiatryczne i odwykowe

HP.1.2.1 Całodobowe ośrodki leczenia odwykowego i psychiatrycznego

HP.1.3. Szpitale (jedno-)specjalistyczne (inne niż psychiatryczne i odwykowe)

HP.1.4. Sanatoria i uzdrowiska (inne niż szpitale uzdrowiskowe)

HP.2. Stacjonarne zakłady opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej

HP.2.1. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze inne niż psychiatryczne

HP.2.2. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne

HP.2.3. Ośrodki opiekuńcze dla osób starszych

HP.2.4. Hospicja stacjonarne

HP.2.9. Pozostałe zakłady opiekuńcze

HP. 3. Dostawcy świadczeń z zakresu lecznictwa ambulatoryjnego

HP.3.1. Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej,

HP.3.2. Przychodnia stomatologiczna

HP.3.3. Pozostałe przychodnie (jedno-)specjalistyczne

HP.3.4. Przychodnia, centrum (wielo-)specjalistycznej opieki ambulatoryjnej

HP.3.4.1. Centrum planowania rodziny

HP.3.4.2. Ośrodek zdrowia psychicznego i odwykowego

HP.3.4.3. Ośrodek zabiegowy, ambulatoryjny

HP.3.4.4. Stacja dializ

³ W konsekwencji NFZ zaczął wprowadzać własne kody będące rozwinięciem kodów resortowych (np. „wymuszał” na ZOZ powoływanie komórek organizacyjnych o coraz większym stopniu specjalizacji).

- HP.3.4.5. Pozostałe ośrodki wielospecjalistycznej opieki ambulatoryjnej
- HP.3.5. Ośrodek diagnostyki
- HP.3.6. Świadczeniodawca w zakresie opieki domowej
- HP.3.7. Zakład Rehabilitacji Leczniczej
- HP.3.9. Pozostali świadczeniodawcy w zakresie opieki ambulatoryjnej
 - HP.3.9.1. Stacja (podstacja) pogotowia ratunkowego, jednostka opieki doraźnej
 - HP.3.9.2. Bank krwi i organów, centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa
 - HP.3.9.3. Żłobki
 - HP.3.9.4. Ośrodki opieki nad niepełnosprawnymi
 - HP.3.9.9. Pozostali świadczeniodawcy opieki ambulatoryjnej
- HP.5. Jednostki prowadzące i administrujące programy zdrowia publicznego
 - HP.5.1. Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne.

Doświadczenie lat 2000-2004 pokazało, że zasada uogólniania opisu charakteru jednostki organizacyjnej, która miała rozwiązać problem „ostrości” granic pomiędzy różnymi typami jednostek organizacyjnych, nie przyniosła spodziewanych rezultatów zwłaszcza w odniesieniu do opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej. Wiele szpitali bowiem obok leczenia stacjonarnego zaczęło się specjalizować w leczeniu ambulatoryjnym (specjalistyka i POZ). W 2004 r. wprowadzono możliwość opisaną danej jednostki organizacyjnej za pomocą wielu charakterystyk (kodów), a nie tylko jednego, jak to było do tej pory. Zmieniono również sposób prezentacji zakresu przedmiotowego działalności zakładu na poziomie poszczególnych komórek organizacyjnych. Przez wprowadzenie pojęcia tzw. profilu medycznego komórki organizacyjnej opis ten stał się jeszcze bardziej precyzyjny. Definiowanie profilu odbywało się poprzez złożenie dwóch elementów: funkcji ochrony zdrowia oraz dziedziny medycznej. Elementy te zostały włączone do tzw. resortowego kodu identyfikacyjnego jako jego część IX oraz część X. Przyjęto ponadto zasadę umożliwiającą przypisywanie do jednej komórki organizacyjnej wielu profili medycznych. Ideę profilów medycznych ukazuje tab. 1.

