

Maria Hass-Symotiuk, Przemysław Mućko, Hanna Jakimowicz

Uniwersytet Szczeciński

ZBIORY INFORMACJI NA POTRZEBY ZARZĄDZANIA W OCHRONIE ZDROWIA

1. Wprowadzenie

Zarządzanie w ochronie zdrowia, jak w każdym innym sektorze gospodarki, można określić jako sztukę lub zestaw działań zmierzających do osiągnięcia zamierzonych celów z wykorzystaniem określonych zasobów¹. Specyfika zarządzania w ochronie zdrowia uwidacznia się w celach przypisanych systemom zdrowotnym. Zasadniczym celem zarządzania ochroną zdrowia jest osiągnięcie optymalnych efektów zdrowotnych² poprzez działania służące poprawie, naprawie lub utrzymaniu zdrowia³. Jednakże obok celów zdrowotnych systemowi ochrony zdrowia przypisuje się również inne cele, o charakterze ekonomicznym i społecznym⁴. Osiągnięcie wszystkich wyznaczonych celów jest możliwe jedynie w sytuacji, gdy zarządzający będą wyposażeni w odpowiednie zbiory informacji do oceny sytuacji i podejmowania decyzji oraz kontroli ich realizacji.

¹ Por. R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 6.

² S. Poździej, C. Włodarczyk, *Systemy zdrowotne: zarys problematyki*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2003, s. 18.

³ *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization 2000, s. 5.

⁴ S. Poździej, C. Włodarczyk, *op. cit.*, s. 31.

2. Potrzeby informacyjne różnych szczebli zarządzania

Cechą charakterystyczną zarządzania w ochronie zdrowia jest występowanie trzech szczebli decyzyjnych:

- pojedynczej jednostki sektora ochrony zdrowia – szczebel mikro,
- regionu – szczebel mezo,
- całego systemu krajowego – szczebel makro.

Zbiory informacji są przy tym generowane przede wszystkim przez zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ), a wykorzystywane w zarządzaniu na wszystkich szczeblach systemu. Odmiennosc zadań i ról organizacyjnych sprawia, że na każdym szczeblu systemu ochrony zdrowia podejmuje się decyzje o różnym ciężarze gatunkowym i o odmiennych konsekwencjach czasowych. Na szczeblu makro podejmowane są decyzje dotyczące organizacji systemu ochrony zdrowia i kształtowania polityki zdrowotnej, lekowej i farmacji oraz opracowywania narodowych planów zdrowotnych, zasad ubezpieczania zdrowotnego, a także kontroli i nadzoru nad organami i jednostkami podległymi. Są to decyzje dotyczące przyszłości, które wyznaczają kierunki działań w sektorze ochrony zdrowia i określają zasady alokacji zasobów. Decyzje te określają ramy działania niższych szczebli, mezo i mikro, stanowiąc niejako wytyczne oczekiwanych ich zachowań z punktu widzenia celu całego systemu.

Realizację polityki nakreślonej przez najwyższy szczebel umożliwiają instytucje szczebla mezo. Domeną ich działania są m.in.: ocena sytuacji zdrowotnej ludności regionu, ustalenie priorytetów w zakresie potrzeb zdrowotnych, opracowanie, koordynacja i monitorowanie wojewódzkich programów zdrowotnych, opracowanie regionalnych strategii rozwoju ochrony zdrowia, prowadzenie i nadzór przyjętych kierunków inwestycyjnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ), współpraca z NFZ w zakresie zabezpieczenia podległych zakładów w środki finansowe oraz koordynacja organizacji i funkcjonowania publicznych ZOZ, jak też ocena rezultatów ich działalności.

Z kolei potrzeby informacyjne kierownictwa ZOZ dotyczą możliwości zarządzania finansami i innymi zasobami tych jednostek, dokonywania rozliczeń ZOZ z płatnikami oraz między zakładami i jednostkami organizacyjnymi ZOZ, jak też do pomiaru i oceny efektywności gospodarowania w przekroju miejsc powstawania kosztów (MPK), zakładu czy grup zakładów. Zróżnicowanie decyzji poszczególnych szczebli zarządzania w wyniku niejednakowego zasięgu pól decyzyjnych, odmienności zakresów czasowych decyzji, odrębności dziedzin dotyczących kompetencji i odpowiedzialności powoduje znaczne zróżnicowanie ich potrzeb informacyjnych. Potrzeby te powinny stanowić podstawę wyznaczenia niezbędnych zbiorów informacji.

