



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

***Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ***

**RAPORT Z BADAŃ ANKIETOWYCH KOŃCOWYCH**

**Partner odpowiedzialny za przeprowadzenie badań w Projekcie:**

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Zaprezentowane w raporcie informacje przygotowano na podstawie badań końcowych przeprowadzonych za pośrednictwem platformy elektronicznej. Prośbę o wypełnienie ankiety skierowano do 5 332 podmiotów leczniczych. Ankiety zostały wypełnione przez 608 podmiotów leczniczych. Do zestawienia wyników badań wykorzystano jednak wyniki pochodzące z 567 zatwierdzonych ankiet.

Pierwsza część badań stanowi informacje zawarte w tzw. metryce ankiety.

Pytania od 1 do 20 dotyczyły zagadnień związanych z funkcjonowaniem systemu informacyjnego rachunkowości zarządczej w badanych podmiotach leczniczych.

W badaniach ankietowych wstępnych wzięło aktywny udział **567** ZOZ, których strukturę prezentuje tabela 1. Największy udział wśród badanych zakładów stanowiły samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (78,2%).

**Tabela 1. Rodzaj podmiotu leczniczego (wybór jednokrotny)**

LP.	Rodzaj podmiotu leczniczego	Liczba	Udział %
1.	Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej	444	78,2%
2.	Instytut badawczy	13	2,4%
3.	Podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt. 1, 5, 5a albo 6 ustawy o działalności leczniczej	110	19,4%
		567	100,0%

Strukturę organów założycielskich dla badanych podmiotów przedstawia tabela 2. Najliczniejszą grupę wśród organów założycielskich stanowiły jednostki samorządu terytorialnego (72,6%).



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Tabela 2. Organ założycielski podmiotu leczniczego (wybór jednokrotny)**

LP.	Rodzaj organu założycielskiego	Liczba	Udział %
1.	Minister lub centralny organ administracji rządowej	41	7,3%
2.	Wojewoda	27	4,8%
3.	Jednostka samorządu terytorialnego	412	72,6%
4.	Publiczna uczelnia medyczną lub publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych	41	7,3%
5.	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	2	0,4%
6.	Inny	43	7,7%
		567	100,0%

Tabela 3 zawiera informacje o stosowanych w badanych zakładach wewnętrznych mechanizmach kontroli / zarządzania. Do najczęściej wymienianych należały standardy kontroli zarządczej (73,8%), standardy kontroli finansowej (71,4%) i Certyfikat ISO System Zarządzania Jakością (66,1%).

**Tabela 3. Wewnętrzne mechanizmy kontroli / zarządzania (wybór wielokrotny):**

Standardy kontroli finansowej	405	71,4%
Standardy kontroli zarządczej	418	73,8%
Audyt wewnętrzny	235	41,5%
Certyfikat ISO System Zarządzania Jakością	375	66,1%
Inne	64	11,3%
Brak	16	2,8%

Na obecność innych mechanizmów kontroli wskazało 1,3% badanych ZOZ (por. Załącznik, Tabela 3a). W pytaniu otwartym badane ZOZ wymieniły 19 rodzajów mechanizmów obejmujące certyfikaty jakości, ISO, akredytacje instytucjonalne (MZ, CMJ, itp.), systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji, kontrole wewnętrzne, instrukcje, procedury wewnętrzne, stanowiska, itp.

W tabeli 4 wskazano na rodzaje źródeł finansowania. Strukturę źródeł finansowania ustalono z wykorzystaniem średniej. Na finansowanie działalności ze środków publicznych wskazało 88,6% badanych zakładów opieki zdrowotnej.



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Tabela 4. Źródła finansowania

LP	Źródła finansowania	Udział %
1.	Kontrakt z płatnikiem publicznym	88,6
2.	Dotacje	2,3
3.	Środki unijne	1,4
4.	Komercyjne	4,7
5.	Inne	3,0
Razem		100

Udział kontraktu z płatnikiem publicznym w źródłach finansowania kształtuje się wśród badanych podmiotów leczniczych w przedziale od 27 do 100% i zaledwie 0,4% badanych z tego rodzaju źródła finansowania nie korzysta (por. Załącznik, Tabela 4a).

Dotacje zajmują w źródłach finansowania podmiotów leczniczych od 0,1 do 55,37%, jednak 42,3% badanych z nich nie korzysta (por. Załącznik, Tabela 4b).

Ze środków unijnych korzysta 34,7% badanych podmiotów leczniczych, z czego ich udział w źródłach finansowania kształtuje się na poziomie od 0,1 do 44,63% (por. Załącznik, Tabela 4c).

Na obecność środków komercyjnych w źródłach finansowania wskazało 78,6% badanych ZOZ. Tylko w 4 przypadkach udział środków z tego źródła przekracza 50%. W 10,1% podmiotów środki komercyjne wynoszą 2%. W przypadku 8,9% badanych 1%, w 8,1% podmiotach - 3%, w 6,5% przypadków - 5%, w 6% natomiast - 4%. Na udział 5% i 7% środków komercyjnych wskazuje 2% badanych podmiotów leczniczych. (por. Załącznik, Tabela 4d).

Wymieniając inne źródła finansowania badane podmioty lecznicze wskazały: badania kliniczne, środki uzyskiwane z tytułu odbywanych staży i rezydentur, darowizny, czynsze z tytułu wynajmu powierzchni, przychody finansowe, działalność niemedyyczna, medycyna pracy, odpłatne wykonywanie badań diagnostycznych i inne usługi, np. wyżywienie, ksero, internat itp. (por. Załącznik, Tabela 4e-4f).

**Zestawienie wyników badań ankietowych w części pytań dotyczących funkcjonowania w badanych podmiotach leczniczych systemu informacyjnego rachunkowości zarządczej.**



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

1. 95,6% badanych podmiotów leczniczych określiło cele strategiczne. W 84,7% z nich zostały one uszczegółowione przez sformułowanie celów operacyjnych i w 87,9% zakomunikowane załodze oraz w 69% przypisano im miary realizacji.

W 77% badanych podmiotów ustanowiono osoby odpowiedzialne za realizację celów operacyjnych i w 69,8% przyznano im uprawnienia w zakresie podejmowanych decyzji.

W 1,6% badanych podmiotów leczniczych nie przyjęto do realizacji żadnych celów (por. Załącznik, Tabela 5).

2. Dla badanych podmiotów leczniczych ważność zaproponowanych do osiągnięcia celów kształtowała się następująco (por. Załącznik, Tabela 6):

1. Poprawa jakości udzielanych świadczeń	71,4%
2. Wzrost satysfakcji pacjenta	64,1%
3. Wzrost budżetu sprzedaży w kolejnych latach funkcjonowania zoz	52,0%
4. Rozwój i utrzymanie kadry medycznej	51,2%
5. Redukcja zadłużenia	41,5%
6. Wzrost konkurencyjności zakładu	38,3%
7. Wzrost satysfakcji zawodowej pracowników	24,4%
8. Wzrost nakładów inwestycyjnych	25,0%
9. Restrukturyzacja zakładu	21,0%

3. Podejmowanie działań związanych z realizacją celów powinno odbywać się w strukturze organizacyjnej uwzględniającej ośrodki odpowiedzialności (por. Załącznik, Tabela 7). W przypadku 89,9% badanych zakładów opieki zdrowotnej wyodrębniono tzw. ośrodki odpowiedzialności za koszty, w 81% ośrodki rentowności i w 58,5% ośrodki inwestycji. Delegacja uprawnień do podejmowania decyzji w ośrodkach odpowiedzialności miała miejsce w 65,3% badanych. Odpowiedzialność za realizację i osiągnięcie celów przypisano w przypadku 65,7% podmiotów.

4. Pomiar realizowanych działań, w związku z realizacją założonych do osiągnięcia celów, powinien odbywać się z wykorzystaniem odpowiednich mierników. Wśród możliwych wskazano miary finansowe i niefinansowe. Badane podmioty lecznicze ich ważność oceniły następująco (por. Załącznik, Tabela 9):

1) Mierniki finansowe

1. Poziom kosztów	75,8%
2. Poziom przychodów	75,0%
3. Wyniki działalności operacyjnej	55,2%



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

4. Wskaźniki finansowe 33,5%

2) Mierniki niefinansowe

1. Liczba pacjentów	48,0%
2. Liczba porad	41,9%
3. Liczba procedur	41,9%
4. Liczba osobodni	35,9%
5. Wskaźniki statystyki medycznej (np. wykorzystania łóżek, przelotowości, długości pobytu)	34,7%
6. Wskaźniki epidemiologiczne	30,6%

5. W systemie oceny realizowanych działań zmierzających do osiągnięcia założonych celów badane podmioty lecznicze wskazały na decydujące znaczenie czynników niefinansowych w postaci podnoszenia kwalifikacji (28,6%) i poprawę jakości pracy (23,8%). Na finansowe czynniki motywacyjne w postaci premii uznaniowej wskazało 21,8% badanych podmiotów, premii zadaniowej 19,8%, wzrostu wynagrodzenia zasadniczego 17,3%. Większość badanych podmiotów leczniczych wskazało na brak finansowych czynników motywacyjnych (por. Załącznik, Tabela 11).