Do oznaczenia funkcji ochrony zdrowia zaadaptowano po niezbędnych modyfikacjach słownik proponowany przez Międzynarodową Klasyfikację Ochrony Zdrowia. Do oznaczenia dziedzin medycznych podstawowe i szczegółowe dziedziny medycyny, o których mowa w art. 16 ust. 2 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza. Klasyfikacja funkcji ochrony zdrowia przedstawia się następująco:

- HC.1. Usługi lecznicze
 - HC.1.1. Leczenie stacjonarne
 - HC.1.2. Leczenie „jednego dnia”
 - HC.1.3. Leczenie ambulatoryjne

Tabela 1. Koncepcja profilu – tzw. medycznego

Część VII (numer komórki)	Część VIII (kod specjalności komórki)	Profil medyczny komórki		
		numer profilu	część IX (funkcja)	część X (dziedzina medyczna)
002	4560 (oddział kardiochirurgiczny)	1	HCA.1.1. (leczenie stacjonarne)	kardiologia
002	4560 (oddział kardiochirurgiczny)	2	HCA.1.2. (leczenie „jednego dnia”)	kardiologia
002	4560 (oddział kardiochirurgiczny)	3	HCA.1.3. (leczenie ambulatoryjne - specjalistyczne)	kardiologia
002	4560 (oddział kardiochirurgiczny)	4	HC.4.2.3. (rentgenodiagnostyka)	laboratoryjna diagnostyka medyczna
002	4560 (oddział kardiochirurgiczny)	5	HC.4.2.3. (rentgenodiagnostyka)	laboratoryjna diagnostyka medyczna
003	5180 (hospicjum stacjonarne)	6	HC.3.1. (stacjonarna długoterminowa opieka pielęgnacyjna)	medycyna paliatywna
003	5180 (hospicjum stacjonarne)	7	HC.3.3. (długoterminowa opieka pielęgnacyjna świadczona w domu pacjenta)	medycyna paliatywna
005	3300 (szpitalny oddział ratunkowy)	8	HC.4.3.2. (pomoc doraźna – świadczenia udzielane na miejscu w zakładzie)	medycyna ratunkowa

Źródło: opracowanie własne.

- HC.1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej
- HC.1.3.2. Leczenie stomatologiczne
- HC.1.3.3. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne
- HC.1.3.4. Leczenie w trybie hotelowym
- HC.1.3.5. Leczenie w domu pacjenta
- HC.1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna

HC.2. Usługi rehabilitacyjne

- HC.2.1. Rehabilitacja stacjonarna
- HC.2.2. Rehabilitacja dzienna
- HC.2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna
- HC.2.4. Rehabilitacja w domu pacjenta

- HC.3. Długoterminowa opieka pielęgnacyjna
 - HC.3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka pielęgnacyjna
 - HC.3.2. Długoterminowa dzienna opieka pielęgnacyjna
 - HC.3.3. Długoterminowa opieka pielęgnacyjna świadczona w domu pacjenta
 - HC.3.4. Długoterminowa opieka pielęgnacyjna świadczona w trybie hostelowym

- HC.4. Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej
 - HC.4.1. Badania laboratoryjne
 - HC.4.2. Diagnostyka obrazowa
 - HC.4.2.1. USG
 - HC.4.2.2. Tomografia komputerowa
 - HC.4.2.3. Rentgenodiagnostyka
 - HC.4.2.4. Rezonans magnetyczny
 - HC.4.2.5. Scyntygrafia
 - HC.4.2.6. Angiografia
 - HC.4.2.7. Endoskopia
 - HC.4.2.8. Inne
 - HC.4.3. Pomoc doraźna
 - HC.4.3.1. Wyjazdowa pomoc lekarska
 - HC.4.3.1.1. Nocna pomoc lekarska
 - HC.4.3.2. Pomoc doraźna – świadczenia udzielane na miejscu w zakładzie
 - HC.4.3.3. Pomoc doraźna – ratownicze zespoły wyjazdowe
 - HC.4.3.4. Pomoc doraźna – ratownictwo lotnicze i śmigłowcowe
 - HC.4.3.5. Pomoc doraźna – ratownictwo wodne
 - HC.4.3.6. Pomoc doraźna – ratownictwo górskie
 - HC.4.4. Usługi w zakresie dializowania
 - HC.4.5. Pobieranie oraz magazynowanie krwi, organów oraz szpiku kostnego
 - HC.4.5.1. Pobieranie oraz magazynowanie krwi.
 - HC.4.5.2. Pobieranie oraz magazynowanie organów, tkanek oraz szpiku kostnego
 - HC.4.9. Pozostałe usługi pomocnicze
 - HC.4.9.1. Opieka nad osobami w starszym wieku

