

Funkcjonowanie i znaczenie rad nadzorczych przy niepublicznych szpitalach samorządowych

Marcin Kautsch¹, Mirosława Ster

¹ Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Marcin Kautsch, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, ul Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, mxkautsc@wp.pl

Abstract

The operation and significance of boards of trustees in non-public local-government-owned hospitals

This article describes the results of research (conducted using a questionnaire) on the operation of boards of trustees in non-public local-government-owned hospitals. CEOs of the above-mentioned hospitals have positive opinions about the operation of the boards, recognizing them to be useful both for the owner authorities and the units themselves. Their supervisory function is particularly highly rated in economic and managerial areas. To a lesser extent this applies to the quality of services. No significant operational issues have been reported by respondents. The CEOs, however, stressed the fact that trustees are not always sufficiently prepared for meetings, moreover, when hospitals operated as independent public health care units, they did not have to finance the activities of such boards.

Key words: board of trustees, hospitals, non-public healthcare unit

Słowa kluczowe: niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, rada nadzorcza, szpitale

Wprowadzenie

Zmiany w systemie ochrony zdrowia zmierzają do większego urynkwienia sektora. Jednym z przejawów tych zmian jest przekształcanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ) w jednostki niepubliczne. Dotyczyło to od dawna placówek ambulatoryjnych, a od kilku lat także stacjonarnych, w tym szpitali. Przekształcenia tych ostatnich były nawet procesem wspieranym wprost przez rząd [1]. Choć po przekształceniu pozostawały one w większości własnością samorządu, to w przypadku ambulatoriów można mówić o faktycznej prywatyzacji. Prywatyzacja ta i niemożność wyegzekwowania sprawozdań od prywatnych dostawców usług zdrowotnych doprowadziły do sytuacji, w której zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Główny Urząd Statystyczny przestały podawać liczbę porad w podziale na zakłady publiczne i niepubliczne¹. Skalę prywatyzacji („unipublicznienia”) sektora można spróbować określić, analizując liczbę zakładów zarejestrowanych w Rejestrze

Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dawniej: Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej). Najważniejsze ich kategorie (poza sektorem stacjonarnym) w podziale na publiczne/niepubliczne pokazano w **Tabeli I**. Warto zaznaczyć, że są to zakłady mogące prowadzić nie tylko jedną z kategorii działalności opisaną w tabeli, co oznacza, że część z nich występuje w więcej niż jednej kategorii (np. jednostka prowadząca jednocześnie leczenie ambulatoryjne, usługi rehabilitacyjne itd.).

Określenie szpitali przekształconych w spółki mianem „niepublicznych” wydaje się mało adekwatne wobec jednostek, które pozostając w 100% własnością jednostek samorządu terytorialnego, są nadal publiczne. Takiej nazwy użył jednak ustawodawca. Nie wchodząc w szczegóły procesu przekształcenia i sensu nazywania niepublicznymi takich jednostek, należy stwierdzić, że obecnie jednostek samorządowych przekształconych w niepubliczne jest stosunkowo dużo. Do 19 sierpnia 2013 r. działało nawet Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Samorządowych, które w chwili rozwiązania

Rodzaj zakładu	Leczenie ambulatoryjne	Usługi rehabilitacyjne	Długoterminowa opieka pielęgnacyjna	Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej
Ogółem	16517	4328	2317	9879
Niepubliczne	14755	3345	1924	8422
Publiczne	1762	983	393	1457
Odsetek niepublicznych	89%	77%	83%	85%

Tabela I. Liczba zarejestrowanych zakładów opieki zdrowotnej (stan na 02.01.2014) w podziale na publiczne i niepubliczne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze strony: <http://rpwdl.csioz.gov.pl/RZOZ/>, dostęp: 02.01.2014.