6. Planowanie działalności w podmiotach leczniczych oceniono przez pryzmat deklaracji sporządzanych budżetów i planów. Badane podmioty przygotowują najczęściej informacje w postaci (por. Załącznik, Tabela 8):

1. Planowany rachunek zysków i strat	91,5%
2. Budżet sprzedaży	80,2%
3. Budżet kosztów bezpośrednich	77,0%
4. Planowany bilans	72,6%
5. Budżet środków pieniężnych	61,3%
6. Budżet kosztów pośrednich	59,3%
7. Budżet kosztów ogólnego zarządu	58,9%
8. Budżet materiałów bezpośrednich	57,7%
9. Budżet nakładów kapitałowych	53,6%
10. Planowany rachunek przepływów środków pieniężnych	50,4%
11. Budżet nakładu pracy bezpośrednioj	47,2%

7. Kontrolę działalności w podmiotach leczniczych poddano ocenie przez pryzmat deklaracji dotyczących rodzaju przygotowywanych raportów. W pytaniu tym, w



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

porównaniu do badań ankietowych wstępnych, zrezygnowano z badania częstotliwości ich sporządzania. Do raportów o decydującym znaczeniu należą (por. Załącznik, Tabela 10):

1. Raport z realizacji budżetu kosztowego	57,7%
2. Raport z realizacji budżetu sprzedaży	54,4%
3. Raporty na indywidualne potrzeby zarządzających	45,6%
4. Raporty statystyczno – medyczne	44,8%
5. Raporty o odchyleniach wartościowych	28,6%
6. Raporty o odchyleniach ilościowych	25,0%

Wśród badanych podmiotów nie przygotowuje się raportów: o odchyleniach ilościowych - 21,8%, o odchyleniach wartościowych - 20,6%, raportu z realizacji budżetu – 18,5%, raportu z realizacji budżetu kosztowego – 15,7%, raportów statystyczno – medycznych – 11,3%, ani raportów na indywidualne potrzeby zarządzających – 6,9% .

8. Badane podmioty lecznicze pytane o stosowany rachunek kosztów, w 76,6% przypadków wskazały na rachunek kosztów, którego zasady regulowało obowiązujące do 30 czerwca 2011 roku rozporządzenie MZiOS z dnia 22 grudnia 1998 roku w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z obiektywnym rachunkiem kosztów, prezentowanym na szkoleniach w ramach Projektu Nowoczesne Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ, prowadzenie rachunku deklaruje 19,4% badanych podmiotów. (por. Załącznik, Tabela 12).

9. Na stosowanie innego modelu rachunku kosztów wskazało 66 badanych podmiotów. Brak rachunku kosztów odnotowano w 2% przypadków (por. Załącznik, Tabela 12a).

10. Badane podmioty lecznicze dokonały oceny możliwości wykorzystania informacji generowanej przy zastosowaniu rachunku kosztów, którego zasady funkcjonowania regulowało do 30 czerwca 2011 roku rozporządzenie MZiOS z roku 1998. Mając na uwadze decydujące znaczenie oceny kształtowały się następująco (por. Załącznik, Tabela 13):

1. Planowanie kosztów działalności	54,8%
2. Porównanie uzyskanej ceny ze skalkulowanym kosztem świadczenia opieki zdrowotnej	38,7%
3. Negocjacje kontraktu z płatnikiem	38,3%



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

4. Planowanie rodzaju i ilości zasobów	33,1%
5. Ocena efektywności wykorzystania zasobów	23,8%
6. Ustalenia wartości zasobów niewykorzystanych	14,9%

11. Badane podmioty lecznicze ustosunkowały się do możliwości wykorzystania innych, wskazanych w badaniu, modeli rachunku kosztów w tworzeniu informacji, o której mowa w pkt. 10. Według badanych podmiotów ocena kształtowała się następująco (por. Załącznik, Tabela 14):

1. Rachunek kosztów pełnych rzeczywistych	85,1%
2. Rachunek kosztów zmiennych rzeczywistych	73,0%
3. Rachunek kosztów działań	59,3%
4. Rachunek kosztów pełnych normatywnych (standardowych)	49,2%
5. Rachunek kosztów docelowych	48,8%
6. Rachunek kosztów zmiennych normatywnych (standardowych)	41,9%

12. Badane podmioty lecznicze wskazały na wykorzystywane, poza systemem rachunku kosztów, następujące narzędzia rachunkowości zarządczej (por. Załącznik, Tabela 15):

1. Analiza odchyień kosztów, przychodów i wyników	81,9%
2. Roczne budżetowanie operacyjne	81,0%
3. Kalkulacja kosztu jednostkowego	77,8%
4. Planowanie długookresowe	64,9%
5. Ocena efektywności projektów inwestycyjnych	64,1%
6. Ustalanie progu rentowności	59,3%
7. Ocena opłacalności sprzedaży według różnych kryteriów	54,0%
8. Prognozowanie kroczące podstawowych wielkości operacyjnych i finansowych	38,3%
9. Benchmarking	29,8%
10. Zbilansowana karta wyników	15,3%
11. Rachunek wielostopniowych marż pokrycia	14,1%
12. Ekonomiczna wartość dodana (EVA)	8,1%

13. Badane podmioty lecznicze wskazały na powody, dla których podejmuje się decyzje o stosowaniu wybranych narzędzi rachunkowości zarządczej. Decydujące znaczenie przypisano następującym czynnikom (por. Załącznik, Tabela 16):

1. Konieczność obniżania kosztów	65,3%
2. Konieczność poprawy wyników finansowych	63,7%



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

3. Wzrost konkurencji	26,2%
4. Wprowadzenie standardów ISO	26,2%
5. Zastosowanie zintegrowanych informatycznych programów zarządzania	25,4%
6. Wdrożenie nowych technologii	18,1%
7. Dążenie do odzyskania utraconych rynków zbytu (w zakresie świadczeń zdrowotnych)	15,3%
8. Zmiana formy prawnej funkcjonowania zakładu	14,5%
9. Decyzje nowego zarządu	13,3%
10. Nakaz nowego właściciela przedsiębiorstwa	7,3%

W przypadku 8,1% podmiotów leczniczych nie stosuje się systemu rachunkowości zarządczej.

14. Badane podmioty lecznicze dokonały oceny przydatności funkcjonującego w podmiotach systemu informacyjnego rachunkowości w określonych obszarach informacyjnych. Decydujące znaczenie przypisano następującym zadaniom (por. Załącznik, Tabela 17):

1. Bieżąca kontrola i ocena prowadzonej działalności	61,3%
2. Sporządzanie sprawozdań finansowych oraz statystycznych (GUS)	58,9%
3. Podejmowanie decyzji przez zarząd	52,8%
4. Ustalanie i rozliczanie się z podatków	52,4%
5. Wykonywanie innych zadań, tzn. sporządzanie sprawozdań branżowych oraz dla instytucji płatnika i potrzeb nadzoru właścicielskiego	50,8%
6. Podejmowanie decyzji przez kierowników niższych szczebli	31,0%

15. Badane podmioty lecznicze dokonały oceny znaczenia jakości informacji przez pryzmat możliwości wykorzystania jej w obszarach informacyjnych wymienionych w pkt. 14. Decydujące znaczenie przypisano następującym cechom informacji (Załącznik, Tabela 18):

1. Użyteczność dostarczanej informacji	56,5%
2. Istotność dostarczanej informacji	54,4%
3. Aktualność dostarczanej informacji	52,8%
4. Szybkość dostarczenia informacji	50,8%
5. Poziom szczegółowości dostarczanej informacji	39,9%
6. Częstotliwość dostarczania informacji	35,1%





**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

- |  |       |
|--|-------|
| 7. Koszt przygotowania informacji                | 27,4% |
| 8. Interdyscyplinarność przygotowanej informacji | 25,8% |

16. Badane podmioty lecznicze wskazały na znaczenie czynników dla efektywnego funkcjonowania systemu rachunkowości zarządczej. Decydujące znaczenie przypisano następującym czynnikom (por. Załącznik, Tabela 19):

- |   |       |
|---|-------|
| 1. Zaangażowanie zarządzających wszystkich szczebli w tworzenie systemu                         | 54,4% |
| 2. Kompetencje pracowników  | 53,2% |
| 3. Określenie jasnej koncepcji funkcjonowania systemu   | 50,0% |
| 4. Wyraźne określenie zakresu odpowiedzialności służb finansowo-księgowych i kontrolingowych    | 43,1% |
| 5. Zaopatrzenie służb kontrolingowych w sprzęt i oprogramowanie                                 | 41,0% |
| 6. Organizacyjne i systemowe wyodrębnienie rachunkowości zarządczej jako systemu informacyjnego | 36,3% |
| 7. Wewnętrzna inicjatywa wprowadzenia systemu   | 25,8% |
| 8. Zatrudnienie dodatkowych pracowników   | 10,1% |

W przypadku 12,5% badanych podmiotów nie stosuje się systemu rachunkowości zarządczej.

17. Badane podmioty lecznicze wskazały na kompetencje osób zajmujących się przygotowaniem informacji zarządczej w podmiocie. Bardzo duże znaczenie przypisano kompetencjom w następujących obszarach (por. Załącznik, Tabela 20):

- |  |       |
|--|-------|
| 1. Rachunkowość finansowa              | 54,0% |
| 2. Zarządzanie                         | 46,0% |
| 3. Finanse                             | 46,0% |
| 4. Usługowa działalność medyczna       | 35,5% |
| 5. Kwestie organizacyjne i kadrowe     | 31,0% |
| 6. Rachunkowość zarządcza i kontroling | 29,4% |
| 7. Logistyka                           | 13,7% |
| 8. Marketing                           | 11,7% |

W przypadku 8,1% badanych podmiotów nie przygotowuje się informacji zarządczej.



