

**ANALIZA PRIORYTETÓW POPRAWY ŚWIADCZEŃ
LECZNICZYCH, UWARUNKOWAŃ WYKONAWCZYCH
ORAZ BIZNESOWYCH W ZAKRESIE ZARZĄDZANIA
SŁUŻBĄ ZDROWIA W REGIONIE**

w ramach Projektu “Transfer wiedzy pomiędzy sferą B+R a gospodarką Dolnego Śląska poprzez tworzenie regionalnych sieci naukowo-gospodarczych” (nr projektu Z/2.02/II/2.6/06/05), kategoria wydatków: przeprowadzenie badań i sporządzanie opracowania pt. ”Opracowanie mapy problemów Regionu do rozwiązania w zakresie zarządzania służbą zdrowia.”

Prof. dr hab. n. med. Ryszard Andrzejak

Dr inż. Kazimierz Frączkowski

Mgr Piotr Nowicki

SPIS TREŚCI

1. E-ZDROWIE: KOMUNIKACJA MIĘDZY PODMIOTAMI A TECHNOLOGIE INFORMATYCZNE.....	3
1.1. OPIS STANU KOMUNIKACJI, ŚRODKÓW TECHNICZNYCH I ORGANIZACYJNYCH.....	3
1.2. SPRAWOZDANIA I TECHNOLOGIA ICH WYKONYWANIA W OCHRONIE ZDROWIA.....	6
1.3. ANALIZA UWARUNKOWAŃ WYKONAWCZYCH NA LIŚCIE PROBLEMÓW REGIONU	8
1.4. WNIOSKI JAKO PODSTAWA DEFINICJI ZADANIA	10
1.5. BIBLIOGRAFIA	11

1. E-ZDROWIE: KOMUNIKACJA MIĘDZY PODMIOTAMI A TECHNOLOGIE INFORMATYCZNE

W rozdziale przedstawiono mapę problemów związanych z komunikacją pomiędzy podmiotami ochrony zdrowia, instytucjami sprawującymi nadzór w zakresie organizacji, informowania, polityki zdrowotnej oraz kontroli i sprawozdawczości. Autorzy przeprowadzili analizę w oparciu o dostępne materiały, własne doświadczenia oraz odbyte seminaria i dyskusje w gronie specjalistów i ekspertów sieci e-Zdrowie. Szczególnym przedmiotem zainteresowania jest Zakład Opieki Zdrowotnej (ZOZ), który wchodzi w relacje zewnętrzne z Urzędem Wojewody, Centrami Zdrowia Publicznego, Samorząd Wojewódzki i Terytorialny, Państwowa Inspekcja Sanitarna oraz Urzędy Statystyczne –GUS oraz inne. Nie mniej istotną sprawą są relacje między w/w instytucjami a społeczeństwem tj. świadczeniobiorcami usług medycznych w kontekście przyjaznego państwa dla obywateli którzy mają tworzyć społeczeństwo informacyjne.

1.1. OPIS STANU KOMUNIKACJI, ŚRODKÓW TECHNICZNYCH I ORGANIZACYJNYCH

System ochrony zdrowia w Polsce wymaga wielu usprawnień w poszczególnych jego działach; dotyczy to również innych krajów UE, bo nie ma dziś kraju którego mieszkańcy byłiby zadowoleni z obowiązującego tam systemu ochrony zdrowia [odwołanie do spisu literatury nr ??...]. Niejednokrotnie współpraca między organami nadzorującymi a jednostkami służby zdrowia wymaga wysiłku i często jest bardzo czasochłonna. Priorytetem w zakresie usprawniania winno być zatem stworzenie odpowiedniej komunikacji pomiędzy instytucjami a jednostkami służby zdrowia. Wiele instytucji użytku publicznego ma ograniczony kontakt z jednostkami służby zdrowia. Dotychczas komunikacja pomiędzy tymi jednostkami odbywała się głównie za pomocą telefonów, faksów oraz kontaktów osobistych i listownych. Należałoby zatem stworzyć odpowiednią infrastrukturę techniczną mającą wiele zastosowań i usprawniającą kontakt pomiędzy wyżej cytowaną drogą tradycyjną oraz drogą elektroniczną. Podjęto już pierwsze próby stworzenia odpowiedniej infrastruktury technicznej za pomocą ustawodawstwa. Weszła bowiem w życie ustawa o podpisie elektronicznym dająca możliwość do podjęcia próby uzyskania odpowiedniej wiarygodnej i bezpiecznej bazy teleinformatycznej i zgodności danych ze stanem faktycznym.