- HC.5. Dostarczanie produktów medycznych dla pacjentów ambulatoryjnych
 - HC.5.1. Leki i materiały medyczne niebędące dobrami trwałego użytku
 - HC.5.2. Sprzęt terapeutyczny i pozostałe dobra medyczne trwałego użytku
 - HC.5.2.1. Okulary i pozostałe produkty optyczne
 - HC.5.2.2. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
 - HC.5.2.3. Środki wspomagania słuchu
 - HC.5.2.4. Techniczne urządzenia medyczne

- HC.5.2.5. Przedmioty protetyki stomatologicznej
- HC.5.2.9. Pozostałe medyczne dobra trwałego użytku
- HC.6. Profilaktyka i zdrowie publiczne
 - HC.6.1. Opieka nad rodziną, matką i dzieckiem
 - HC.6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne
 - HC.6.1.2. Zdrowie matki i dziecka
 - HC.6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem
 - HC.6.2. Medycyna szkolna
 - HC.6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym
 - HC.6.3.1. Szczepienia
 - HC.6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym
 - HC.6.5. Medycyna pracy
 - HC.6.5.1. Badania kierowców
 - HC.6.6. Medycyna sportowa
 - HC.6.7. Oświata i promocja zdrowia
 - HC.6.9. Pozostałe usługi w zakresie zdrowia publicznego
- HC. R. Funkcje powiązane z ochroną zdrowia
 - HC.R.2. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego
 - HC.R.3. Badania i rozwój w ochronie zdrowia
 - HC.R.4. Kontrola żywności, higieny i wody pitnej
 - HC.R.5. Zdrowie środowiskowe
 - HC.R.6. Nadzór radiologiczny
 - HC.R.7. Nadzór i kontrola sanitarna
 - HC.R.8. Nadzór epidemiologiczny

Na przestrzeni lat poszukiwano odpowiedniego sposobu na przedstawienie zakresu przedmiotowego działalności zakładu opieki zdrowotnej. Kolejne nowelizacje i zmiany rozporządzeń szły w kierunku coraz bardziej precyzyjnego jego opisu i musiały uwzględniać w coraz większym stopniu kwestie związane z informatycznym przetwarzaniem danych. Podobnie jak opis zakresu przedmiotowego zmieniał się również sposób identyfikacji struktury organizacyjnej zakładu.

3. Identyfikacja struktury organizacyjnej zakładu

Dla uproszczenia dokonywanych analiz zapisy rozporządzeń w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej zakładały trójszczeblową hierarchię struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej: zakład (I szczebel), jednostka organizacyjna (II szczebel), komórka organizacyjna (III szczebel).

Do 1998 r. nie było spójnych zasad identyfikacji struktury organizacyjnej zakładu. Numer księgi rejestrowej (numer zakładu) wynikał z kolejności wniosków o wpis zakładu do rejestru. Do identyfikacji zakładu służył również tzw. identyfikator resortowy I poziomu. Informacja o nim znajdowała się zarówno na wniosku MZ/Wr-1, jak i w ru-

bryce „f” działu I księgi rejestrowej. Kod tego poziomu składał się z siedmiu znaków, tj. jednej litery i sześciu cyfr, których znaczenie było następujące:

- znak pierwszy określał charakter zakładu (litera „J” oznaczała publiczny, a litera „N” niepubliczny zakład opieki zdrowotnej,
- następne trzy znaki oznaczały grupę i rodzaj zakładu,
- ostatnie trzy znaki stanowiły liczbę porządkową, tj. numer kolejny zakładu danego rodzaju w obrębie województwa.