liczyło 60 członków [2], choć nie zrzeszało wszystkich tego typu placówek. Ich liczebność w 2010 r. prezes owego stowarzyszenia oceniała na ponad 100 (wywiad z autorem). Warto też wspomnieć o Ogólnopolskim Stowarzyszeniu Szpitali Niepublicznych, które zrzesza 103 jednostki², choć wśród jego członków jest stosunkowo spora grupa jednostek nieszpitalnych, monospecjalistycznych czy też ogólnie rzecz ujmując – mniejszych. Pewne przybliżenie dotyczące liczby niepublicznych szpitali pokazują dane z rejestru podmiotów leczniczych. Wskazują one na to, że na początku 2014 r. było w Polsce 708 niepublicznych podmiotów stacjonarnych³. Nie jest to jednak liczba mówiąca o tym, jak wygląda niepubliczne szpitalnictwo, gdyż wśród tych jednostek najwięcej było tych niewielkich, a także sanatoria, ośrodki MONAR itp., a nie szpitali ogólnych. Rosnąca liczba szpitali niepublicznych oraz wspomniany status samorządowych jednostek niepublicznych sprawiły, że Ministerstwo Zdrowia przestało od 2013 r. podawać liczbę łóżek w jednostkach niepublicznych. Ostatnie tego typu dane są dostępne za 2011 r. w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia 2012 [3]. Źródło to podawało, że liczba szpitali publicznych wynosiła 517, miały one 156 001 łóżko. W przypadku jednostek niepublicznych było to odpowiednio 313 i 28 513. Oznacza to, że średni szpital publiczny liczy 302 łóżka, a niepubliczny – 91.

Warto także odnotować, że w świetle zapisów ustawy o działalności leczniczej [4] nowe samodzielne publiczne zakłady nie będą tworzone, a te SP ZOZ mające problemy finansowe, których nie pokryją ich podmioty tworzące, będą musiały być przekształcane w zakłady niepubliczne (art. 59, par. 4 przywoływanego aktu prawnego).

Przy tak licznych jednostkach szpitalnych funkcjonujących jako spółki pojawia się potrzeba zweryfikowania, na ile nadzór nad tymi jednostkami jest sprawowany w sposób prawidłowy, jak przedstawia się współpraca między jednostkami a ich radami nadzorczymi, czy w końcu – jak funkcjonują te ostatnie. Jest to o tyle istotne, że – jak wskazano – liczba jednostek niepublicznych rośnie, natomiast funkcjonowanie rad społecznych, działających przy samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, było krytykowane zarówno przez koła naukowe, jak i praktyków – zarządzających zakładami opieki zdrowotnej⁴⁻⁶ [5, 6]. Dodatkowo warto mieć na względzie fakt, że spora część przekształconych jednostek nie radzi sobie i generuje ujemny wynik finansowy

[7], co może wynikać z niewłaściwego nadzoru nad nimi. Choć problemy finansowe mają także i zakłady publiczne⁷, to przekształcenie miało być wszakże sposobem na powstrzymanie zadłużania SP ZOZ [1, 8].

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie wyników badania dotyczącego funkcjonowania rad nadzorczych i pełnienia przez nie funkcji nadzoru i kontroli nad podmiotami leczniczymi – szpitalami.

Analiza funkcjonowania rad nadzorczych przy podmiotach leczniczych w Polsce jest o tyle potrzebna, że rola, jaką pełni rada nadzorcza w życiu spółki, nie została jak dotąd jednoznacznie opisana [9]. Tym bardziej warto więc zweryfikować, na ile podmioty te sprawdzają się w sektorze ochrony zdrowia. Rady nadzorcze funkcjonujące przy spółkach tworzących niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w swoich kompetencjach i umocowaniu znacząco różnią się od rad społecznych, jakie funkcjonują przy samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Funkcjonowanie rad nadzorczych – zarys problemu

Podstawą działania rad nadzorczych jest *Kodeks spółek handlowych* (KSH) [10]. Zgodnie z art. 219 par. 1 tego aktu prawnego „rada nadzorcza sprawuje stały nadzór nad działalnością spółki we wszystkich dziedzinach jej działalności”. Jest to więc organ upoważniony do dostępu do wszystkich dokumentów spółki, może szczegółowo badać sprawozdania, rewidować konta oraz majątek spółki. Umowa spółki (zgodnie z art. 220 KSH) [11] może jeszcze rozszerzyć uprawnienia rady nadzorczej, a w szczególności stanowić, że zarząd jest zobowiązany uzyskać zgodę rady nadzorczej przed dokonaniem czynności oznaczonych w umowie spółki oraz przekazać radzie nadzorczej prawo zawieszania w czynnościach, z ważnych powodów, poszczególnych lub wszystkich członków zarządu.

Przywoływany akt prawny nie precyzuje wymogów formalnych stawianych kandydatom na członka rady nadzorczej. Można je natomiast odnieść do wymogów, jakie są stawiane kandydatom na członków rad nadzorczych spółek, w których Skarb Państwa jest jedynym akcjonariuszem [12], a które to wymogi muszą być potwierdzone egzaminem państwowym oraz wcześniejszym szkoleniem. Z egzaminu zwolnione są osoby posiadające stopień naukowy doktora nauk prawnych

lub nauk ekonomicznych, lub wpis na listę radców prawnych, adwokatów, biegłych rewidentów albo doradców inwestycyjnych [13].