3. Źródła informacji na potrzeby zarządzania w ochronie zdrowia

Informacje na potrzeby zarządzania w ochronie zdrowia mogą pochodzić z kilku źródeł. Można wyróżnić następujące rodzaje informacji:

- informacje finansowe,
- informacje niefinansowe.

Głównym źródłem tych informacji jest sprawozdawczość. Tym mianem określa się zestawienia liczbowe sporządzane okresowo lub jednorazowo dla różnych adresatów (wewnętrznych i zewnętrznych) i przekazywane w formie wypełnionych formularzy, raportów i meldunków w ustalonych terminach jednostkom uprawnionym do ich otrzymania⁵. Sprawozdawczość ochrony zdrowia obejmuje sprawozdawczość statystyczną, finansową i budżetową (tab. 1).

Tabela 1. Zakres sprawozdawczości w ochronie zdrowia

Sprawozdawczość w ochronie zdrowia				
finansowa	statystyczna			budżetowa
	finansowa	stan zdrowotny ludności	organizacja i funkcjonowanie jednostek służby zdrowia	
Sprawozdanie finansowe obejmujące: <ul style="list-style-type: none"> • bilans • rachunek zysków i strat • informację dodatkową • rachunek przepływów pieniężnych • zestawienie zmian w kapitale (funduszu) własnym Sprawozdanie z działalności	F-01/I-01 Kwartalne sprawozdanie o przychodach, kosztach i wyniku finansowym oraz o nakładach na środki trwałe F-02 Statystyczne sprawozdanie finansowe	<ul style="list-style-type: none"> • zachorowalność • chorobowość • śmiertelność • absencja chorobowa 	Zasoby ludzkie: <ul style="list-style-type: none"> • lekarze • pielęgniarki • administracja Zasoby rzeczowe: <ul style="list-style-type: none"> • aparatura i sprzęt medyczny • warunki lokalowe Istniejąca baza jednostek: <ul style="list-style-type: none"> • według typów • według organów tworzących Działalność ZOZ dotycząca: <ul style="list-style-type: none"> • profilaktyki • diagnostyki • terapii • rehabilitacji 	Rb-Z Sprawozdanie kwartalne o stanie zobowiązań według tytułów dłużnych Rb-N Sprawozdanie kwartalne o stanie należności

Źródło: opracowanie własne.

⁵ M. Hass-Symotiuik, *Sprawozdawczość z zakresu ochrony zdrowia i jej przydatność na różnych szczeblach zarządzania*, [w:] *Rachunkowość w zarządzaniu podmiotami gospodarczymi*, Uniwersytet Szczeciński, Zeszyty Naukowe nr 168, Prace Katedry Rachunkowości nr 15, USZ, Szczecin 1996, s. 135-145.

Domeną sprawozdawczości statystycznej (statystyki medycznej) jest problematyka stanu zdrowotnego ludności oraz organizacji i działalności zakładów opieki zdrowotnej. Z kolei sprawozdawczość finansowa odzwierciedla stan i strukturę majątku, źródła jego finansowania, stan zobowiązań i należności, uzyskane przychody, poniesione koszty i osiągnięte wyniki finansowe.

Podstawą do opracowania jednostkowych sprawozdań statystycznych są przede wszystkim dane zawarte w dokumentacji medycznej indywidualnej (np. w kartach zdrowia, choroby, zabiegów, zleceń) i zbiorczej (księdze głównej przyjęć i wypisów, księgach pracowniczych), a w odniesieniu do sprawozdawczości finansowej i budżetowej – dane ujęte w księgach rachunkowych prowadzonych przez zakłady opieki zdrowotnej. Wymienione typy informacji uzupełniają się wzajemnie i stanowią podstawę do realizowania procesu zarządzania.