Dla przykładu: identyfikator J101-003 oznaczał, że jest to trzeci ZOZ ogólny w obrębie województwa. Sposób identyfikacji zakładu był ściśle powiązany z rodzajem zakładu. Identyfikacja jednostek organizacyjnych odbywała się tylko na arkuszu 2 (jednostki organizacyjne zakładu) za pomocą tzw. identyfikatora resortowego II poziomu. Kod tego poziomu składał się z sześciu znaków (dwóch liter i czterech cyfr), z których cztery pierwsze określały grupę i typ zakładu, a dwa następne były kolejnym numerem jednostki organizacyjnej danego typu w obrębie zakładu opieki zdrowotnej. Na przykład AP01-01 oznaczało, że jest to pierwsza przychodnia rejonowa w obrębie danego ZOZ. Identyfikacja komórek organizacyjnych zakładu odbywała się na arkuszu 3 (zestaw informacji o oddziałach szpitalnych) za pomocą tzw. identyfikatora resortowego III poziomu. Kod trzeciego poziomu składał się z sześciu znaków (jednej litery i pięciu cyfr), z których cztery pierwsze określały rodzaj i typ komórki, a dwie następne jej kolejny numer w obrębie jednostki organizacyjnej. Tak zatem A020-10 oznaczało, że jest to dziesiąta poradnia dla dzieci występująca np. w przychodni rejonowej, a B060-01 – pierwszy oddział kardiologiczny występujący w danym szpitalu.

Podstawową wadą prezentowanego sposobu identyfikacji był brak zachowania unikatowości identyfikatorów zakładów. Zachowywały one unikatowość tylko w obrębie danego województwa (w momencie wejścia reformy administracyjnej kraju okazało się, że wiele zakładów miało nie tylko ten sam numer księgi rejestrowej, ale również identyfikator I poziomu). Było to jednym z powodów nowelizacji w 1998 r. rozporządzenia w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej. Wprowadzono nowy identyfikator zakładu – numer REGON. Drugą wadą było ściśle powiązanie identyfikacji zakładu, jednostek oraz komórek organizacyjnych z identyfikacją ich charakteru (zakresu przedmiotowego). Na przykład w momencie nawet nieznacznej zmiany profilu działania komórki organizacyjnej konieczna była zmiana jej identyfikatora w ramach struktury organizacyjnej, co było zbędne, gdyż nadal mieliśmy do czynienia z tą samą komórką organizacyjną w sensie jej umiejscowienia w strukturze organizacyjnej ZOZ.

W 2000 r. wprowadzono nowe zasady identyfikacji, które obowiązują w niezmienionej zasadniczo formie do dzisiaj. Opracowano je pod kątem przewidywanej informatyzacji rejestru zakładów opieki zdrowotnej, obsługi informatycznej procesów kontraktowania świadczeniodawców w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz konieczności identyfikacji miejsc wystawiania recept. Do identyfikacji zakładu służył numer REGON. W praktyce wykorzystywano jednak numer księgi rejestrowej, który zachowywał cechę unikatowości w skali całego kraju

w odróżnieniu od numeru REGON, który mógł się powtarzać (ten sam podmiot może utworzyć dwa zakłady). Numer księgi składał się z siedmiu cyfr, z czego dwie pierwsze oznaczały organ rejestrowy.

Oznaczenie organu rejestrowego było następujące:

a) dla rejestrów prowadzonych przez wojewodów jest ono tożsame z kodem TERYT województwa;

b) dla rejestru prowadzonego przez ministra zdrowia wykorzystano cyfry 99.

Pozostałe 5 cyfr oznaczało numer decyzji o wpisie zakładu do rejestru poprzedzony zerami, jeżeli jest zbudowany z mniej niż pięciu cyfr.

Do identyfikacji placówki ochrony zdrowia (jednostki organizacyjnej) w ramach danego zakładu zastosowano część V kodu resortowego (oznaczał on kolejny numer jednostki organizacyjnej w strukturze zakładu). W celach identyfikacyjnych komórki organizacyjnej w ramach zakładu zastosowano VII część kodu resortowego (oznaczał on kolejny numer komórki w strukturze danego zakładu). Poprzez złożenie numeru REGON oraz części V kodu resortowego otrzymywano unikatowy w skali całego kraju identyfikator placówki ochrony zdrowia (jednostki organizacyjnej), a poprzez złożenie numeru REGON oraz części VII kodu resortowego – unikatowy w skali kraju identyfikator poradni lub oddziału szpitalnego (komórki organizacyjnej). Część V i VII systemu kodów pozostawała zawsze niezmienna. Z chwilą zamknięcia jakiejś komórki organizacyjnej jej numeru nie można było już przydzielić innej komórce. Rozporządzenia z 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz systemu kodów resortowych pozostawiły dotychczasowy system identyfikacji struktury organizacyjnej praktycznie bez zmian. Jediną zmianą było zastąpienie numeru REGON numerem księgi rejestrowej jako elementu identyfikacji zakładu, jednostki i komórki.