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

18. Badane podmioty lecznicze wskazały najbliższy podmiotowi proces podejmowania decyzji. Największa liczba podmiotów (60,1% badanych) wskazała na tzw. doradzający styl kierowania, w którym „Przełożony informuje swoich podwładnych o zamierzonych decyzjach. Podwładni mają możliwość wypowiedzenia się na dany temat zanim przełożony podejmie ostateczną decyzję” (por. Załącznik, Tabela 21).

19. Badane podmioty lecznicze dokonały oceny udziału osób zarządzających w definiowaniu informacji zarządczej. Bardzo duży udział w definiowaniu potrzeb zarządczych przypisano osobom zajmującym następujące stanowiska (por. Załącznik, Tabela 22):

1. Główny księgowy	47,2%
2. Dyrektor ds. ekonomicznych	36,3%
3. Dyrektor ds. medycznych	31,9%
4. Dyrektor ds. finansowych	31,9%
5. Kierownicy ośrodków działalności podstawowej	18,1%
6. Kierownicy ośrodków działalności pomocniczej	12,5%

W przypadku 48,4% badanych podmiotów dyrektor ds. finansowych nie bierze udziału w definiowaniu potrzeb zarządczych, w 37,1% brak jest również udziału dyrektora ds. ekonomicznych.

W przypadku 8,1% badanych podmiotów nie definiuje się potrzeb zarządczych.

20. Badane podmioty lecznicze dokonały oceny obszarów działania odpowiednio Rady Społecznej Szpitala / Rady Nadzorczej / Rady Naukowej w danym zakładzie. Jako bardzo znaczący udział wskazano następujące obszary (por. Załącznik, Tabela 23):

1. Badanie i przyjęcie sprawozdania rocznego	40,3%
2. Opiniowanie podziału rocznego wyniku	39,5%
3. Kontrolowanie skali zadłużenia zakładu	22,6%
4. Planowanie inwestycji	22,2%
5. Analiza działalności zakładu, w tym efektywności podejmowanych przez zarząd działań	18,1%
6. Analiza działalności zakładu, w tym jakości i zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych	14,1%
7. Analiza działalności zakładu, w tym stopnia wykorzystania zasobów	12,5%

Jako najmniej znaczący udział Rady Społecznej Szpitala / Rady Nadzorczej / Rady Naukowej wskazano w obszarze planowania inwestycji - 22,6% przypadków.



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

21. Badane podmioty lecznicze dokonały oceny doświadczenia członków odpowiednio Rady Społecznej Szpitala / Rady Nadzorczej / Rady Naukowej w danym podmiocie. Jako bardzo duże doświadczenie wskazano na następujące obszary (por. Załącznik, Tabela 24):

1. Zarządzanie	23,0%
2. Branża medyczna	22,1%
3. Ekonomia	14,9%
4. Finanse	14,9%
5. Rachunkowość	10,9%
6. Prawo	10,9%

Sporządzono według stanu badań ankietowych końcowych na dzień 02.12.2013 roku

*Sporządził:*

Koordinator ds. badań i promocji rezultatów  
oraz ewaluacji Projektu

**dr Wioletta Baran**

Katedra Rachunkowości Menedżerskiej  
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

**Załącznik do Raportu z badań ankietowych końcowych**

Tabele 1 – 4 odzwierciedlają informacje zawarte w tzw. metryce ankiety (pytania I – IV).

Tabele 5 – 21 zawierają odpowiedzi na pytania dotyczące jakości systemu informacyjnego w badanych podmiotach leczniczych (pytania 1-20).

W badaniach ankietowych wstępnych wzięło aktywny udział **567** podmiotów leczniczych, których strukturę zawiera tabela 1. Strukturę organów założycielskich dla badanych podmiotów określa tabela 2.

**Tabela 1. Rodzaj podmiotu leczniczego (wybór jednokrotny)**

LP.	Rodzaj podmiotu leczniczego	Liczba	Udział %
1.	Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej	444	78,2%
2.	Instytut badawczy	13	2,4%
3.	Podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt. 1, 5, 5a albo 6 ustawy o działalności leczniczej	110	19,4%
		567	100,0%



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Tabela 2. Organ założycielski podmiotu leczniczego (wybór jednokrotny)**

LP.	Rodzaj organu założycielskiego	Liczba	Udział %
1.	Minister lub centralny organ administracji rządowej	41	7,3%
2.	Wojewoda	27	4,8%
3.	Jednostka samorządu terytorialnego	412	72,6%
4.	Publiczna uczelnia medyczną lub publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych	41	7,3%
5.	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	2	0,4%
6.	Inny	43	7,7%
		567	100,0%

Tabela 3 zawiera informację o stosowanych w badanych podmiotach leczniczych wewnętrznych mechanizmach kontroli / zarządzania.

**Tabela 3. Wewnętrzne mechanizmy kontroli / zarządzania (wybór wielokrotny):**

Standardy kontroli finansowej	405	71,4%
Standardy kontroli zarządczej	418	73,8%
Audyt wewnętrzny	235	41,5%
Certyfikat ISO System Zarządzania Jakością	375	66,1%
Inne	64	11,3%
Brak	16	2,8%

Na obecność innych mechanizmów kontroli wskazało 11,3% badanych podmiotów leczniczych (tabela 3). W tabeli 3a zaprezentowano 18 rodzajów mechanizmów wymienionych przez podmioty lecznicze, obejmujących certyfikaty, systemy, stanowiska i procedury, na których obecność wskazało łącznie 66 podmiotów.

**Tabela 3a. Inne wewnętrzne mechanizmy kontroli / zarządzania**

LP	Inne mechanizmy kontroli wewnętrznej / zarządczej	Liczba	Udział %
1.	Akredytacja	14	20,8
2.	Akredytacja CMJ	5	6,9
3.	Akredytacja Ministra Zdrowia	2	3,0
3.	Budżetowanie	2	3,0
4.	Budżetowanie jednostek zadaniowych	2	3,0
5.	Certyfikat Akredytacyjny MZ i CMJ	2	3,0



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

6.	Certyfikat Jakości Przyjazna Przychodnia	2	3,0
7.	Certyfikat zapobiegania zakażeniom szpitalnym	2	3,0
8.	Instrukcje	2	3,0
9.	Kontrola organu założycielskiego i innych	2	3,0
10.	Kontrola wewnętrzna	14	21,2
11.	Kontrola statystyczno-finansowa	2	3,0
12.	Procedury, instrukcje wewnętrzne	2	3,0
13.	Stały nadzór nad działalnością przedsiębiorstwa	2	3,0
14.	Standardy akredytacyjne	2	3,0
15.	Uregulowania wewnętrzne	2	3,0
16.	W sprawie procedur kontroli finansowej	2	3,0
17.	Wewnętrzny system zarządzania jakością	2	3,0
18.	Zarządzenie prezesa	2	3,0
19.	Kontroler wewnętrzny	2	3,0
<b>Liczba ZOZ</b>		<b>66</b>	

W tabeli 4 wskazano na rodzaj źródeł finansowania. Strukturę ustalono z wykorzystaniem średniej. W kolejnych tabelach (4a-4e) zaprezentowano indywidualne wskazania badanych podmiotów. Tabela 4 f zawiera inne źródła finansowania wskazane przez badane podmioty.

**Tabela 4. Źródła finansowania**

LP	Źródła finansowania	Udział %
1.	Kontrakt z płatnikiem publicznym	88,6
2.	Dotacje	2,3
3.	Środki unijne	1,4
4.	Komercyjne	4,7
5.	Inne	3,0
Razem		100

**Tabela 4a. Udział kontraktu z płatnikiem publicznym w źródłach finansowania**

LP	Kontrakt z płatnikiem (%)	Liczba ZOZ	Udział % ZOZ
1.	0,00	2	0,4
2.	27,00	2	0,4
3.	29,00	2	0,4
4.	37,82	2	0,4
5.	38,00	2	0,4



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

6.	41,57	2	0,4
7.	50,00	2	0,4
8.	56,02	2	0,4
9.	61,00	2	0,4
10.	63,12	2	0,4
11.	65,00	5	0,8
12.	70,00	7	1,2
13.	72,00	2	0,4
14.	73,00	2	0,4
15.	75,00	5	0,8
16.	76,50	2	0,4
17.	77,00	2	0,4
18.	78,00	7	1,2
19.	79,00	5	0,8
20.	79,70	2	0,4
21.	80,00	14	2,4
22.	81,00	5	0,8
23.	82,00	2	0,4
24.	82,50	2	0,4
25.	82,67	2	0,4
26.	83,00	7	1,2
27.	83,84	2	0,4
28.	84,00	7	1,2
29.	84,20	2	0,4
30.	85,00	23	4,0
31.	85,40	2	0,4
32.	86,00	14	2,4
33.	86,10	2	0,4
34.	86,36	2	0,4
35.	86,70	2	0,4
36.	86,81	2	0,4
37.	87,00	16	2,8
38.	87,87	2	0,4
39.	88,00	14	2,4
40.	88,20	2	0,4
41.	88,40	2	0,4
42.	88,83	2	0,4
43.	89,00	11	2,0