Instytucją odbiorczą na poziomie centralnym jest przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia wraz z podległymi agendami. Potrzebne na tym poziomie informacje dotyczą:

- stanu zdrowia społeczeństwa i wybranych wskaźników zdrowotnych,
- poziomu i struktury nakładów na ochronę zdrowia,
- stanu nasycenia kadrą i infrastrukturą medyczną,
- zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Powołanie do życia kas chorych, a następnie Narodowego Funduszu Zdrowia spowodowało wyodrębnienie nowej funkcji płatnika, mającej istotne konsekwencje w przepływie informacji gromadzonych i przetwarzanych na poziomie makro i mezo (regionu). Ponadto wraz z wprowadzeniem zmian w finansowaniu świadczeń zmieniła się też rola organu założycielskiego. Wyodrębniła się funkcja organizatora polityki zdrowotnej na szczeblu regionu lub jego części. W aspekcie tych przemian potrzeby informacyjne odbiorców na poziomie regionu sprowadzają się do następujących zbiorów informacji o:

- poziomie stanu zdrowia populacji zamieszkującej region i wybranych wskaźnikach zdrowotnych (zachorowalność, chorobowość, struktura ludności według wieku i płci, wskaźniki umieralności niemowląt itp.);
- działalności podległych zakładów opieki zdrowotnej w danym okresie;
- stanie i infrastrukturze ZOZ (zatrudnienie kadr medycznych, aparatura itp.);
- świadczonych usługach medycznych;
- sytuacji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej (np. o zadłużeniu);
- strukturze instytucji i zatrudnieniu w regionie.

Z kolei na poziomie zakładów opieki zdrowotnej zapotrzebowanie na informację dotyczy w szczególności:

- zasobów będących w dyspozycji ZOZ (kadra, sprzęt i aparatura itp.),
- liczby udzielonych świadczeń medycznych,
- aktualnej sytuacji finansowej i majątkowej ZOZ,
- kosztów udzielanych świadczeń,

- rodzaju prowadzonej działalności,
- leczonych pacjentów.

4. Zbiory informacji finansowych tworzonych w ZOZ dla zarządzania na poziomie regionalnym i krajowym

Informacje finansowe są generowane w systemie rachunkowości jednostek ochrony zdrowia. Mogą mieć one postać:

- okresowych sprawozdań finansowych,
- szczegółowych informacji o kosztach, przychodach i wynikach,
- szczegółowych informacji o zadłużeniu jednostek.

Okresowe sprawozdania finansowe dostarczają informacji o sytuacji majątkowej, finansowej i dochodowej sporządzających je jednostek⁶. Na sprawozdanie finansowe składa się bilans, rachunek zysków i strat oraz informacja dodatkowa, a w przypadku pewnej grupy większych jednostek, również rachunek przepływów pieniężnych i zestawienie zmian w kapitale (funduszu) własnym. Sprawozdania te są sporządzane na koniec roku obrotowego. Zawierają szereg informacji finansowych, takich jak wartość majątku trwałego i obrotowego, fundusze własne i obce (zobowiązania), przychody, koszty i wyniki finansowe. Należy jednak zauważyć, że informacje te są gromadzone relatywnie rzadko. Na potrzeby kierownictwa ZOZ konieczne są bardziej szczegółowe informacje generowane przez rachunkowość zarządczą.

Uzupełnieniem informacji ze sprawozdań finansowych są kwartalne sprawozdania o przychodach, kosztach i wynikach, sporządzone przez zakłady opieki zdrowotnej dla podmiotów sprawujących nadzór⁷. Obowiązek sporządzania tych sprawozdań wskazuje, że przychody, koszty i wyniki należą do informacji o kluczowym znaczeniu z punktu widzenia organów tworzących. Szczególnie duże znaczenie mają w tym układzie informacje o wynikach. W przeciwieństwie do typowych przedsiębiorstw zorientowanych na osiągnięcie zysków, jednostki ochrony

⁶ Są to jednostki, których sprawozdanie finansowe obowiązkowo podlega badaniu przez biegłego rewidenta, czyli które w poprzednim roku spełniły dwa z trzech warunków:

- a) średnie roczne zatrudnienie w przeliczeniu na pełne etaty wyniosło co najmniej 50 osób,
- b) suma aktywów bilansu na koniec roku obrotowego stanowiła równowartość w walucie polskiej co najmniej 2,5 mln euro,
- c) przychody netto ze sprzedaży towarów i produktów oraz operacji finansowych za rok obrotowy stanowiły równowartość w walucie polskiej co najmniej 5 mln euro. Por. K. Sawicki, *Zbiory informacji finansowych zakładu opieki zdrowotnej*, [w:] *Informacja ekonomiczno-finansowa w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Hass-Symotiuk, Fundacja na rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2002, s. 126-127; Ustawa z 29 września 1994 r. o rachunkowości, DzU 1994 nr 121 poz. 591, ze zm., art. 64.