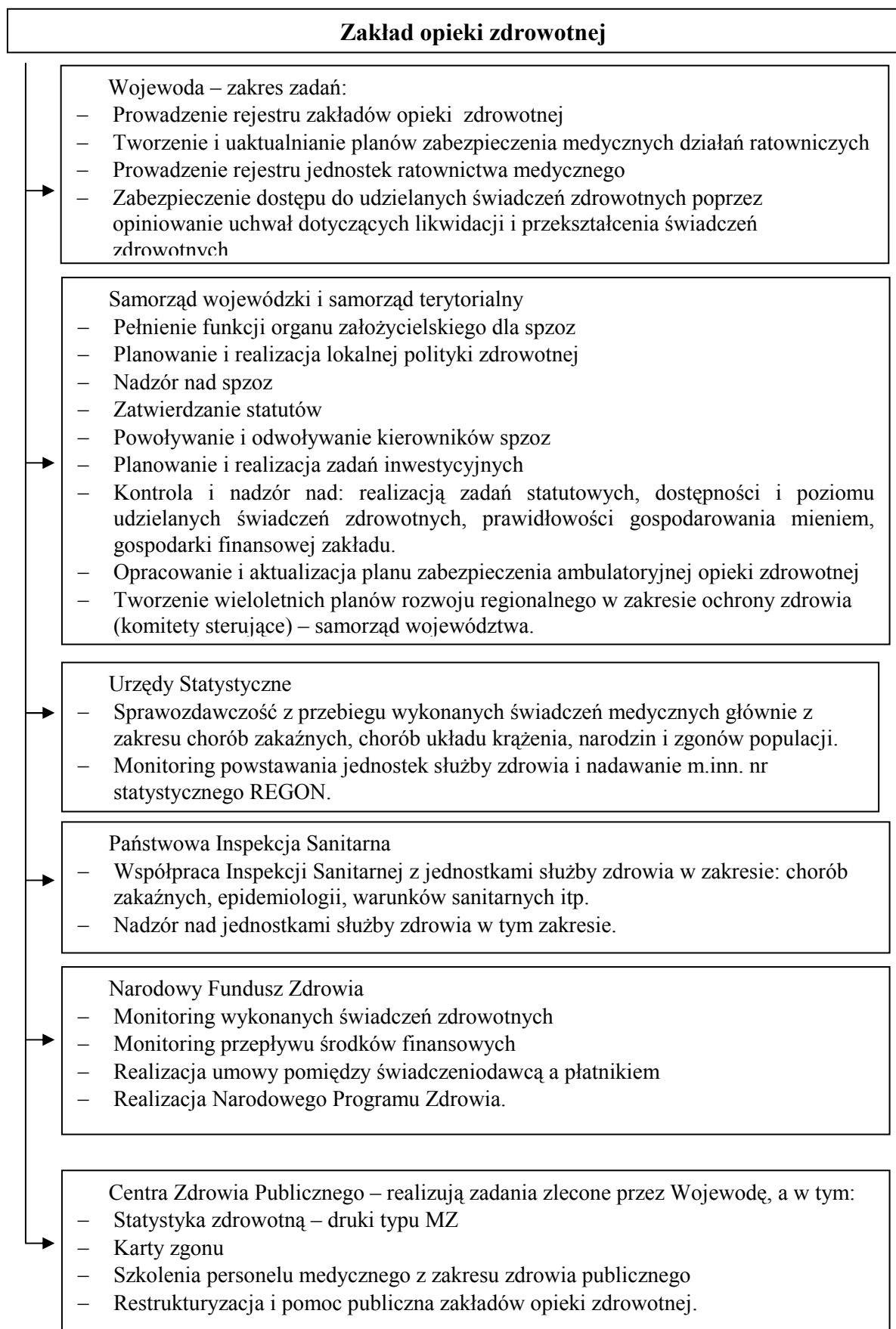
Istotą problemu e-zdrowie zdaje się zatem być stworzenie możliwości komunikacji pomiędzy takim jednostkami nadzorującymi jak: urzędy statystyczne, urzędy skarbowe, regionalne centra zdrowia publicznego, urzędy marszałkowskie, urzędy miejskie, starostwa powiatowe, urzędy gmin. Ważne staje się zatem stworzenie relacyjnej bazy danych stwarzającej możliwość zaimplementowanie funkcji zarówno informacyjnej jak i sprawozdawczej. Podjęto już pewne próby stworzenia systemów w pewnym stopniu monitorujących system opieki zdrowotnej. Wśród takich systemów odnajdujemy zarówno pakiet świadczeniodawcy (NFZ) jak i bazę rejestru zakładów opieki zdrowotnej www.rejestrzoz.gov.pl [wwwzoz]. Nie są to jednak bazy, które obrazowałyby w sposób przejrzysty i dokładny rozwój systemu opieki zdrowotnej. Do pełnego obrazu brakuje jeszcze podstawowych składników tj.:

- zintegrowanej bazy teleinformatycznej wszystkich jednostek służby zdrowia (zarówno gabinetów lekarskich, punktów lekarskich, indywidualnych praktyk pielęgniarskich, zakładów opieki zdrowotnej),
- pełnej sprawozdawczości z wykonywanych świadczeń zdrowotnych,

- monitoringu migracji białego personelu.

Ważnym aspektem tworzenia komunikacji e-zdrowie staje się również poznanie zadań należących zarówno do jednostek samorządu terytorialnego jak i do jednostek monitorujących stan zdrowia pacjentów oraz ilość i jakość wykonywanych świadczeń zdrowotnych.

Dzięki współpracy jednostek służby zdrowia oraz organów nadzorujących zdrowie publiczne można by wyodrębnić priorytetowe funkcje komunikacji w ramach e-zdrowie. Należy zatem skupić się na poszczególnych zadaniach obu tych grup.



1.2. SPRAWOZDANIA I TECHNOLOGIA ICH WYKONYWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Należy zauważyć ogrom zadań i kompetencji wynikający z poszczególnych aktów prawnych. Mając na uwadze te zadania jednostka służby zdrowia musi sprostać zadaniu dostarczenia fachowej i rzetelnej informacji a także każdego sprawozdania. Najczęściej występującym zjawiskiem w przekazywaniu analiz i sprawozdań jest brak zachowanego terminu ich dostarczenia a także małe możliwości techniczne ich automatycznego generowania. Wśród wielu sprawozdań wykonywanych przez jednostki służby zdrowia są sprawozdania do urzędów statystycznych a także druki MZ zlecone do wykonania przez Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Druki MZ dotyczą szczegółowej działalności jednostek służby zdrowia. Ponadto wtórne wykorzystanie zbiorów danych dotyczących zachorowalności (ze sprawozdań MZ o symbolach: MZ-11, MZ-13, MZ-14, MZ-15, MZ-16, MZ-17, MZ-54, MZ-56, MZ-57, MZ-58 oraz indywidualne karty o symbolach: MZ/N-1a, 3-90/62/MZ, MZ/Szp-11, MZ/Szp-11b).

MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM SYSTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA							
Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej		MZ-11		Adresat			
Numer identyfikacyjny REGON		ROZNE sprawozdanie o działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej		Przekazać do 31 stycznia 2004 za rok 2003			
KOD RESORTOWY	YY YY YY miejsce położenia zakładu /część II –TERYT/	YY kod podmiotu który utworzył zakład /część III/	YY kod jednostki organizacyjnej /część V/		Nr księgi rejestrowej		
<i>Zakłady opieki zdrowotnej</i> wypełniają wszystkie rubryki kodu resortowego zgodnie z decyzją administracyjną organu rejestrowego. W przypadku gdy sprawozdanie wypełniane jest zbiorczo dla całego zakładu /kilku przychodni/ w części V kodu resortowego wpisać symbol 99. <i>Indywidualne i grupowe praktyki lekarskie</i> wypełniają rubrykę „miejsce położenia zakładu” (dopuszcza się wpisanie słownie nazwy gminy) natomiast w rubryce kod podmiotu który utworzył zakład wpisują kod: 91- indywidualna praktyka lekarska, 92- grupowa praktyka lekarska, 98- praktyka pielęgniarki/położnej; natomiast w pozostałych rubrykach wpisują „0”.							
Dział 1. Rodzaj jednostki sprawozdawczej a/							
1. Przychodnia przyszpitalna 2. Inna przychodnia w mieście 3. Ośrodek zdrowia na wsi /przychodnia/ 4. Indywidualna praktyka lekarska 5. Grupowa praktyka lekarska 6. Praktyka pielęgniarski/położnej							
a/ właściwe podkreślić							
Dział 2. Opieka zdrowotna nad dziećmi do lat 3.							
Porady lekarskie.							
Wyszczególnienie	Porady udzielone przez lekarzy dzieciom zdrowym						
	razem	po raz pierwszy			po raz następny		
		w tym w wieku			1-11 miesięcy	razem	w tym w wieku do 1 roku
		do 1 miesiąca					
	w domu	w poradni					
0	1	2	3	4	5	6	
Poradnie dla dzieci Lekarz rodzinny	1						
Wizyty profilaktyczne pielęgniarek i położnych.							
Wyszczególnienie	Wizyty pielęgniarek i położnych u dzieci zdrowych do 1 roku życia						
	razem	Po raz pierwszy			Po raz następny		
		w tym do 1 miesiąca					
0	1	2		3			
Poradnia dziecięca Praktyka pielęgniarki/położnej	1						

Rys. 4.1 Przykład formularza MZ 11

Dane demograficzne dotyczą zgonów i trwania życia, ochrony środowiska, stylu życia, warunków życia i pracy oraz funkcjonowania służby zdrowia, a w przypadku badań ankietowych - wszelkie dostępne badania obejmujące problematykę stanu zdrowia ludności, czy rodzin, głównie stałe badanie warunków życia ludności oraz aktywności ekonomicznej, a także badania modułowe realizowane w ramach badań budżetów gospodarstw domowych. Analizy i sprawozdania dotyczą m.in.: zatrudnienia personelu medycznego w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej; zatrudnienia wybranych pracowników ochrony zdrowia; sprawozdanie o działalności i zatrudnieniu w podstawowej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej; realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach; z działalności jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi,

osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych; z działalności szpitala ogólnego; z działalności wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy; sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc; sprawozdanie zespołu / oddziału leczenia środowiskowego / domowego; o działalności zakładu długoterminowej; stacjonarnej opieki zdrowotnej, sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących; sprawozdanie o zatrudnieniu specjalistów: lekarzy, lekarzy dentyków, farmaceutów i innych; sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej; sprawozdanie o przerywaniu ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej; z działalności zakładu psychiatrycznej opieki stacjonarnej; sprawozdanie z działalności Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa; sprawozdanie o wybranej aparaturze medycznej. Wypełniając te druki jednostka służby zdrowia poddaje szczegółowej analizie posiadane dane i opracowuje je wg podanego wzoru. Analiza ta jest pracochłonna i czasochłonna. Bardzo często dochodzi do sytuacji w których jednostka służby zdrowia nie zdąży wypełnić ankiet w wymaganym terminie oraz nie ma możliwości przekazania ich najszybszą drogą elektroniczną za pomocą uwierzytelnionego podpisu elektronicznego. Podobna sytuacja występuje w sprawozdaniach wymaganych przez urzędy statystyczne. Urzędy statystyczne wymagają wypełniania comiesięcznych badań statystycznych monitorujących jakość oraz konkurencję w jednostkach służby zdrowia. Równie ważne są sprawozdania dotyczące sytuacji finansowej jednostek służby zdrowia. Sprawozdania te przekazywane są nie tylko do organów założycielskich (jednostek samorządu terytorialnego) ale również do instytucji monitorujących stan finansowy tych jednostek. Wśród tych jednostek odnajdujemy zarówno centralne i terytorialne organy administracji rządowej, urzędy marszałkowskie, centra zdrowia publicznego, itp. Wszelkie ww. ankiety i sprawozdania stanowią problem dla pracowników służby zdrowia - głównie z uwagi na zmieniające się przepisy oraz modyfikację druków.