Zgodnie z paragrafem 1 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z 7 września 2004 r. program wspomnianego szkolenia na członka rady obejmuje wybrane zagadnienia w zakresie:

- 1) komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych;
- 2) tworzenia, funkcjonowania i likwidacji spółek handlowych;
- 3) zasad obrotu papierami wartościowymi, funkcjonowania instytucji rynku kapitałowego i narodowych funduszy inwestycyjnych;
- 4) prawa pracy;
- 5) stosunków cywilnoprawnych w obrocie gospodarczym;
- 6) prawa upadłościowego i naprawczego;
- 7) zasad działalności gospodarczej oraz pomocy publicznej dla przedsiębiorców;
- 8) zarządzania podmiotami gospodarczymi i analizy marketingowej przedsiębiorstwa;
- 9) restrukturyzacji podmiotów gospodarczych;
- 10) rachunkowości i finansów w spółkach handlowych;
- 11) metod wyceny wartości podmiotów gospodarczych;
- 12) kompetencji organów spółek handlowych;
- 13) zasad funkcjonowania rad nadzorczych w jednoosobowych spółkach Skarbu Państwa i w spółkach z udziałem Skarbu Państwa.

Przy wyborze członków rady nadzorczej istotne jest to, by nie zaistniała możliwość konfliktu interesów i/lub złamanie zasady *bezpośredniej podległości* (art. 214 par. 1 KSH), tzn. że członek rady nie powinien bezpośrednio podlegać zarządowi (np. przez stosunek zatrudnienia). Na niezależność (bezzstronność i równe traktowanie wszystkich akcjonariuszy) wskazuje także poradnik *Dobre praktyki spółek notowanych na GPW* [10]. Chodzi o brak zależności od grup nacisku, kadry zarządzającej i dbałość o dobro spółki oraz interes akcjonariuszy.

Członkowie rady powinni być doświadczeni, mieć odpowiednią wiedzę i umiejętności, a także być dostępni na tyle, by móc się w pełni zaangażować w sprawy spółki [10]. Sięgając po doświadczenia innych krajów, można stwierdzić, że najczęstszym kryterium doboru do rady w spółkach amerykańskich jest lojalność jej członka względem osób, które poparły jego kandydaturę, oraz zaufanie akcjonariuszy i zarządu wobec kandydata [14].

Artykuł 218 KSH w paragrafie 1 stwierdza, że „Jeżeli umowa spółki nie stanowi inaczej, mandaty członków rady nadzorczej (...) wygasają z dniem odbycia zgromadzenia wspólników zatwierdzającego sprawozdanie finansowe za pierwszy pełny rok obrotowy pełnienia funkcji członka”. W praktyce oznacza to roczną kadencję, choć – jak wynika z powyższych zapisów – taka długość jej trwania nie jest obligatoryjna. Może ona bowiem wynosić maksymalnie 5 lat, a osoba pełniąca funkcję członka rady może być także powołana na kolejne kadencje (art. 386 par. 1 i 2).

Rada nadzorcza powinna być zwoływana w miarę potrzeb spółki, jednak nie rzadziej niż trzy razy w roku

obrotowym (art. 389 par. 1 i 3). Podejmowane przez nią uchwały są ważne, jeżeli na posiedzeniu jest obecna co najmniej połowa członków rady, a wszyscy zostali zaproszeni (art. 388 par. 1).

Członkowie rad nadzorczych mogą otrzymywać wynagrodzenie za swoją pracę, co jest regulowane statutem lub uchwałą walnego zgromadzenia (art. 392 par. 1). Wysokość wynagrodzenia nie jest określona ustawowo, może zależeć od wyniku finansowego spółki czy też osiągnięcia przez nią określonych celów. Zapisy te odróżniają radę nadzorczą od społecznej, której członkom wynagrodzenie nie przysługiwało (art. 45 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej [15], która powołała do życia rady społeczne) i nie przysługuje (art. 48 ustawy o działalności leczniczej, która zastąpiła ustawę o zakładach opieki zdrowotnej).