4. Zakończenie

Na przestrzeni lat istotnie zmieniał się sposób przedstawiania zakresu przedmiotowego działalności zakładu opieki zdrowotnej. Kolejne nowelizacje i zmiany rozporządzeń szły w kierunku ustanowienia coraz bardziej precyzyjnych klasyfikatorów. Procesy te cechują się następującą prawidłowością: im większa jest różnorodność systemu ochrony zdrowia i poziom skomplikowania procesów informacyjnych, tym większa musi być precyzja i różnorodność narzędzi, umożliwiających sterowanie nimi. Jest to również zgodne z podstawową zasadą cybernetyczną, która mówi, że nad różnorodnością układu sterowanego może zapanować układ sterujący co najmniej o równej różnorodności⁴.

⁴ M. Bielski, *Organizacje. Istota, struktury, procesy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2001, s. 24.

Literatura

- Bielski M., *Organizacje. Istota, struktury, procesy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2001.
- Instrukcja wypełniania formularzy rejestrowych dla zakładów opieki zdrowotnej ubiegających się o rejestrację wydana przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia (sierpień 1992 r.).
- Murkowski M., Koronkiewicz A. (red.), *Terminologia, definicje i wymogi jednostek organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej na różnych szczeblach zarządzania*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1997.
- Nyczaj K., Ruszkowski J., *Ewolucja systemów klasyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej w Polsce*, [w:] I. Rudawska, E. Urbańczyk (red.) *Ekonomiczno-organizacyjne problemy zarządzania jednostkami służby zdrowia*, BEL STUDIO, Bydgoszcz 2010.
- Nyczaj K., Wasilewski D., *System klasyfikacji i terminologii jako podstawa uruchomienia procesów optymalizacyjnych w organizacji ochrony zdrowia*, [w:] M. Węgrzyn (red.), *Funkcjonowanie ochrony zdrowia po reformie – ujęcie regionalne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2003.
- Nyczaj K., Wasilewski D., *Systemy klasyfikacyjne w ochronie zdrowia*, [w:] M. Węgrzyn, D. Wasilewski (red.), *Koncepcje zmian w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej – doświadczenia i propozycje przyszłość*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2004.
- Rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 13 stycznia 1992 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej, DzU nr 9, poz. 37.
- Rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 21 marca 1998 r. zamieniające rozporządzenie w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej, DzU nr 41, poz. 240.
- Rozporządzenie ministra zdrowia z 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania, DzU nr 30, poz. 379.
- Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej, DzU nr 74, poz. 864.
- Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 11 grudnia 2002 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania, DzU nr 223, poz. 1880.
- Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej, DzU nr 169, poz. 1781.
- 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 nr 170, poz. 1797.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU nr 91, poz. 408, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (wprowadzająca delegację do wydawania rozporządzenia w sprawie kodów resortowych dla zakładów opieki zdrowotnej), DzU nr 104, poz. 661.

IMPROVEMENT OF CLASSIFICATION AND IDENTIFICATION PRINCIPLES OF HEALTH CARE FACILITIES IN THEIR REGISTER

Summary: The author presents the principles of classification and identification of health care facilities using a code system and discusses the changes which have taken place in this regard over the last 10 years. The transformation of the health care system in Poland has increased the number and variety of processes. More accurate ways of defining the areas of activity of health providers and of identifying them (through coding systems) were necessary to reflect changes in the health system organization which took place in Poland in 1998-1999 as well as the introduction of general health insurance and the ongoing refining of the principles of health service contracting by the National Health Fund. Its development has also called for standardization in using classifications and identifiers.