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego, DzU 1999 nr 94 poz. 1097.

zdrowia maksymalizują raczej inne cele, o których już wspomniano. Są to przede wszystkim cele zdrowotne i społeczne. Niemniej jednak wynik finansowy oraz zdolność płatnicza pozostają ważnymi kategoriami oceny. W przypadku jednostek sektora publicznego wskazują one na zdolność jednostki do przetrwania i przystosowania się do otoczenia⁸. Niewątpliwie są to również cele ZOZ, warunkujące osiągnięcie celu głównego.

Odrębnym i bardzo obszernym zbiorem informacji przydatnych w zarządzaniu w ochronie zdrowia są informacje o kosztach. Ich waga wynika z faktu, że przychody są określone przez mechanizmy wynagradzania za świadczenia zdrowotne. Z punktu widzenia systemu jako całości są one mniej ważne, ponieważ powinny jedynie pokrywać koszty. Natomiast koszty są w znacznym stopniu determinowane przez potrzeby zdrowotne populacji i decyzje jednej grupy zawodowej, tj. lekarzy⁹. Istnieje zatem konieczność ich monitorowania na każdym szczeblu administrowania opieką zdrowotną. W zależności od szczebla powinny być generowane następujące zbiory informacji¹⁰:

- 1) na szczeblu jednostki:
 - a) koszty całkowite prowadzonej działalności,
 - b) koszty działalności operacyjnej w przekroju:
 - rodzajowym,
 - według miejsc powstawania (ośrodków kosztów),
 - przedmiotowym (według nośników kosztów);
 - c) koszty jednostkowe:
 - procedur medycznych,
 - leczenia jednego pacjenta,
 - jednego dnia pobytu (w leczeniu stacjonarnym),
 - jednorodnych grup pacjentów;
- 2) na szczeblu regionu:
 - a) wielkość kosztów działalności według jednostek ochrony zdrowia, w podziale na typy zakładów opieki zdrowotnej określonych w przepisach¹¹,
 - b) przeciętne wielkości kosztów jednostkowych procedur medycznych i innych nośników kosztów (np. leczenie pacjenta, utrzymanie łóżka);
- 3) na szczeblu krajowym:
 - a) globalne wielkości kosztów według:
 - typów jednostek podstawowych (oddziałów, ośrodków kosztów),

⁸ W.A. Nowak, *Rachunkowość sektora publicznego. Koncepcje, metody, uwarunkowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998, s. 37.

⁹ J.A. Indulski, M. Matulewicz, M. Bryła, *Ekonomia zdrowia a problem efektywności ochrony zdrowia*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1994, s. 32.

¹⁰ Zmodyfikowana wersja tabeli 2 z: M. Hass-Symotiuk, U. Wawer, *Wykorzystanie informacji o kosztach w zarządzaniu placówkami opieki zdrowotnej*, Zeszyty Teoretyczne Rady Naukowej Stowarzyszenia Księgowych Księgowych Polsce, SKwP, Warszawa 1997, s. 66.

¹¹ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991 nr 91, poz. 408 ze zm., art. 2. u. 1.

- rodzajów zużywanych zasobów,
- typów zakładów opieki zdrowotnej,
 - b) przeciętne koszty jednostkowe:
- procedur medycznych,
- leczonych przypadków z zastosowaniem klasyfikacji DRG (diagnosis related groups – system jednorodnych grup pacjentów) lub podobnej,
- innych nośników kosztów, w zależności od podstawy wynagradzania świadczeniodawców.

Jednocześnie obok kosztów prowadzonej działalności konieczne jest gromadzenie informacji o przychodach. Umożliwia to obliczenie wyniku finansowego oraz dokonywanie wieloaspektowych analiz.