Ważnym elementem pracy wielu jednostek służby zdrowia jest monitoring świadczonych usług zdrowotnych, co w dużym stopniu należy do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia. Posiada on bowiem bazę świadczeniodawców i udzielonych świadczeń zdrowotnych. Stanowi to znaczną część analiz i sprawozdań jednostek służby zdrowia. Ponadto należy zauważyć, że rozwój opieki zdrowotnej i rotacja zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych jest stale monitorowana przez system rejestru zakładów opieki zdrowotnej. Nie istnieje natomiast specjalistyczna baza dotycząca prowadzonej działalności zdrowotnej – poczynając od Izby Pielęgniarskiej, Lekarskiej a kończąc na Wydziale Zdrowia Urzędu Miejskiego. Ważnym aspektem komunikacji e-zdrowie stałoby się zatem utworzenie jednolitej bazy danych uwzględniającej wszystkie jednostki ochrony zdrowia. Mając na uwadze stworzenie komunikacji między jednostkami służby zdrowia i jednostkami nadzorującymi, niezbędne staje się utworzenie bazy wszystkich świadczeniodawców zdrowotnych oraz zakresu i rodzaju udzielanych przez nich świadczeń zdrowotnych. Podstawy dla tej bazy można zaczerpnąć z istniejących już systemów informatycznych, a modyfikując systematycznie jej zakres danych, można osiągnąć stopień możliwy do ich wspólnej komunikacji.

System sprawozdawczy jednostek służby zdrowia nie należy do doskonałych i w celu jego tworzenia czy modyfikacji, w pierwszej kolejności, należałoby zwrócić uwagę na zmienność przepisów prawnych i zmienność zakresu danych zawartych w analizach. Do badań związanych z zachorowaniami i leczeniem ambulatoryjnym z powodu: gruźlicy i chorób płuc, zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, chorób układu krążenia oraz cukrzycy. Zachorowania na choroby zakaźne oraz zatrucia, choroby weneryczne oraz nowotwory złośliwe oraz choroby zawodowe. Gdzie dla kodowania jednostek chorobowych stosuje się Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja 10. Źródło danych należy stosować sprawozdania o symbolach: MZ-11, MZ-13, MZ-14, MZ-15, MZ-16, MZ-17, MZ-19, MZ-55, MZ-56, MZ-57, MZ-58 oraz indywidualne karty o symbolach MZ/N-1a, 3-90/62/MZ, 3-90/83/MZ, MZ/G-1, MZ/Sw-2, roczna sprawozdawczość MSWiA na formularzach: MSW-34, -35, -36.

Wg naszej analizy, należy :

1. Przygotować 8 sprawozdań, których odbiorcami jest GUS
2. Przygotować 16 sprawozdań, których odbiorcami są organy MSWiA
3. Przygotować 36 sprawozdań, których autorstwo należy do MZ.

Aby sprostać tym zadaniom, należałoby w pierwszej kolejności przeprowadzić analizę przydatności

oraz zbadać redundancje wynikające z powielania tych samych informacji w wielu sprawozdaniach. Kolejnym krokiem stałoby się wówczas wyposażenie i zabezpieczenie potencjalnych operatorów w odpowiedni sprzęt i oprogramowanie służące celom sprawozdawczym. Nie jest bowiem łatwo sprostać zadaniom sprawozdawczości przy braku odpowiedniego systemu informatycznego. Stworzenie niezawodnej, bardziej sprawnej i szybszej komunikacji staje zatem zadaniem priorytetowym, które wymusza rynek ochrony zdrowia.

Należy zauważyć, że jednostki służby zdrowia nie podlegają tylko zadaniom sprawozdawczości ale również innym zadaniom związanym z bieżącą ich działalnością. Zatem współpracują jeszcze z Zakładami Ubezpieczeń Społecznych, Urzędami Skarbowymi czy też instytucjami ubezpieczeniowymi. Należałoby zatem stworzyć jeden system obsługujący zarówno sprawozdawczość, monitoring, jak i możliwość współpracy wszelkich instytucji z jednostkami nadzorującymi. System taki poprawiłby efektywność pracy jednostek służby zdrowia.