Za istotne należy uznać także zapisy art. 293 par. 1 KSH, który przewiduje, że członek rady nadzorczej odpowiada wobec spółki za szkodę wyrządzoną działaniem lub zaniechaniem sprzecznym z prawem lub postanowieniami umowy spółki, chyba że nie ponosi winy. Zapis ten może silniej motywować członków rady do działania na rzecz spółki, niż to miało miejsce w przypadku rady społecznej, której taka odpowiedzialność nie dotyczyła.

Metodologia

Celem badania opisanego w niniejszym artykule była odpowiedź na pytania, czy rada nadzorcza spełnia swoją funkcję (nadzoru i kontroli), czy zarząd spółki odnosi korzyści z posiadania wspomnianego organu doradczego oraz jak funkcjonuje ten organ.

Badanie zostało zrealizowane w okresie IV kwartał 2011 – II kwartał 2012 r. w jednostkach z terenu całego kraju.

Jak wspomniano, status NZOZ mają zarówno jednostki będące całkowicie w prywatnych rękach, te, które działają na podstawie partnerstwa publiczno-prywatnego, jak i te, których właścicielami są jednostki samorządu terytorialnego. Jeżeli chodzi o te pierwsze, to bardzo często są to jednostki małe, które są nazywane szpitalami, lecz w praktyce nie pełnią takiej roli z uwagi na wąski zakres działania i niewielką liczbę łóżek. Są one raczej lepszymi jednostkami opieki ambulatoryjnej, w których łóżko stanowi pewien dodatek do oferty, lecz hospitalizacja nie jest podstawą prowadzonej działalności. Dobrą ilustracją powyższego wyjaśnienia jest wspomniane Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, na którego liście członkowskiej widnieją jednostki mające charakter ambulatoryjny.

Warto odnotować, że w polskim systemie ochrony zdrowia pojęcie szpitala nie zostało precyzyjnie zdefiniowane. Można odwołać się do ustawy o działalności leczniczej (art. 2), która mówi, że jest to podmiot wykonujący świadczenia szpitalne (całodobowe kompleksowe świadczenia zdrowotne). W związku z bardzo dużą liczbą nowych jednostek ochrony zdrowia, które nazywane są szpitalami, konieczne było przyjęcie założeń do badania dotyczących wielkości tychże jednostek. Pozwoliło to na przebadanie tych zakładów, które faktycznie wykonują działalność całodobową i kompleksową

wą. Zdecydowano się przebadać tylko te jednostki niepubliczne, które posiadały co najmniej 50 łóżek lub dwa oddziały opieki stacjonarnej, czyli faktycznie można było je nazwać szpitalami. W tym celu dokonano analizy zawartości internetowej bazy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia⁸. Opierając się na danych zawartych w tej bazie, znaleziono 86 jednostek spełniających powyższe warunki. Z jednostkami tymi został nawiązany kontakt, w którego trakcie przedstawiono im wyjaśnienie dotyczące celu badania i zachęcono do odpowiedzi na specjalnie przygotowaną anonimową ankietę zamieszczoną w internecie (przy zastosowaniu techniki CAWI).

Uzyskano 40 odpowiedzi, z których jedną zdecydowano się odrzucić (identyczne odpowiedzi pojawiły się bowiem w innej ankiecie). Anonimowość badania sprawia, że nie sposób określić, które z jednostek, proszonych o udzielenie odpowiedzi, faktycznie ich udzieliły. Analiza uzyskanego materiału (por. **Tabela II**) wskazuje na to, że w badaniu wzięły udział wyłącznie podmioty, których organem właścicielskim była jednostka samorządu terytorialnego. Mając na uwadze fakt, że uzyskano odpowiedzi z 39 na 86 szpitali spełniających założone kryteria – w tym z 43 samorządowych spełniających podane wyżej kryteria – można przyjąć badanie za w pełni

reprezentatywne dla tej właśnie grupy (39 na 43 jednostki, tj. 90%). Choć początkowo chciano przeanalizować funkcjonowanie rad nadzorczych przy wszystkich szpitalach, bez względu na to, kto jest ich właścicielem, uzyskany materiał pozwala na zawężenie analiz do grupy jednostek, których właścicielem są jednostki samorządu terytorialnego.

Ankieta, za pomocą której przeprowadzono badanie, zawierała pytania zamknięte (część z nich była rozbudowana w kilka podpunktów). Została ona skierowana do prezesów zarządów szpitali. Zadaniem respondentów była ocena funkcjonowania rad nadzorczych kierowanych przez nich jednostek.