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

44.	90,00	46	8,1
45.	90,10	2	0,4
46.	90,20	2	0,4
47.	91,00	21	3,6
48.	91,06	2	0,4
49.	91,15	2	0,4
50.	91,40	2	0,4
51.	91,87	2	0,4
52.	92,00	16	2,8
53.	92,16	2	0,4
54.	92,20	5	0,8
55.	92,30	2	0,4
56.	92,40	2	0,4
57.	92,80	2	0,4
58.	93,00	27	4,8
59.	93,10	2	0,4
60.	93,26	2	0,4
61.	93,60	5	0,8
62.	94,00	21	3,6
63.	94,20	2	0,4
64.	94,30	2	0,4
65.	94,50	2	0,4
66.	94,88	2	0,4
67.	95,00	53	9,3
68.	95,22	2	0,4
69.	95,50	2	0,4
70.	95,60	2	0,4
71.	95,70	2	0,4
72.	95,87	2	0,4
73.	95,90	2	0,4
74.	96,00	27	4,8
75.	96,40	2	0,4
76.	96,60	2	0,4
77.	96,80	2	0,4
78.	97,00	18	3,2
79.	97,35	2	0,4
80.	97,50	2	0,4
81.	97,80	2	0,4



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

82.	98,00	21	3,6
83.	98,60	2	0,4
84.	98,62	2	0,4
85.	98,70	2	0,4
86.	99,00	7	1,2
87.	99,90	2	0,4
88.	99,99	2	0,4
89.	100,00	23	4,0

**Tabela 4b. Udział dotacji w źródłach finansowania**

LP	Dotacje (%)	Liczba ZOZ	Udział % ZOZ
1.	0,00	240	42,3
2.	0,01	2	0,4
3.	0,06	2	0,4
4.	0,10	2	0,4
5.	0,20	11	2,0
6.	0,22	2	0,4
7.	0,23	2	0,4
8.	0,30	2	0,4
9.	0,40	2	0,4
10.	0,50	7	1,2
11.	0,53	2	0,4
12.	0,60	2	0,4
13.	0,62	2	0,4
14.	0,79	2	0,4
15.	0,80	7	1,2
16.	0,95	2	0,4
17.	1,00	62	10,9
18.	1,06	2	0,4
19.	1,28	2	0,4
20.	1,30	2	0,4
21.	1,40	2	0,4
22.	1,50	2	0,4
23.	1,61	2	0,4
24.	1,70	2	0,4
25.	1,80	2	0,4





**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

26.	2,00	50	8,9
27.	2,20	5	0,8
28.	2,60	2	0,4
29.	3,00	27	4,8
30.	3,61	2	0,4
31.	3,90	2	0,4
32.	4,00	14	2,4
33.	4,60	2	0,4
34.	5,00	21	3,6
35.	5,10	2	0,4
36.	5,30	2	0,4
37.	5,59	2	0,4
38.	5,70	2	0,4
39.	5,90	2	0,4
40.	6,00	14	2,4
41.	7,00	9	1,6
42.	8,00	5	0,8
43.	8,69	2	0,4
44.	10,00	9	1,6
45.	14,00	2	0,4
46.	18,00	2	0,4
47.	19,00	5	0,8
48.	20,00	5	0,8
49.	30,00	2	0,4
50.	55,37	2	0,4

**Tabela 4c. Udział środków unijnych w źródłach finansowania**

LP	Środki unijne (%)	Liczba ZOZ	Udział % ZOZ
1.	0,00	370	65,3
2.	0,10	5	0,8
3.	0,11	2	0,4
4.	0,25	2	0,4
5.	0,28	2	0,4
6.	0,36	2	0,4
7.	0,38	2	0,4



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

8.	0,40	2	0,4
9.	0,49	2	0,4
10.	0,50	11	2,0
11.	0,60	2	0,4
12.	0,80	2	0,4
13.	1,00	25	4,4
14.	1,20	5	0,8
15.	1,40	2	0,4
16.	1,60	2	0,4
17.	1,70	2	0,4
18.	1,80	2	0,4
19.	2,00	27	4,8
20.	2,20	5	0,8
21.	2,56	2	0,4
22.	2,70	2	0,4
23.	2,99	2	0,4
24.	3,00	21	3,6
25.	4,00	11	2,0
26.	5,00	18	3,2
27.	6,00	5	0,8
28.	9,00	2	0,4
29.	10,00	2	0,4
30.	11,00	5	0,8
31.	11,86	2	0,4
32.	14,00	2	,4
33.	15,00	5	0,8
34.	18,00	2	0,4
35.	28,00	2	0,4
36.	44,63	2	0,4

**Tabela 4d. Udział środków komercyjnych w źródłach finansowania**

LP	Środki komercyjne (%)	Liczba ZOZ	Udział % ZOZ
1.	0,00	121	21,4
2.	0,02	2	0,4
3.	0,05	2	0,4
4.	0,10	2	0,4



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

5.	0,19	2	0,4
6.	0,20	2	0,4
7.	0,50	7	1,2
8.	0,95	2	0,4
9.	1,00	50	8,9
10.	1,20	2	0,4
11.	1,30	2	0,4
12.	1,38	2	0,4
13.	1,40	2	0,4
14.	1,50	7	1,2
15.	1,70	2	0,4
16.	1,78	2	0,4
17.	1,80	2	0,4
18.	2,00	57	10,1
19.	2,18	2	0,4
20.	2,20	2	0,4
21.	2,30	5	0,8
22.	2,35	2	0,4
23.	2,50	2	0,4
24.	2,83	2	0,4
25.	3,00	46	8,1
26.	3,20	5	0,8
27.	3,56	2	0,4
28.	3,60	2	0,4
29.	3,82	2	0,4
30.	3,90	2	0,4
31.	4,00	34	6,0
32.	4,10	5	0,8
33.	4,27	2	0,4
34.	4,60	2	0,4
35.	4,80	2	0,4
36.	4,97	2	0,4
37.	5,00	37	6,5
38.	5,50	5	0,8
39.	5,80	2	0,4
40.	5,90	2	0,4
41.	6,00	7	1,2
42.	6,12	2	0,4



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

43.	6,40	2	0,4
44.	7,00	11	2,0
45.	7,30	2	0,4
46.	7,60	2	0,4
47.	7,80	2	0,4
48.	8,00	9	1,6
49.	8,25	2	0,4
50.	9,00	5	0,8
51.	10,00	16	2,8
52.	10,10	2	0,4
53.	10,80	2	0,4
54.	11,20	2	0,4
55.	12,00	2	0,4
56.	13,00	5	0,8
57.	15,00	11	2,0
58.	15,78	2	0,4
59.	19,00	2	0,4
60.	20,00	5	0,8
61.	21,00	2	0,4
62.	23,50	2	0,4
63.	25,00	5	0,8
64.	30,00	7	1,2
65.	35,00	5	0,8
66.	58,00	2	0,4
67.	62,18	2	0,4

**Tabela 4e. Udział innych źródeł finansowania**

LP	Inne źródła (%)	Liczba ZOZ	Udział % ZOZ
1.	0,00	113	45,6
2.	0,02	1	0,4
3.	0,30	1	0,4
4.	0,47	1	0,4
5.	0,60	1	0,4
6.	0,70	1	0,4
7.	0,80	1	0,4
8.	0,90	1	0,4
9.	0,99	1	0,4



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

10.	1,00	16	6,5
11.	1,30	1	0,4
12.	1,40	1	0,4
13.	1,50	1	0,4
14.	1,60	1	0,4
15.	1,70	1	0,4
16.	1,71	1	0,4
17.	1,76	1	0,4
18.	1,80	1	0,4
19.	2,00	10	4,0
20.	2,50	1	0,4
21.	3,00	13	5,2
22.	3,40	1	0,4
23.	3,50	1	0,4
24.	3,90	1	0,4
25.	4,00	11	4,4
26.	4,50	1	0,4
27.	5,00	9	3,6
28.	5,54	1	0,4
29.	5,80	1	0,4
30.	6,00	5	2,0
31.	6,40	1	0,4
32.	6,41	1	0,4
33.	6,62	1	0,4
34.	6,70	1	0,4
35.	6,74	1	0,4
36.	7,00	7	2,8
37.	8,00	1	0,4
38.	9,00	3	1,2
39.	9,48	1	0,4
40.	10,00	2	0,8
41.	11,00	1	0,4
42.	12,00	2	0,8
43.	14,00	1	0,4
44.	14,10	1	0,4
45.	15,00	3	1,2
46.	16,38	1	0,4
47.	17,50	1	0,4



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

48.	20,00	2	0,8
49.	20,30	1	0,4
50.	21,00	1	0,4
51.	22,00	1	0,4
52.	42,65	1	0,4
53.	43,98	1	0,4

**Tabela 4f. Inne źródła finansowania**

1.	badania kliniczne, rezydenci, stażyści, darowizny
2.	badania kliniczny
3.	badania laboratoryjne, RTG, USG, najem, dzierżawa, wyżywienie
4.	czynsze najmu, Diagnostyka Laboratoryjna przychody finansowe, dary
5.	czynsze, amortyzacja
6.	czynsze, darowizny, odsetki
7.	czynsze, inne usługi
8.	czynsze, odsetki, odszkodowania, kary, nawiązki
9.	czynsze, usługi med.(badania rtg, mikrobiologia, itp.)
10.	Czynsze, opłaty
11.	darowizny
12.	darowizny, pokrycie amortyzacji
13.	darowizny, nieubezpieczeni
14.	darowizny, środki ministerialne
15.	darowizny, NFOŚiGW, FWOŚP
16.	darowizny, przychody finansowe
17.	dary, rezydentury, odszkodowania, odsetki
18.	dydaktyka, kształcenie, darowizny
19.	Dział. gosp. niemedyzna
20.	działalność komercyjna
21.	działalność niemedyzna
22.	działalność uboczna
23.	dzierżawa pomieszczeń, darowizny
24.	dzierżawy, darowizny, kary i odszkodowania itp.
25.	dzierżawy, najmy, sprzedaż usług
26.	dzierżawy, wydawnicza, internat, umowy z przedsiębiorstwami
27.	firmy, osoby fizyczne
28.	inne zoz-y, działalność finansowa
29.	Internat, pralnia, dzierżawy