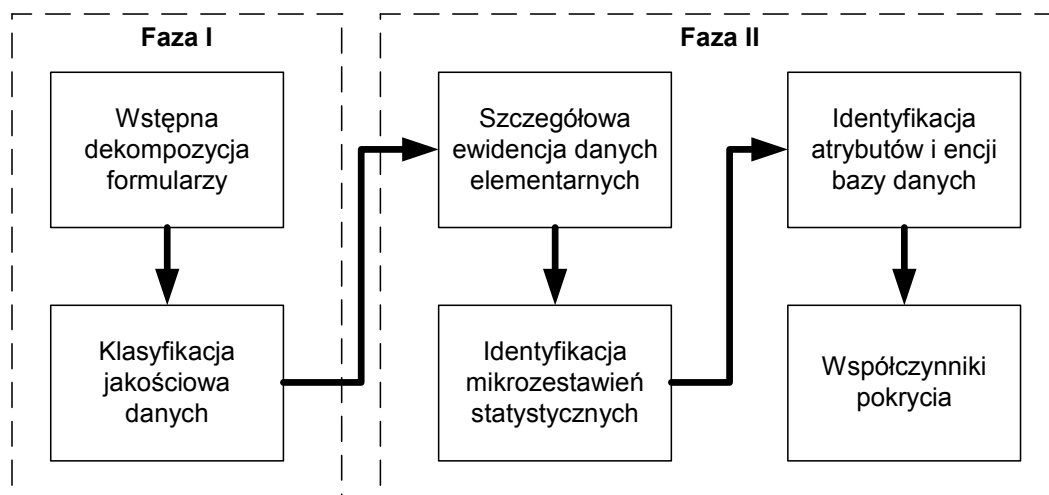
Należy również zauważyć, że system e-zdrowie powinien służyć przede wszystkim pacjentom. Pacjent stanowi bowiem podstawę funkcjonowania każdej jednostki służby zdrowia. Dlatego też, należałoby stworzyć bazę informacyjną, której funkcja opierałaby się na możliwości uzyskania takich informacji jak:

- w jakim miejscu i w jakich godzinach działają wybrane poradnie,
- czy świadczeniodawca ma podpisany kontrakt z płatnikiem na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- jaki jest najbliższy wolny termin możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego z zakresu udzielanego przez daną poradnię,
- czy w pobliżu jest możliwość zakupu leków i środków pomocniczych.

Jednak najważniejszą funkcją komunikacji e-zdrowie winna być możliwość rejestracji pacjenta za pomocą Internetu.

1.3. ANALIZA UWARUNKOWAŃ WYKONAWCZYCH NA LIŚCIE PROBLEMÓW REGIONU

Podnoszona wyżej kwestia systemu sprawozdawczego ma szerszy wymiar w warunkach całego kraju; takie badania analityczne zostały już podjęte wcześniej [FRAC2004], a wyniki prac mogą być podstawą do uporządkowania procedur oraz zmniejszenia kosztów w zakresie sprawozdawczym i analitycznym. Niestety na ogół mamy do czynienia z bardzo zróżnicowaną sytuacją, kiedy istnieją różne formy pozyskiwania danych analityczno-sprawozdawczych; są to między innymi formularze papierowe, lokalne systemy informatyczne gromadzące te dane w postaci elektronicznej. Zalecenia i wymogi ustawowe do zbierania i przekazywania danych są dość często modyfikowane - tak co do trybu jak również ich zakresu i przetwarzania [DZUNR159, DZUNR006]. Takie cechy mają heterogeniczne systemy sprawozdawczo-analityczne administracji państwowej, samorządności lokalnej oraz niektórych sektorów gospodarki, które powstawały na przestrzeni dość długiego czasu, podlegając różnym zmianom prawa i modyfikacjom technicznym. Systemy te posiadają wiele cech redundancji co do zbioru i zakresu zbieranych i przetwarzanych danych oraz generowanych sprawozdań, jak i podmiotów za ten proces odpowiedzialnych [DZUNR088].



Rys.4.2. Model prac na zmniejszenie redundancji zbioru danych sprawozdawczych [FRAC2004]

Takie właśnie środowisko zmusza analityków do specyficznego podejścia do pozyskiwania wymagań na budowę centralnego systemu w warunkach niejednorodnych i rozproszonych systemów ewidencyjno-sprawozdawczych.