Charakterystyka szpitali biorących udział w badaniu została przedstawiona w **Tabelach II–IV**. Ilustrują one rozkład wymienionych szpitali w zależności od organu tworzącego oraz ich wielkości mierzonej liczbą łóżek oraz budżetem.

Zdecydowano się także przedstawić tu wyniki odpowiedzi na pytanie dotyczące doświadczenia prezesów zarządu spółek tworzących niepubliczne zakłady (**Tabela V**). Postąpiono tak, by pokazać, iż respondenci byli osobami doświadczonymi, co pozwala na stwierdzenie, że przywoływane w badaniu opinie odzwierciedlają rzeczywisty stan funkcjonowania rad nadzorczych.

Podmiot tworzący	Województwo	Powiat	Miasto	Inny
	8%	62%	31%	0%

Tabela II. Rozkład szpitali biorących udział w badaniu w zależności od organu tworzącego⁹.

Źródło: Opracowanie własne.

Liczba łóżek	< 50	50–100	101–150	151–200	> 200
	18%	31%	23%	13%	15%

Tabela III. Rozkład szpitali biorących udział w badaniu w zależności od liczby łóżek.

Źródło: Opracowanie własne.

Budżet roczny	< 20	21–35	36–50	51–80	81–120	> 120
	21%	26%	15%	23%	13%	3%

Tabela IV. Rozkład szpitali biorących udział w badaniu w zależności od wielkości rocznego budżetu (mln zł).

Źródło: Opracowanie własne.

	Minimum	Maksimum	Średnia
Liczba lat na obecnym stanowisku	1	13	3,6
Liczba lat pracy na stanowiskach kierowniczych w ochronie zdrowia	2	25	8,9

Tabela V. Doświadczenie prezesa zarządu na stanowiskach kierowniczych (lata).

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki badania

Ankietowani uznali, że rady nadzorcze (poza podstawowym obowiązkiem nadzoru) w dużym lub bardzo dużym stopniu pełnią dla nich rolę opiniotwórczą. W nieco mniejszym stopniu pełnią tę rolę dla podmiotu tworzącego – właściciela. Odsetek osób, które uważają, że rola ta jest mała czy wręcz żadna, był niski. Wyniki dotyczące tego zagadnienia przedstawiono w Tabeli VI.

Respondenci stwierdzili, że dla zarządzania szpitalem istotne są opinie rady we wszystkich – poza jedną – kwestiach, o które pytano w ankiecie. Za najważniejsze uznano nadzór ekonomiczny nad działalnością szpitala (49% odpowiedzi – znaczenie bardzo duże, 26% – duże). Natomiast tą mniej istotną kwestią okazały się działania projakościowe w szpitalu. Szczegółowe wyniki przedstawiono w Tabeli VII.

Zdaniem zdecydowanej większości respondentów rada nadzorcza ma realny wpływ na zarządzanie jednostką (85%), przy czym ponownie zdecydowana większość uważa, że jest to wpływ pozytywny (82%) – Tabela VIII.

Zróżnicowane były opinie respondentów dotyczące roli rady i jej członków w zarządzaniu szpitalem. Większość uważa, że rada spełnia rolę faktycznego nadzoru nad działalnością spółki we wszystkich jej dziedzinach (13% ankietowanych całkowicie zgadza się z tą opinią, 56% – zgadza się). Większość nie zgadza się z tezą, że stały nadzór nad działalnością spółki może utrudniać

proces zarządzania podmiotem medycznym (49% osób raczej się nie zgadza, a 8% – całkowicie się nie zgadza). Rozkład głosów jest natomiast niejednoznaczny w ocenie kwestii wydłużania procedur podejmowania decyzji czy posiadania przez członków odpowiednich kwalifikacji, pozwalających im pełnić swoją funkcję. Szczegółowe zestawienie ocen przedstawianych kwestii zawiera Tabela IX.

Spośród ankietowanych 2/3 uznało obecny zakres uprawnień rady w stosunku do zarządu za odpowiedni. 15% uznaje ów zakres za zbyt duży, a 18% za zbyt mały (Tabela X).