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

30.	kredyty i pożyczki, dary firm i osoby fizyczne
31.	ksero, parking, dzierżawa powierzchni
32.	Minister Zdrowia-rezydenci, Urząd Marszałkowski-staże lekarskie
33.	medycyna pracy, wynajem pomieszczeń
34.	Ministerstwo Zdrowia
35.	Ministerstwo Zdrowia - stażyści i rezydenci, PFRON
36.	Ministerstwo Zdrowia, darowizny
37.	Ministerstwo Zdrowia, środki unijne
38.	Ministerstwo Zdrowia, Urząd Marszałkowski
39.	MZ MOB wojsko-badania żołnierzy
40.	MZ, badania kliniczne
41.	najem powierzchni, dzierżawa sprzętu
42.	najem, dzierżawa
43.	Najem, dzierżawa
44.	najem, dzierżawa, darowizny
45.	najem, opłaty wjazdowe, odsetki, darowizny
46.	najem, przychody finansowe
47.	najmy, dzierżawy, sprzedaż
48.	Nieubezpieczeni
49.	Odpłatne świadczenia zdrowotne, jednostki samorządu terytorialnego – programy zdrowotne, przychody finansowe
50.	odpłatna diagnostyka
51.	odpłatność od pacjentów
52.	odpłatność pacjentek art.18ust świadczeń zdrowotnych
53.	Odsetki
54.	odsetki bankowe
55.	odsetki bankowe, czynsze usługi ksero
56.	odsetki od lokat bankowych
57.	odsetki, darowizny, inne
58.	Operacje finansowe, MZ
59.	Opłaty za pobyt w ZOL
60.	osoby fizyczne
61.	Osoby fizyczne
62.	osoby fizyczne i prawne, usługi niemedyczne i inne
63.	pacjenci ZOL (70 % dochodu pacjenta)
64.	PFRON, wynajem pomieszczeń, apteka ogólnodostępna
65.	płatnik niepubliczny, osoby indywidualne
66.	pozostała sprzedaż
67.	Pozostałe



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

68.	Pozostałe przychody operacyjne i finansowe.
69.	pożyczka wyodrębniona działalność gospodarcza
70.	Prewencja rentowa ZUS
71.	przychody finansowe i operacyjne
72.	rezydenci, staże, ZOZy, odsetki bankowe, inne
73.	Rezydentury i i staże podyplomowe
74.	rezydentury, staże ,dzierżawy, odsetki bankowe
75.	sprzedaż niemedyczna
76.	sprzedaż towarów w aptece ogólnodostępnej
77.	sprzedaż towarów, pozostałe przychody operacyjne
78.	sprzedaż usług niemedycznych
79.	sprzedaż własnych usług medycznych, czynsze
80.	Stacja kontroli pojazdów
81.	staże, rezydentury, magazyn TR
82.	stowarzyszenia, zakłady pracy, rehabilitacja z ZUS
83.	świadczenia odpłatne dla jednostek ochr zdrowia
84.	transport sanitarny, obstawy medyczne, szkolenia
85.	umowy cywilnoprawne
86.	umowy o rezydentury, projekty badawcze
87.	Umowy rezydenckie, przychody przyszłych okresów
88.	umowy z innymi placówkami
89.	urzędy, instytucje, sponsorzy
90.	usługi motoryzacyjne ,sprzedaż paliw, szkolenia
91.	usługi ponadstandardowe, wynajem, odsetki bankowe
92.	WKL, medycyna pracy, pracodawcy
93.	wynajem powierzchni
94.	wynajem lokali
95.	wynajem pomieszczeń, sprzedaż badań diagnostycznych dla POZ i osób nieubezpieczonych
96.	wynajem powierzchni i pomieszczeń, sprzedaż usług medycznych
97.	wynajem powierzchni
98.	wynajmy pomieszczeń
99.	ZOZ, samorząd, darowizny
100.	zoz, zakłady pracy, osoby fizyczne

**Prezentacja wyników badań zawartych w pytaniach od 1 do 20 zawartych w ankiecie badań wstępnych.**





Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Pytanie 1.** Proszę ustosunkować się do poniższych stwierdzeń, jakie sformułowano w związku z zarządzaniem podmiotem leczniczym.

**Tabela 5. Prezentacja informacji o ustanowieniu celów funkcjonowania podmiotów leczniczych, osób i ich odpowiedzialności**

Wyszczególnienie	tak	nie	tak	nie
Cele strategiczne w jednostce zostały określone	542	25	95,6%	4,4%
Cele strategiczne zostały zakomunikowane załodze	498	69	87,90%	12,10%
Cele strategiczne zostały uszczegółowione przez sformułowanie celów operacyjnych	480	87	84,70%	15,30%
Ustalonym celom przypisano miary ich realizacji	391	176	69,00%	31,00%
Ustanowiono osoby odpowiedzialne za realizację celów operacyjnych	437	130	77,00%	23,00%
Osobom odpowiedzialnym przyznano uprawnienia w zakresie podejmowanych decyzji	396	171	69,80%	30,20%

**Pytanie 2.** Jakie cele do osiągnięcia przyjęto w podmiocie leczniczym? Proszę ocenić ważność każdego celu poprzez zakreślenie odpowiedniej cyfry.

**Tabela 6. Prezentacja informacji dotyczącej ważności przyjętych w podmiotach leczniczych celów do osiągnięcia**

Wyszczególnienie	1 bez znaczenia	2	3	4	5 decydujące znaczenie
Poprawa jakości udzielanych świadczeń	0,0%	0,8%	8,1%	18,1%	71,4%
Wzrost satysfakcji pacjenta	0,0%	0,8%	6,9%	26,6%	64,1%
Wzrost konkurencyjności zakładu	1,2%	5,2%	19,8%	33,9%	38,3%
Wzrost budżetu sprzedaży w kolejnych latach funkcjonowania zoz	2,4%	2,4%	12,5%	29,0%	52,0%
Redukcja zadłużenia	30,2%	5,2%	10,1%	11,3%	41,5%
Restrukturyzacja zakładu	26,2%	10,5%	22,2%	18,5%	21,0%
Wzrost nakładów inwestycyjnych	2,8%	7,7%	25,4%	37,5%	25,0%



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wzrost satysfakcji zawodowej pracowników	2,4%	5,2%	21,8%	39,5%	29,4%
Rozwój i utrzymanie kadry medycznej	0,8%	0,4%	12,9%	33,1%	51,2%
<b>W zakładzie nie przyjęto celów</b>	<b>1,6%</b>				

**Pytanie 3.** Proszę ustosunkować się do poniższych stwierdzeń, jakie sformułowano w związku z organizacją podmiotu leczniczego.

**Tabela 7. Prezentacja informacji dotyczącej wyodrębnienia w podmiotach leczniczych ośrodków odpowiedzialności oraz przypisania im osób odpowiedzialnych**

Wyszczególnienie	tak	nie	tak	nie
W strukturze organizacyjnej wyodrębniono ośrodki odpowiedzialności za koszty	510	57	89,9%	10,1%
W strukturze organizacyjnej wyodrębniono ośrodki odpowiedzialności za przychody i koszty (ośrodki rentowności)	460	107	81,0%	19,0%
W strukturze organizacyjnej wyodrębniono ośrodki odpowiedzialności za przychody, koszty i zasoby (ośrodki inwestycji)	332	235	58,5%	41,5%
Osobom odpowiedzialnym w danym ośrodku przyznano uprawnienia w zakresie podejmowanych decyzji	370	197	65,3%	34,7%
Osobom podejmującym decyzje w danym ośrodku przypisano odpowiedzialność za realizację i osiągnięcie celów	373	194	65,7%	34,3%

**Pytanie 4.** Jakiego rodzaju budżety wynikające z planowania działalności tworzone są w podmiocie leczniczym?

**Tabela 8. Prezentacja informacji dotyczącej przygotowywanych w podmiotach leczniczych rodzajów budżetów**

Wyszczególnienie	tak	nie	tak	nie
Budżet sprzedaży	455	112	80,2%	19,8%
Budżet kosztów bezpośrednich	437	130	77,0%	23,0%
Budżet kosztów pośrednich	336	231	59,3%	40,7%
Budżet kosztów ogólnego zarządu	334	233	58,9%	41,1%



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

Budżet materiałów bezpośrednich	327	240	57,7%	42,3%
Budżet nakładu pracy bezpośredniej	267	300	47,2%	52,8%
Budżet środków pieniężnych	348	219	61,3%	38,7%
Budżet nakładów kapitałowych	304	263	53,6%	46,4%
Planowany bilans	412	155	72,6%	27,4%
Planowany rachunek zysków i strat	519	48	91,5%	8,5%
Planowany rachunek przepływów środków pieniężnych	286	281	50,4%	49,6%
Osobom odpowiedzialnym przyznano uprawnienia w zakresie podejmowanych decyzji	368	199	64,9%	35,1%

**Pytanie 5.** Proszę wskazać mierniki oceny efektów działalności zdefiniowane do osiągnięcia w podmiocie leczniczym.

**Tabela 9. Prezentacja informacji dotyczącej rodzajów i znaczenia mierników oceny efektów działalności wykorzystywanych w podmiotach leczniczych**