Omawiane podejście może stanowić jedno z zadań związanych z opracowaniem studium wykonalności złożonego systemu informatycznego, którego jednym z istotnych składników będzie podsystem analityczno-statystyczny mający w zamierzeniu przejąć funkcje istniejących obecnie rozproszonych systemów ewidencyjno-sprawozdawczych (systemy te w różnej formie funkcjonują w resortowych placówkach, które ustawowo zbierają dane w różnym cyklu sprawozdawczym i udostępniają dla organów administracji państwowej lub samorządów zawodowych w celu kształtowania polityki, monitorowania procesów czy wprowadzania określonych programów np. profilaktycznych).

Omawianą metodę można zaklasyfikować jako przykład pozyskiwania wymagań na podstawie dokumentów. Materiałem wyjściowym byłby zbiór wzorców formularzy służących do zasilania danymi wspomnianych rozproszonych systemów ewidencyjno-sprawozdawczych, efektem prac będzie zbiór atrybutów wyznaczający wymagania na zakres informacyjny podsystemu analityczno-statystycznego.

Badanie omawianych dokumentów wskazuje, że mamy do czynienia ze zjawiskiem, które można scharakteryzować, że na podstawie obowiązującego prawa, rozporządzeń i tzw. dobrej praktyki, analizie będzie podlegać około 70 rodzajów formularzy wypełnianych przez uczestników należących do ponad 100 klas i wykorzystywanych w 12 badaniach. Ogólna liczba danych elementarnych na formularzach można określić na ponad 16 tysięcy.

Postawione zadanie polegałoby na przeanalizowaniu wszystkich danych elementarnych wchodzących w skład formularzy statystycznych i określeniu na ich podstawie jak najmniejszego zbioru atrybutów, za pomocą których dane te mogłyby być reprezentowane w bazie danych projektowanego podsystemu analityczno-statystycznego dla regionu. Pewnym rozwiązaniem w zakresie danych dotyczących statystyki jest ogólnopolski centralny system informatyczny Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej i Jednostek Ratownictwa Medycznego www.rejestrzoz.gov.pl, który pozwala na uzyskiwanie szeregu danych w trybie raportów interaktywnych oraz statycznych.

Podstawowe zestawienia dotyczą:

- Organizacji i potencjału opieki zdrowotnej
- Nasycenia łóżek w poszczególnych specjalnościach medycznych i regionu
- Poradni leczenia ambulatoryjnego w województwie
- Oddziałów opieki stacjonarnej w województwach

- Ilości ZOZ wg. struktury organizacyjnej
-
- Biuletyn statystyczny CSIOZ
- Statystyk zdrowotnych – GUS

Serwis informacyjny
Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej i Jednostek Systemu Ratownictwa Medycznego

Lp.	Województwo	Liczba ludności	Liczba zakładów	Liczba placówek	Liczba komórek	Liczba łóżek	Komórki - nasycenie	Łóżka - nasycenie
1	DOLNOŚLĄSKIE	2907212	1203	1799	14360	30247	49.4	104.0
2	KUJAWSKO-POMORSKIE	2069321	646	963	6232	18092	30.1	87.4
3	LUBELSKIE	2198054	891	1294	8491	16477	38.6	74.9
4	LUBUSKIE	1008954	493	670	3191	8298	31.6	82.2
5	ŁÓDZKIE	2612890	1226	2055	16772	17932	64.2	68.6
6	MAŁOPOLSKIE	3232408	1298	1838	11312	23530	35.0	72.8
7	MAZOWIECKIE	5124018	2124	3432	29116	41235	56.8	80.5
8	OPOLSKIE	1065043	399	550	2708	7218	25.4	67.8
9	PODKARPACKIE	2103837	714	1201	6930	16486	32.9	78.4
10	PODLASKIE	1208606	530	762	3648	8479	30.2	70.2
11	POMORSKIE	2179900	778	994	8425	14572	38.6	66.8
12	ŚLĄSKIE	4742874	2435	2948	21010	37023	44.3	78.1
13	ŚWIĘTOKRZYSKIE	1297477	391	682	4371	8459	33.7	65.2
14	WARMIŃSKO - MAZURSKIE	1428357	755	972	5079	9698	35.6	67.9
15	WIELKOPOLSKIE	3351915	1824	2482	12364	21894	36.9	65.3
16	ZACHODNIOPOMORSKIE	1698214	858	1134	8395	18404	49.4	108.4
17	RAZEM	38230080	16565	23776	162404	298044	42.5	78.0