Odpowiedzi na powyższe pytanie korelują z odpowiedziami na temat ewentualnych zmian dotyczących rady nadzorczej podmiotu leczniczego. 62% ankietowanych uznało, że nie należy nic zmieniać w kształcie uprawnień rady. 18% uważa, że należałoby wzmocnić rolę rady. Taki sam odsetek opowiedział się za zmniejszeniem jej roli. Miałoby to polegać na likwidacji rady i sądowym powoływaniu rewidenta na żądanie wspólnika lub wspólników reprezentujących udział kapitału określony ustawą (10%) bądź zezwoleniu na nadzór każdego wspólnika spółki (8%). Natomiast 3% respondentów chciałoby powrotu do rad społecznych, a żaden z ankietowanych nie zgodził się z opinią, że należy ograniczyć rolę rady nadzorczej do wydawania niewiążących opinii w sprawach funkcjonowania spółki. Rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawia Tabela XI.

Rola opiniotwórcza rady	Bardzo duża	Duża	Przeciętna	Mała	Żadna
Dla podmiotu tworzącego	15%	41%	33%	8%	3%
Dla zarządu szpitala	26%	41%	28%	5%	0%

Tabela VI. Rola opiniotwórcza rad nadzorczych dla podmiotu tworzącego oraz zarządu szpitala.

Źródło: Opracowanie własne.

Obszar	Bardzo duży	Duży	Przeciętny	Mały	Żaden
Planowanie strategiczne	31%	41%	21%	8%	0%
Planowanie nowych obszarów działalności medycznej	10%	51%	26%	13%	0%
Nadzór ekonomiczny nad działalnością szpitala	49%	26%	18%	8%	0%
Nadzór organizacyjny nad działalnością szpitala	15%	54%	21%	5%	5%
Działania projakościowe w szpitalu	5%	23%	36%	26%	10%

Tabela VII. Zakres, w jakim opinie rady są przydatne w zarządzaniu szpitalem.

Źródło: Opracowanie własne.

Rodzaj wpływu, jaki rada ma na zarządzanie szpitalem	Realny, pozytywny	Realny, negatywny	Brak realnego wpływu
	82%	3%	15%

Tabela VIII. Wpływ rady na zarządzanie szpitalem.

Źródło: Opracowanie własne.

Zagadnienie	Całkowicie się zgadzam	Zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam
Rada spełnia rolę faktycznego nadzoru nad działalnością spółki we wszystkich jej dziedzinach	13%	56%	13%	15%	3%
Rada wydłuża procedury podejmowania decyzji	8%	18%	26%	38%	10%
Rada poprzez stały nadzór nad działalnością spółki może utrudniać proces zarządzania podmiotem medycznym	8%	18%	18%	49%	8%
Członkowie rady posiadają odpowiednie kwalifikacje, pozwalające im pełnić swoją funkcję	10%	36%	21%	31%	3%

Tabela IX. Opinia prezesów zarządu na temat funkcjonowania rady nadzorczej.

Źródło: Opracowanie własne.

Obecny zakres uprawnień rady w stosunku do zarządu	Zbyt duży	Odpowiedni	Mały
	15%	67%	18%

Tabela X. Zakres uprawnień rady w stosunku do zarządu.

Źródło: Opracowanie własne.

Odpowiedź	Odsetek ¹⁰
Nie należy nic zmieniać w kształcie i uprawnieniach rady nadzorczej.	62%
Należy wzmocnić prawnie rolę rady nadzorczej – powinna móc wydawać zarządowi wiążące polecenia dotyczące prowadzenia spraw spółki.	18%
Należy zlikwidować rady nadzorcze i sądownie powoływać jedynie nadzór rewidenta na żądanie wspólnika lub wspólników reprezentujących udział kapitału określony ustawą.	10%
Należy zlikwidować rady nadzorcze i zezwolić na nadzór każdego wspólnika spółki.	8%
Należy powrócić do formuły działania rad społecznych.	3%
Należy ograniczyć rolę rady nadzorczej do wydawania niewiążących opinii w sprawach funkcjonowania spółki.	0%

Tabela XI. Możliwe zmiany w kompetencjach rady nadzorczej.

Źródło: Opracowanie własne.

Rozkład głosów mówiących o wpływie prezesa zarządu na zakres działań rady nadzorczej jest zbliżony do normalnego. 41% ankietowanych uznaje go za przeciętny. Zbliżony do siebie odsetek wskazał na to, że jest on duży/bardzo duży oraz mały/bardzo mały – z przewagą tych drugich odpowiedzi. Szczegółowy rozkład głosów zamieszczono w Tabeli XII.