Wyszczególnienie	1 brak	2	3	4	5 decydujące znaczenie
<b>Mierniki finansowe takie, jak:</b>					
Poziom przychodów	0,4%	0,0%	4,4%	20,2%	75,0%
Poziom kosztów	0,4%	0,0%	4,0%	19,8%	75,8%
Wyniki działalności operacyjnej	0,4%	1,2%	10,5%	32,7%	55,2%
Wskaźniki finansowe	2,4%	3,2%	20,6%	40,3%	33,5%
<b>Mierniki niefinansowe takie, jak:</b>					
Liczba pacjentów	2,4%	2,0%	17,3%	30,2%	48,0%
Liczba osobodni	12,9%	3,6%	17,3%	30,2%	35,9%
Liczba porad	4,8%	2,4%	19,4%	31,5%	41,9%
Liczba procedur	8,5%	4,4%	12,9%	32,3%	41,9%
Wskaźniki statystyki medycznej (np. wykorzystania łóżek, przelotowości, długości pobytu)	13,7%	2,0%	14,1%	35,5%	34,7%
Wskaźniki epidemiologiczne	14,9%	4,8%	18,5%	31,2%	30,6%



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Pytanie 6.** Proszę wskazać rodzaje raportów sporządzane w podmiocie leczniczym (1-brak; 5-decydujące znaczenie)

**Tabela 10. Prezentacja informacji dotyczącej rodzajów i znaczenia raportów w podmiotach leczniczych**

Wyszczególnienie	1 brak	2	3	4	5 decydujące znaczenie
Raport z realizacji budżetu sprzedaży	18,5%	2,0%	6,9%	18,2%	54,4%
Raport z realizacji budżetu kosztowego	15,7%	2,0%	6,5%	18,1%	57,7%
Raporty statystyczno - medyczne	11,3%	4,8%	14,5%	24,6%	44,8%
Raporty o odchyleniach ilościowych	21,8%	12,9%	17,7%	22,6%	25,0%
Raporty o odchyleniach wartościowych	20,6%	11,3%	19,0%	20,5%	28,6%
Raporty na indywidualne potrzeby zarządzających	6,9%	2,4%	14,5%	30,6%	45,6%

**Pytanie 7.** W podmiocie leczniczym, wraz z systemem oceny realizowanych działań, wprowadzono system motywacyjny. Proszę ocenić **znaczenie czynników motywacyjnych** poprzez zakreślenie odpowiedniej cyfry.

**Tabela 11. Prezentacja informacji dotyczącej rodzajów i znaczenia czynników motywacyjnych w podmiotach leczniczych**

Wyszczególnienie	1 brak	2	3	4	5 decydujące znaczenie
<b>Czynniki finansowe takie, jak:</b>					
Premia zadaniowa	41,50%	8,90%	14,50%	15,30%	19,80%
Premia uznaniowa	22,2%	8,1%	21,4%	26,5%	21,8%
Wzrost wynagrodzenia zasadniczego	25,8%	13,3%	27,4%	16,2%	17,3%
Dodatek stały do wynagrodzenia	30,6%	20,2%	21,4%	15,3%	12,5%
<b>Czynniki niefinansowe takie, jak:</b>					
Awans zawodowy	13,7%	10,9%	25,4%	30,2%	19,8%
Podnoszenie kwalifikacji	6,0%	6,9%	22,2%	36,3%	28,6%
Poprawa jakości pracy	7,7%	6,0%	30,6%	31,9%	23,8%
Świadczenia niepieniężne	31,5%	18,6%	29,8%	14,9%	5,2%
Środki perswazji	22,2%	24,2%	30,6%	14,5%	8,5%



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Pytanie 8.** Rachunek kosztów w podmiocie leczniczym prowadzony jest:

**Tabela 12. Prezentacja informacji dotyczącej rachunku kosztów w podmiotach leczniczych**

Wyszczególnienie	tak	nie	tak	nie
zgodnie z nieobowiązującym rozporządzeniem w sprawie rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej	434	133	76,6%	23,4%
zgodnie z obiektywnym rachunkiem kosztów prezentowanym na szkoleniach w ramach Projektu Nowoczesne Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ	110	457	19,4%	80,6%
Zgodnie z innym modelem rachunku kosztów (jakim?)	96	471	83,1%	16,9%

**Tabela 12a. Prezentacja informacji dotyczącej innych modeli rachunku kosztów wskazanych przez badane ZOZ**

LP	Inny model rachunku kosztów	Liczba	Udział (%)
1.	rozporządzenie	1	3,3
2.	część ośrodków kosztów wg rzeczywistych, część wg normatywnych	2	0,4
3.	ewidencja kosztów wg ośrodków powstawania kosztów z podziałem na bezpośrednie i pośrednie	2	0,4
4.	ewidencja kosztów wg ośrodków kosztów z podziałem kosztów na bezpośrednie i pośrednie	2	0,4
5.	ilością wykonywanych procedur	2	0,4
6.	instrukcja w sprawie rozliczania kosztów wg miejsc powstawania	2	0,4
7.	kalkulacja kosztów dobokaretki	2	0,4
8.	Metoda uproszczona	2	0,4
9.	modyfikacje modelu z rozporządzenia w sprawie rachunku kosztów w publicznych podmiotach leczniczych	2	0,4
10.	Nowoczesne Zarządzanie Szpitalem SGA Sp. z o. o Lublin	2	0,4



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

11.	opracowanym przez pracowników szpitala	2	0,4
12.	Ośrodki kosztowe	2	0,4
13.	połączenie starego rachunku kosztów z innymi określonymi we własnym zakresie	2	0,4
14.	Porównawczy	2	0,4
15.	Porównawczym	2	0,4
16.	rachunek kosztów pełnych	2	0,4
17.	rachunek kosztów pełnych - szczegółowa kalkulacja kosztów na poszczególne oddziały w rozbiciu na koszty bezpośrednie i pośrednie wg ustalonych kluczy podziału	2	0,4
18.	rachunek kosztów pełnych rzeczywistych	2	0,4
19.	rachunek kosztów w wariancie porównawczym	2	0,4
20.	rachunek marż pokrycia	2	0,4
21.	rachunek porównawczy	2	0,4
22.	RK zmienny z marżami + częściowo zasobowy	2	0,4
23.	standardy zgodne z ustawą o rachunkowości	2	0,4
24.	układ rodzajowy kosztów	2	0,4
25.	ustawa o rachunkowości	5	0,8
26.	według rozwiązań własnych	2	0,4
27.	wg osobodni	2	0,4
28.	własny wprowadzony model	2	0,4
29.	własnym	2	0,4
31.	wybrane elementy nieobowiązującego rozporządzenia	2	0,4
32.	wyodrębnienie ośrodków kosztów ośrodków kosztów , ewidencja kosztów w układzie rodzaj. i wg ośrodków kosztów, kalkulacja kosztów osobodnia	2	0,4
33.	z rachunkiem kosztów pełnych rzeczywistych	2	0,4
34.	zgodnie z nieobowiązującym rozporządzeniem w sprawie rachunku kosztów w publicznych podmiotach leczniczych i wybrane elementy	2	0,4
35.	zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem	2	0,4
36.	zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o rachunkowości	2	0,4
37.	Brak	11	2,0

**Pytanie 9.** Informacje pochodzące rachunku kosztów wskazanym w punkcie 8 stanowią mogą podstawę wskazanych poniżej działań. Proszę ocenić każdą możliwość poprzez zakreślenie odpowiedniej cyfry.



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Tabela 13. Prezentacja informacji dotyczącej znaczenia informacji wygenerowanej przy zastosowaniu rachunku kosztów, którego zasady funkcjonowania regulowało do 30 czerwca 2011 roku rozporządzenie MZiOS z roku 1998**

Wyszczególnienie	1 brak	2	3	4	5 decydujące znaczenie
Negocjacje kontraktu z płatnikiem	16,5%	10,9%	14,9%	19,4%	38,3%
Porównanie uzyskanej ceny ze skalkulowanym kosztem świadczenia opieki zdrowotnej	6,0%	7,3%	12,5%	35,5%	38,7%
Planowanie kosztów działalności	1,2%	2,4%	8,1%	33,5%	54,8%
Planowanie rodzaju i ilości zasobów	4,4%	6,5%	21,4%	34,7%	33,1%
Ocena efektywności wykorzystania zasobów	6,5%	7,3%	28,2%	34,3%	23,8%
Ustalenia wartości zasobów niewykorzystanych	18,2%	17,7%	25,4%	23,8%	14,9%

**Pytanie 10.** Proszę wskazać system rachunku kosztów, którego zastosowanie umożliwiłoby uzyskanie informacji niezbędnych do realizacji działań wskazanych w pytaniu 9.

**Tabela 14. Prezentacja informacji dotyczącej modelu, który dostarczałby podmiotom leczniczym informacji do podejmowania decyzji wymienionych w tabeli 10**

Wyszczególnienie	tak	nie	nie zna	tak	nie	nie zna
Rachunek kosztów pełnych rzeczywistych	482	80	5	85,1%	14,1%	0,8%
Rachunek kosztów pełnych normatywnych (standardowych)	279	240	48	49,2%	42,3%	8,5%
Rachunek kosztów zmiennych rzeczywistych	414	126	27	73,0%	22,2%	4,8%
Rachunek kosztów zmiennych normatywnych (standardowych)	238	256	73	41,9%	45,2%	12,9%
Rachunek kosztów działań	336	144	87	59,3%	25,4%	15,3%
Rachunek kosztów docelowych	277	162	128	48,8%	28,6%	22,6%

**Pytanie 11.** Poza systemem rachunku kosztów, w podmiocie leczniczym wykorzystywane są wskazane narzędzia rachunkowości zarządczej.