Objaśnienie:
Placówki - jednostki organizacyjne zakładów opieki zdrowotnej np. szpitale, przychodnie, stacje pogotowia ratunkowego itp.
Komórki - komórki organizacyjne placówek ochrony zdrowia np. poradnie, oddziały szpitalne, pracownie itp.
Komórki - nasycenie - liczba komórek przypadająca na 10000 mieszkańców
Łóżka - nasycenie - liczba łóżek przypadająca na 10000 mieszkańców

Rys.4.3. Raport z systemu RZOZ z dostępem przez przeglądarkę internetową nt. statystyki nasycenia zakładami opieki zdrowotnej w poszczególnych regionach. [www.zoz]

Z powyższego Raportu wynika, że województwo Dolnośląskie posiada 104 łóżka na 10 tys. mieszkańców, tylko woj. Zachodniopomorskie ma wyższy wskaźnik o 4,4 łóżka, ale Wielkopolskie tylko 65.4 łóżka. Czyli, aby Region dolnośląski zbliżył się do oczekiwanych wskaźników, należy liczyć się z opracowaniem efektywnego sposobu zarządzania redukcją określonej liczby łóżek.

1.4. WNIOSKI JAKO PODSTAWA DEFINICJI ZADANIA

Rozproszone systemy ewidencyjno-sprawozdawcze, powinny być zastąpione podsystemem analityczno-sprawozdawczym. Podstawą tego systemu winna być ustawa o Statystyce Publicznej [DZUNR088] w celu wspomaganie *Badań statystycznych*, których zakres jest określany na każdy rok w odpowiednim rozporządzeniu Rady Ministrów [DZUNR159]. Z każdego badania wypływa wiele *Obowiązków sprawozdawczych*, polegających na tym, że podmiot będący *Uczestnikiem badania* jest zobligowany do udostępnienia instytucji utrzymującej jeden z *Systemów ewidencyjno-sprawozdawczych* określonego zestawu informacji statystycznej (lub zgłoszenia faktu

wystąpienia określonych zdarzeń), przy czym nośnikiem danych są *Formularze* papierowe według zatwierdzonego wzoru [DZUNR006]. Podział zadań oraz przydział środków wymaga dalszych prac adekwatnych do skali problemu z wykorzystaniem kompetencji i pożądanego doświadczenia w zakresie budowy systemów informatycznych tej klasy oraz definicji celu i zakresu takiego systemu, [FRAC2003].

1.5. BIBLIOGRAFIA

- [DZUNR159] Dziennik Ustaw. Nr 159, poz.1538.z 22 lipca 2003 r. W sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2004.
- [DZUNR006] Dziennik Ustaw Nr 6, poz.44 z 7 stycznia 2004 r. W sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2004.
- [DZUNR088] Dziennik Ustaw Nr 88, poz.439. O statystyce publicznej.
- [FRAC2003] Frączkowski Kazimierz, Modele zarządzania zasobami projektu informatycznego i organizacja zespołów – telepraca. W książce pt. Problemy i metody inżynierii oprogramowania. Praca zbiorowa pod red. Z. Huzar, Z. Mazur. Wyd. Naukowo-Techniczne 2003, s. 577-594.
- [FRAC2004] Frączkowski Kazimierz, Górski Cezary. Pozyskiwanie wymagań na budowę centralnego systemu analityczno-statystycznego z otoczenia niejednorodnych i rozproszonych systemów ewidencyjno-sprawozdawczych, W książce pt. Inżynieria Oprogramowania. Nowe wyzwania. Praca zbiorowa pod redakcją Janusz Górski, Andrzej Wardziński Wyd. Naukowo-Techniczne 2004, s. 329-338.
- [WWWUNI] www.phys.uni.torun.pl/kmk/projects/2003-Statut.pdf
- [WWWIDND] www.idn.org.pl/fpmiinr/ankieta/referat.htm
- [WWWSTAT] www.stat.org.pl
- [WWWCSIOZ] www.csioz.gov/pliki/biuletyn_2002/biuletynz.pdf
- [WWWZOZ] www.rejestrzoz.gov.pl.