W opinii ankietowanych bieżąca działalność rady nie nastręcza specjalnych problemów. W skali od 0 (czynnik nieistotny) do 5 (czynnik o dużym znaczeniu) średnia ważona odpowiedzi wyniosła 2,51 (przy średniej dla ciągu liczb 0–5 – 2,5). Istotnie wyższa ponad tę średnią jest odpowiedź dotycząca niedostatecznego przygotowania członków rady do posiedzeń (3,03). Najmniejszy problem stanowi brak istotnej inicjatywy opiniodawczej wśród członków rady (2,18). Warto także odnotować, że drugim najistotniejszym problemem są koszty związane z funkcjonowaniem rady (jak wspomniano, jej członko-

wie są wynagradzani za pracę na rzecz jednostki), które nie występowały w przypadku rad społecznych. Dane dotyczące powyższej kwestii przedstawiono w Tabeli XIII.

Rada nadzorcza najczęściej (82%) liczyła 3 członków. W 13% przypadków – 4, natomiast w 5% – powyżej 4. Miesięcznie koszt jej utrzymania wynosił średnio 9653 zł (minimum 2500 zł, natomiast maksimum – 19 000 zł). 10% respondentów nie zdecydowało się na ujawnienie kwoty, tyle samo deklarowało, że nie wie. 74% respondentów wskazało, że kadencja członków rady trwa rok, 18% – 2–3 lata, a 8% – 3 lata. Rady najczęściej (64% przypadków) spotykają się 5–10 razy w roku, 31% respondentów wskazało na 3–4 spotkania, a 5% stwierdziło, że ich rady spotykają się powyżej 10 razy w roku. Żaden z prezesów zarządów nie wskazał na to, by w radzie nadzorczej szpitala kierowanej przez niego zasiadały osoby będące pracownikami konkurencyjnych zakładów.

Wpływ prezesa na zakres działań rady nadzorczej	Bardzo duży	Duży	Przeciętny	Mały	Bardzo mały
	5%	21%	41%	26%	8%

Tabela XII. Wpływ prezesa zarządu na zakres działań rady nadzorczej.
Źródło: Opracowanie własne.

	0	1	2	3	4	5	Średnia ważona
Niedostateczne przygotowanie członków rady do posiedzeń	8%	8%	18%	26%	23%	18%	3,03
Utrzymanie rady nadzorczej jest zbyt drogie w stosunku do jej wkładu w zarządzanie spółką	10%	15%	21%	15%	28%	10%	2,67
Problemy organizacyjne, np. zapewnienie kworum niezbędnego do podejmowania uchwał	8%	13%	33%	23%	18%	5%	2,46
Brak chęci pomocy w rozwiązywaniu kluczowych problemów spółki	8%	23%	28%	18%	13%	10%	2,36
Reprezentowanie interesów politycznych poszczególnych członków rady	8%	23%	26%	18%	21%	5%	2,36
Brak istotnej inicjatywy opiniodawczej wśród członków rady	18%	21%	21%	18%	13%	10%	2,18

Tabela XIII. Trudności związane z bieżącą działalnością rady (0 – czynnik nieistotny, 5 – istotny).
Źródło: Opracowanie własne.

Dyskusja i wnioski

W badaniu wzięły udział wyłącznie te zakłady, których organami właścicielskimi są jednostki samorządu terytorialnego. Szpitale przekształcone to przede wszystkim szpitale mniejsze (pod względem liczby łóżek i budżetu) i takie też znalazły się w badanej grupie. Prawie połowa badanych szpitali dysponowała mniej niż 100 łózkami. 67% jednostek podlegało samorządowi stopnia powiatowego, można założyć, że wśród 26% zakładów podlegających samorządowi gminnemu większość stanowiły miasta na prawach powiatu, na co wskazuje analiza podmiotów właścicielskich zakładów, do jakich skierowano ankietę (jak wspomniano, anonimowość odpowiedzi uniemożliwia stwierdzenie, które szpitale ich udzieliły).