**Tabela 15. Prezentacja informacji dotyczącej rodzajów narzędzi rachunkowości zarządczej wykorzystywanych w podmiotach leczniczych**



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wyszczególnienie	tak	nie	nie zna	tak	nie	nie zna
Planowanie długookresowe	368	197	2	64,9%	34,7%	0,4%
Roczne budżetowanie operacyjne	460	105	2	81,0%	18,6%	0,4%
Analiza odchyień kosztów, przychodów i wyników	464	96	7	81,9%	16,9%	1,2%
Prognozowanie kroczące podstawowych wielkości operacyjnych i finansowych	217	288	62	38,3%	50,8%	10,9%
Kalkulacja kosztu jednostkowego	441	121	5	77,8%	21,4%	0,8%
Ustalanie prognozy rentowności	336	222	9	59,3%	39,1%	1,6%
Rachunek wielostopniowych marż pokrycia	80	398	89	14,1%	70,2%	15,7%
Ocena opłacalności sprzedaży według różnych kryteriów	306	236	25	54,0%	41,6%	4,4%
Ocena efektywności projektów inwestycyjnych	364	182	21	64,1%	32,3%	3,6%
Zbilansowana karta wyników	87	405	75	15,3%	71,4%	13,3%
Ekonomiczna wartość dodana (EVA)	46	448	73	8,1%	79,0%	12,9%
Benchmarking	169	350	48	29,8%	61,7%	8,5%

**Pytanie 12.** Proszę wskazać powody, dla których w podmiocie leczniczym podejmuje się decyzje dotyczące zastosowania metod rachunkowości zarządczej. Proszę zakreślić odpowiednią cyfrę dla każdego czynnika.

**Tabela 16. Prezentacja informacji dotyczącej znaczenia działań, dla których podejmuje się decyzję o stosowaniu metod rachunkowości zarządczej**

Wyszczególnienie	1 bez znaczenia	2	3	4	5 decydujące znaczenie
Konieczność obniżania kosztów	0,0%	1,2%	6,5%	19,0%	65,3%
Konieczność poprawy wyników finansowych	0,0%	0,4%	5,6%	22,2%	63,7%
Wzrost konkurencji	4,8%	8,1%	23,8%	29,0%	26,2%
Zastosowanie zintegrowanych informatycznych programów zarządzania	10,9%	12,5%	19,0%	24,2%	25,4%
Decyzje nowego zarządu	37,5%	11,3%	14,9%	14,9%	13,3%
Wprowadzenie standardów ISO	18,1%	10,5%	21,4%	15,7%	26,2%
Dążenie do odzyskania utraconych rynków zbytu (w zakresie świadczeń zdrowotnych)	23,8%	18,5%	16,5%	17,7%	15,3%
Nakaz nowego właściciela przedsiębiorstwa	61,3%	10,1%	6,9%	6,5%	7,3%
Wdrożenie nowych technologii	19,4%	12,1%	19,4%	23,0%	18,1%





Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Zmiana formy prawnej funkcjonowania zakładu	51,2%	6,0%	12,9%	7,3%	14,5%
<b>W zakładzie nie stosuje się systemu rachunkowości zarządczej</b>	<b>8,1%</b>				

**Pytanie 13.** Proszę ocenić przydatność systemu informacyjnego rachunkowości funkcjonującego w podmiocie leczniczym przez zakreślenie odpowiedniej cyfry.

**Tabela 17. Prezentacja informacji dotyczącej oceny przydatności funkcjonującego w podmiotach leczniczych systemu informacyjnego rachunkowości w określonych obszarach informacyjnych**

Wyszczególnienie	1 nieprzydatny	2	3	4	5 bardzo przydatny
Sporządzanie sprawozdań finansowych oraz statystycznych (GUS)	1,2%	4,8%	8,5%	26,6%	58,9%
Ustalanie i rozliczanie się z podatków	2,4%	5,6%	15,3%	24,2%	52,4%
Podejmowanie decyzji przez zarząd	1,2%	3,6%	12,9%	29,4%	52,8%
Podejmowanie decyzji przez kierowników niższych szczebli	6,0%	11,7%	25,8%	25,4%	31,0%
Bieżąca kontrola i ocena prowadzonej działalności	0,8%	2,4%	9,7%	25,8%	61,3%
Wykonywanie innych zadań, tzn. sporządzanie sprawozdań branżowych oraz dla instytucji płatnika i potrzeb nadzoru właścicielskiego	0,8%	5,2%	12,1%	31,0%	50,8%

**Pytanie 14.** Proszę uzasadnić ocenę przydatności systemu informacyjnego, dokonaną w pytaniu 13, poprzez wskazanie znaczenia czynników decydujących o jakość informacji. Proszę zakreślić odpowiednią cyfrę.

**Tabela 18. Prezentacja informacji dotyczącej oceny znaczenia jakości informacji dokonanej przez podmioty lecznicze w aspekcie możliwości wykorzystania ich w obszarach wskazanych w tabeli 14**

Wyszczególnienie	1 bez znaczenia	2	3	4	5 decydujące znaczenie
Użyteczność dostarczanej informacji	0,4%	0,8%	12,5%	29,8%	56,5%
Istotność dostarczanej informacji	0,0%	1,2%	12,5%	31,9%	54,4%
Szybkość dostarczenia informacji	0,0%	3,6%	17,3%	28,2%	50,8%



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Częstotliwość dostarczania informacji	0,4%	3,6%	23,0%	37,9%	35,1%
Poziom szczegółowości dostarczanej informacji	0,4%	3,2%	21,0%	35,5%	39,9%
Aktualność dostarczanej informacji	0,0%	4,0%	13,7%	29,4%	52,8%
Koszt przygotowania informacji	7,3%	9,3%	28,2%	27,8%	27,4%
Interdyscyplinarność przygotowanej informacji	3,6%	9,7%	26,2%	34,7%	25,8%

**Pytanie 15.** Proszę wskazać znaczenie czynników dla efektywnego funkcjonowania systemu rachunkowości zarządczej. Proszę zakreślić odpowiednią cyfrę.

**Tabela 19. Prezentacja informacji dotyczącej znaczenia czynników zapewniających efektywne funkcjonowanie systemu rachunkowości zarządczej**

Wyszczególnienie	1 bez znaczenia	2	3	4	5 decydujące znaczenie
Określenie jasnej koncepcji funkcjonowania systemu	0,4%	1,2%	11,3%	24,6%	50,0%
Wewnętrzna inicjatywa wprowadzenia systemu	0,0%	4,8%	16,9%	39,9%	25,8%
Wyraźne określenie zakresu odpowiedzialności służb finansowo-księgowych i kontrolingowych	0,8%	0,4%	8,5%	34,7%	43,1%
Organizacyjne i systemowe wyodrębnienie rachunkowości zarządczej jako systemu informacyjnego	2,0%	4,4%	15,3%	37,1%	28,6%
Zaopatrzenie służb kontrolingowych w sprzęt i oprogramowanie	2,0%	4,4%	15,7%	29,0%	36,3%
Zatrudnienie dodatkowych pracowników	17,3%	20,6%	23,8%	15,7%	10,1%
Kompetencje pracowników	0,4%	1,2%	7,3%	25,4%	53,2%
Zaangażowanie zarządzających wszystkich szczebli w tworzenie systemu	0,4%	0,0%	6,0%	26,6%	54,4%
<b>W zakładzie nie stosuje się systemu rachunkowości zarządczej</b>	<b>12,5%</b>				

**Pytanie 16.** Proszę wskazać kompetencje osób zajmujących się przygotowaniem informacji zarządczej w podmiocie leczniczym w wymienionym zakresie.



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Tabela 20. Prezentacja informacji dotyczącej kompetencji osób zajmujących się przygotowaniem informacji zarządczej w podmiotach leczniczych**

Wyszczególnienie	1 brak doświa- dczenia	2	3	4	5 bardzo duże doświa- dczenie
Rachunkowość zarządcza i kontroling	1,6%	3,2%	14,9%	42,7%	29,4%
Rachunkowość finansowa	0,4%	0,4%	4,8%	32,3%	54,0%
Zarządzanie	0,0%	1,2%	10,5%	34,3%	46,0%
Usługowa działalność medyczna	0,8%	4,4%	16,1%	35,1%	35,5%
Finanse	0,0%	0,0%	6,0%	39,9%	46,0%
Kwestie organizacyjne i kadrowe	0,4%	2,4%	14,5%	43,5%	31,0%
Marketing	9,7%	14,1%	32,3%	24,2%	11,7%
Logistyka	8,1%	10,5%	27,4%	32,3%	13,7%
<b>W podmiocie leczniczym nie przygotowuje się informacji zarządczej</b>	<b>8,1%</b>				

**Pytanie 17.** Proszę wskazać najbliższy Państwa Jednostce proces podejmowania decyzji. Można wskazać tylko jedną możliwość.