Istotnym źródłem informacji są także zbierane na poziomie regionalnym i centralnym informacje o zadłużeniu ZOZ. Informacje te są konieczne ze względu na narosły problem zadłużenia jednostek, grożący wstrzymaniem ich działalności.

5. Zbiory informacji niefinansowych generowanych w ZOZ dla odbiorców zewnętrznych szczebla makro i mezo

Ważnym źródłem informacji o dokonaniach ZOZ są informacje niefinansowe. Obejmują one informacje zarówno ilościowe, jak i jakościowe. Zbiory tych informacji opracowywane przez ZOZ na potrzeby zarządzania wykorzystywane przez różnych użytkowników zostały przedstawione w tab. 2. Ich zadaniem jest umożliwianie różnym szczeblom zarządzania:

- monitorowania stanu zdrowia ludności oraz identyfikację czynników zagrażających zdrowiu i życiu,
- określenia stanu zapotrzebowania na usługi medyczne,
- dokonywania bieżącej i okresowej analizy stanu sanitarnego i zdrowotnego ludności,
- analizy rozmieszczenia placówek opieki zdrowotnej, ich stanu organizacyjnego posiadanych zasobów (kadra medyczna, aparatura), zakresu świadczonych usług pozwalających na ocenę dostępu pacjentów do wymaganego zakresu usług medycznych o kontrolowanej jakości na określonym obszarze,
- ustalania wskaźników działalności placówek służby zdrowia niezbędnych do operatywnego zarządzania oraz kontroli wewnętrznej i zewnętrznej,
- tworzenia podstaw liczbowych do generowania wycinkowego i całościowego obrazu opieki zdrowotnej na określonym obszarze, pozwalającym na kształtowanie polityki zdrowotnej, obiektywizację kryteriów alokacji środków finansowych i zasobów rzeczowych,

- kontroli oraz bieżącej i okresowej analizy wykorzystania środków, efektywności gospodarowania podległych jednostek oraz oceny ich sytuacji majątkowej i finansowej¹².

Tabela 2. Rodzaje zbiorów informacji generowanych na potrzeby odbiorców zewnętrznych

		Rodzaje przekazywanych informacji			
		informacje finansowe	zasoby rzeczowe i ludzkie	działalność (świadczenia)	
Podmioty otrzymujące informacje	Szczegółowo	Ministerstwo Zdrowia	MZ-03 Kwartalne sprawozdanie o zobowiązaniach SPZOZ	Np.: MZ-11, MZ-12, MZ-15, MZ-19, MZ-29, MZ-30, MZ-35, MZ-88, MZ-89	Np.: MZ-06, MZ-11 do MZ-15, MZ-19, MZ-24, MZ-29, MZ-29a, MZ-30, MZ-35, MZ-35a, MZ-54
		Ministerstwo Finansów	Rb-Z i Rb-N – dotyczą zobowiązań i należności SPZOZ		
		Urzędy statystyczne	F-01/I-01 F-02	F-03 Z-03, Z-06, Z-12	ZD-2, ZD-3, ZD-4, ZD-5
	Szczegółowo	Narodowy Fundusz Zdrowia	Informacje zgodne z wymogami zawartych kontraktów		
		Organy tworzące	Sprawozdania finansowe Kwartalne sprawozdania o przychodach, kosztach i wynikach Roczny plan i roczne sprawozdanie rzeczowo-finansowe jednostki	Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz jego wykorzystanie, darowizny, dzierżawy, wniesienia w charakterze aportów Liczba i kwalifikacje pracowników kadry	Liczba świadczeń zdrowotnych Czas oczekiwania przez pacjentów na świadczenia Zgodność udzielanych świadczeń ze standardami i procedurami medycznymi

Źródło: opracowanie własne.

Informacje te powinny być wykorzystywane zarówno przez odbiorców zewnętrznych (organizatorów systemu ochrony zdrowia, płatników, dostawców leków, aparatury, potencjalnych pacjentów), jak i wewnętrznych (kadry kierowniczej ZOZ, lekarzy, pracowników).