**Tabela 21. Prezentacja informacji dotyczącej procesu podejmowania decyzji w podmiotach leczniczych**

Wyszczególnienie	Liczba ZOZ	Udział (%)
Przełożony sam podejmuje decyzje i wydaje dyspozycje	50	8,9%
Przełożony sam podejmuje decyzje - zanim zacznie wprowadzać je w życie, stara się przekonać do nich podwładnych	37	6,5%
Przełożony sam podejmuje decyzje - pozwala na stawianie pytań, by poprzez udzielone odpowiedzi osiągnąć akceptację decyzji u podwładnych	50	8,9%
Przełożony informuje swoich podwładnych o zamierzonych decyzjach. Podwładni mają możliwość wypowiedzenia się na dany temat zanim przełożony podejmie ostateczną decyzję	341	60,1%
Grupa poszukuje możliwych propozycji, z całej liczby znalezionych i zaakceptowanych możliwych rozwiązań problemu. Przełożony wybiera propozycję, która mu najbardziej odpowiada	78	13,7%



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Grupa podejmuje decyzję po dokonaniu przez przełożonego prezentacji problemu i wytyczeniu granic obszaru poszukiwania rozwiązania, <b>albo</b> grupa podejmuje decyzję, przełożony sprawuje funkcję koordynatora zewnętrznego i wewnętrznego	11	2,0%
--	----	------

**Pytanie 18.** Proszę wskazać udział osób w definiowaniu informacji zarządczej poprzez zakreślenie odpowiedniej cyfry.

**Tabela 22. Prezentacja informacji dotyczącej oceny udziału wymienionych osób w definiowaniu informacji zarządczej w podmiotach leczniczych**

Wyszczególnienie	1 brak	2	3	4	5 bardzo duży udział
Dyrektor ds. medycznych	8,9%	8,5%	16,1%	26,6%	31,9%
Dyrektor ds. ekonomicznych	37,1%	0,8%	3,2%	14,5%	36,3%
Dyrektor ds. finansowych	48,4%	0,8%	1,6%	9,3%	31,9%
Główny księgowy	2,0%	2,4%	8,1%	32,3%	47,2%
Kierownicy ośrodków działalności podstawowej	4,8%	12,1%	27,4%	29,4%	18,1%
Kierownicy ośrodków działalności pomocniczej	9,3%	14,1%	31,9%	24,2%	12,5%
<b>W podmiocie leczniczym nie definiuje się potrzeb zarządczych</b>	<b>8,1%</b>				

**Pytanie 19.** Proszę wskazać znaczenie obszarów działania Rady Społecznej Szpitala / Rady Nadzorczej / Rady Naukowej.

**Tabela 23. Prezentacja informacji dotyczącej znaczenia obszarów działania organów opiniujących i nadzorujących w podmiotach leczniczych**

Wyszczególnienie	1 mało znaczący	2	3	4	5 bardzo znaczący
Planowanie inwestycji	22,6%	14,1%	22,2%	19,0%	22,2%
Opiniowanie podziału rocznego wyniku	15,7%	7,3%	14,5%	23,0%	39,5%
Badanie i przyjęcie sprawozdania rocznego	12,1%	7,7%	14,1%	25,8%	40,3%
Analiza działalności zakładu, w tym stopnia wykorzystania zasobów	14,1%	16,9%	28,6%	27,8%	12,5%



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Analiza działalności zakładu, w tym jakości i zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych	12,1%	12,5%	33,1%	28,2%	14,1%
Analiza działalności zakładu, w tym efektywności podejmowanych przez zarząd działań	8,9%	10,9%	20,2%	41,9%	18,1%
Kontrolowanie skali zadłużenia zakładu	15,7%	11,3%	22,2%	28,2%	22,6%

**Pytanie 20.** Proszę wskazać doświadczenie członków Rady Społecznej Szpitala / Rady Nadzorczej / Rady Naukowej.

**Tabela 24. Prezentacja informacji dotyczącej doświadczenia członków organów opiniujących i nadzorujących w podmiotach leczniczych**

Wyszczególnienie	1 brak doświadczenia	2	3	4	5 bardzo duże doświadczenie
Ekonomia	8,5%	15,7%	28,6%	32,3%	14,9%
Rachunkowość	16,5%	21,8%	29,4%	21,4%	10,9%
Zarządzanie	5,2%	10,5%	20,6%	40,7%	23,0%
Branża medyczna	19,0%	20,1%	19,4%	19,4%	22,1%
Finanse	8,5%	15,7%	28,6%	32,3%	14,9%
Prawo	16,5%	21,8%	29,4%	21,4%	10,9%

Data sporządzenia 02.12.2013 r.

*Sporządził:*

Koordynator ds. badań i promocji rezultatów  
oraz ewaluacji Projektu

**dr Wioletta Baran**

Katedra Rachunkowości Menedżerskiej  
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Kwestionariusz badań ankietowych do przeprowadzenia badań wstępnych i końcowych przygotowano na podstawie studiów literatury przedmiotu rachunkowości zarządczej, por.:

1. Aranoff G., *Standard Costing, Flexible Budgeting, and Variance Analysis form Nonprofits*, Cost Management, Maj/Jun 2009.
2. Awio G., Northcott D., *Decentralization and budgeting: the Uganda health sector experience*, The International Journal of Public Sector Management, Vol. 14 No. 1.



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

3. Baran W., *Planowanie i kontrola w systemie rachunkowości zarządczej w publicznych zakładach opieki zdrowotnej* [w]: *Systemy zarządzania kosztami i wynikami*, pod red. E. Nowak, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2009.
4. Baran W., *Rachunkowość odpowiedzialności w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, Szkoła Główna Handlowa, [w]: *Kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce*, pod red. E. Nojszewska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2009.
5. Baran W., Krysiak M., Raulinajtys M., *Badania własne pt. Analiza funkcjonowania systemu rachunku kosztów i wybranych narzędzi rachunkowości zarządczej w zakładach opieki zdrowotnej w Polsce – aspekty teoretyczne i praktyczne*, Katedra Rachunkowości Menedżerskiej, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2010.
6. Baran W., *System rachunkowości zarządczej w zakładach opieki zdrowotnej w Polsce*, Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości Nr 63 (119), Stowarzyszenie Księgowych w Polsce Rada Naukowa, Warszawa 2011.
7. Barnett P. G., *An Improved Set of Standards for Finding Cost for Cost-Effectiveness Analysis*, Medical Care Volume 47, Number 7 Suppl 1, July 2009.
8. Chartered Institute of Management Accountants NHS Working Group, *Target costing in the NHS. Reforming the NHS from within*, London, 2005.
9. Chartered Institute of Management Accountants, *A Picture of health. Service cost data in performance management in the NHS*, London, October 2009.
10. Dewing I. P., *Accounting and change in an NHS hospital: to much, too fast?* (Jun 1996), Management Accounting, Jun 1996.
11. Dzikowski R., *CMAs in health care*, CMA, May 1995.
12. Glynn J. J., Perkins D., *Control and accountability in the NHS market: a practical proposition or logical impossibility?*, The International Journal of Public Sector Management, Vol. 10 No. 1/2, 1997.
13. Gonzalez M. E., Quesada G, Mack R., *Building an activity – based costing hospital model using quality function deployment and benchmarking*, Benchmarking: An International Journal, Vol. 12 No. 2005.
14. Hansen D. R., Mowen M. M., *Management Accounting 6<sup>th</sup> edition*, South-Western Thomson Learning, 2003.
15. Lucey T., *Management Accounting*, DP Publication LTD, Aldin Place, London 1992.
16. Nash J. F., *Accounting Information Systems*, PWS-KENT Publishing Company, Boston 1989.
17. Northcott D., Llewellyn S., *Challenges in costing health care service. Recent evidence from the UK*, The International Journal of Public Sector Management, Vol. 15 No. 3, 2002.
18. Northcott D., Llewellyn S., *Research Report. Cost Variability in Health Care*, Chartered Institute of Management Accountants London, February 2003.
19. Nowak E., *Zaawansowana rachunkowość zarządcza*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2003.
20. Pizzini Mina J., *The relation between cost-system design, managers' evaluations of the relevance and usefulness of cost data, and financial performance: an empirical study of US hospitals*, Accounting, Organizations and Society, vol. 31 issue 2, 2006.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 164, poz. 1194.
22. Świdorska G. K. (red.), *Controlling kosztów i rachunkowość zarządcza*, MAC/Difin Warszawa 2010.



**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

23. Świdarska G.K., Raulinajtys M., *Rachunek kosztów działań jako podstawa wyceny usług*, „Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości”, tom 49(105), SKwP, Warszawa 2009.
24. Szychta A., *Etapy ewolucji i kierunki integracji metod rachunkowości zarządczej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008.
25. Turyna J., *System informacyjny rachunkowości w podejmowaniu decyzji zarządczych*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1997.
26. Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2011, poz. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.
27. Ustawa z 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych, Dz.U. z 2005 r. Nr 249, poz. 2104 z późn. zm.
28. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. 1991, Nr 91 poz. 408 z późn. zm.
29. Weber J., „*Jakie zadania powinien podejmować controller i dlaczego? Zasadnicze przemyślenia dotyczące znanego problemu*” [w:] *Controlling doświadczenia krajowe i zagraniczne. Problemy, projekty, instrumenty, perspektywy*. PROFIT, Katowice 2002.
30. Weineimer Ch. F., *Cooperation, knowledge are keys to controlling healthcare costs*, Healthcare Financial Management, Jul 1993.
31. Williams J. R., Haka S. F., Bettner M. S., Carcello J. V., *Financial & Management Accounting. The Basis For Business Decision*, McGraw-Hill Irwin, New York 2008.
32. Young D. W., *The folly of Rusing RCCs and RVUs for intermedia te product costing*, Healthcare Financial Management, Apr 2007.