¹² M. Hass-Symotiuk, *op. cit.*

6. Podsumowanie

Występujące w ochronie zdrowia zbiory informacji stanowią pochodną złożonej struktury organizacyjnej zarządzania i istniejącego systemu finansowania opieki zdrowotnej. Do charakterystycznych cech tego systemu, określających użyteczność produkowanych informacji, należą:

- występowanie trzech niezależnych układów sprawozdawczych (sprawozdawczości finansowej, statystycznej i budżetowej), obrazujących określony aspekt działalności ZOZ,
- duża liczba różnego rodzaju sprawozdań (w ochronie zdrowia zasadniczą rolę odgrywa sprawozdawczość statystyczna),
- zróżnicowany zakres danych objętych sprawozdawczością,
- ukierunkowanie zbiorów informacji na potrzeby odbiorców zewnętrznych (organów administracji szczebla wojewódzkiego i centralnego),
- wielość miejsc generowania informacji,
- odmienne drogi przesyłania sprawozdawczości finansowej i niefinansowej,
- znaczna liczba odbiorców informacji umiejscowionych na różnych szczeblach zarządzania,
- długie kanały przesyłania informacji i terminy ich pozyskiwania,
- brak standardów medyczno-ekonomicznych realizowanych świadczeń zdrowotnych.

Wymienione właściwości, zwłaszcza brak powiązań sprawozdawczości statystycznej i finansowej, odrębne zasady i procedury opracowywania informacji, różna struktura zbiorów informacji, niejednakowy stopień szczegółowości i wiarygodności danych, odmienna częstotliwość przesyłania informacji oraz brak ujednoczonego modelu rachunku kosztów, powodują niespójność obu układów informacji, co utrudnia ich wykorzystanie w zarządzaniu zakładami opieki zdrowotnej, a także na szczeblach mezo i makro.

Literatura

- Griffin R.W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Hass-Symotiuk M., *Sprawozdawczość z zakresu ochrony zdrowia i jej przydatność na różnych szczeblach zarządzania*, [w:] *Rachunkowość w zarządzaniu podmiotami gospodarczymi*, Zeszyty Naukowe nr 168, Prace Katedry Rachunkowości nr 15, USz., Szczecin 1996.
- Hass-Symotiuk M., Wawer U., *Wykorzystanie informacji o kosztach w zarządzaniu placówkami opieki zdrowotnej*, Zeszyty Teoretyczne Rady Naukowej Stowarzyszenia Księgowych w Polsce, SKwP, Warszawa 1997, s. 61-68.
- Indulski J.A., Matulewicz M., Bryła M., *Ekonomika zdrowia a problem efektywności ochrony zdrowia*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1994.
- Informacja ekonomiczno-finansowa w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Hass-Symotiuk, Fundacja na rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2002.

- Jasłowski J., *Wspieranie zarządzania placówkami ochrony zdrowia za pomocą systemu informacyjnego*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2000 tom 2 nr 6.
- Nowak W.A., *Rachunkowość sektora publicznego. Koncepcje, metody, uwarunkowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- Poździejch S., Włodarczyk C., *Systemy zdrowotne: zarys problematyki*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2003.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego, DzU 1999 nr 94 poz. 1097.
- Sawicki K., *Zbiory informacji finansowych zakładu opieki zdrowotnej*, [w:] *Informacja ekonomiczno-finansowa w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Hass-Symotiuł, Fundacja na rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2002.
- Ustawa z 29 września 1994 r. o rachunkowości, DzU 1994 nr 121 poz. 591, ze zm.
- Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991 nr 91, poz. 408, ze zm.
- The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization 2000.
- www.mf.gov.pl
www.mz.gov.pl
www.stat.gov.pl

INFORMATION SETS FOR MANAGEMENT PURPOSES IN HEALTH CARE

Summary

The article contains a detailed review and analysis of information sets prepared for management purposes in health care. Information needs of management are specified at three levels of administration, i.e. micro level, mezzo level, and macro level. These needs are satisfied through different reporting requirements set upon health care organizations. Information sets include financial information (about fixed and working assets, debts, revenues, costs, gains/losses) and non-financial, and are reported to several different bodies (Ministry of Health, founding bodies, payers, Central Statistical Office). In conclusion, the lack of coherence among different reporting systems in health care is highlighted.