Osoby pełniące funkcję prezesów zarządów badanych placówek mają doświadczenie w kierowaniu w ochronie zdrowia (średnia okres przepracowany na stanowisku kierowniczym w tym sektorze to 8,9 roku). Wyniki te są bardzo zbliżone do tych, jakie w porównywalnym badaniu uzyskał Związek Powiatów Polskich (9,2) [16]. Pewne trudności nastręcza interpretacja odpowiedzi na pytanie dotyczące liczby lat na obecnym stanowisku (średnio 3,6). Część osób mogła bowiem w odpowiedzi doliczyć pełnienie przez siebie funkcji dyrektora SPZOZ, formalnego poprzednika jednostki przekształconej. Może o tym świadczyć to, że jeden z respondentów podał okres 13 lat. Niektórzy mogli podawać wyłącznie czas pełnienia funkcji prezesa zarządu spółki. Wyniki te warto porównać z uzyskanymi w ogólnopolskim badaniu dotyczącym sylwetki dyrektora szpitala przeprowadzonego w 2012 r. W jego trakcie stwierdzono, że średni okres pełnienia funkcji dyrektora wyniósł 7,5 roku [17].

Wyniki uzyskane w badaniu omawianym w niniejszym artykule wskazują na to, że respondenci wysoko oceniają funkcjonowanie rad i rolę, jaką pełnią one w zarządzaniu zakładem. Nie wskazują też na istotne problemy, jakie wiążą się z funkcjonowaniem rad. Za największy – choć nie bardzo duży – problem należy uznać nieprzygotowanie członków rad do posiedzeń.

Ankietowani wskazali, że rada nadzorcza jest pomocna zarówno samemu szpitalowi, jak i jego właścicielowi (organowi tworzącemu), przy czym oceniano, że większą wartość owa pomoc ma dla szpitala, a mniejszą – dla właściciela. Odsetek osób twierdzących, że opinie rady nie są przydatne, jest wyjątkowo niski. Za najbardziej istotne ankietowani uznali nadzór ekonomiczny, jaki rada sprawuje nad szpitalem. Wiązać to można ze wspomnianymi przepisami, które wskazują na odpowiedzialność członków rady za sytuację nadzorowanej organizacji. Najwyraźniej członkowie rady, mając świadomość tej odpowiedzialności, rzetelnie podchodzą do swoich obowiązków i sprawują wspomniany nadzór. Wysoko też został oceniony wkład rady w inne działania o charakterze ekonomiczno-zarządczym, natomiast stosunkowo nisko – o charakterze proakościowym. Może to oznaczać, że członkowie rad w mniejszym stopniu doceniają kwestie jakości usług oferowanych przez nadzorowane przez nich szpitale lub nie rozumieją problematyki jakości w ochronie zdrowia. Koncentrują się oni natomiast na wspomnianych powyżej zagadnieniach finansowo-zarządczych. Sytuacja ta o tyle dziwi, że może świadczyć o niezrozumieniu przez członków rady znaczenia jakości produktów wytwarzanych przez organizację dla jej sytuacji finansowej. Ocenia się, że koszty związane z niską jakością stanowią od 10 do 30% całkowitej wartości

sprzedaży wielu przedsiębiorstw [18]. Oznacza to więc, że są one kilkukrotnie wyższe niż zyski – o ile przedsiębiorstwo w ogóle je generuje. Można przyjąć, że rosnące oczekiwania i roszczenia pacjentów¹¹ mogą w przyszłości w znacznym stopniu przyczynić się do złego wyniku finansowego zakładów opieki zdrowotnej. Powyższe powinno skłonić tak radę, jak i zarząd do większego zaangażowania w poprawę jakości usług oferowanych przez nadzorowane/kierowane przez nich jednostki.

Mimo tego niezrozumienia znaczenia jakości według ankietowanych rada spełnia rolę faktycznego nadzoru, nie utrudniając jednocześnie procesu zarządzania zakładem. Nie wydłuża też raczej procesu podejmowania decyzji, na co wskazywali dyrektorzy SPZOZ w odniesieniu do rady społecznej [6]. Ankietowani nie zgadzają się z sobą co do oceny kwalifikacji członków rady. Przy stosunkowo wysokim odsetku osób, które nie mają zdania na ten temat (21%), 46% uważa, że członkowie rady takie kwalifikacje mają, a 34%, że nie. Warto połączyć jednak te odpowiedzi z tymi dotyczącymi nieprzygotowania członków rady do posiedzeń, co według ankietowanych stanowi najistotniejszy problem w funkcjonowaniu rady.

Widoczna wysoka ocena i brak znaczących problemów w funkcjonowaniu rady sprawiają, że najliczniejszy odsetek ankietowanych (choć nie większość) uważa zakres uprawnień rady w stosunku do zarządu za odpowiedni. Mniej liczne grupy (zbliżone do siebie wielkością) uważają, że jest on zbyt duży/zbyt mały. Wysoki odsetek odpowiedzi mówiących o odpowiednim zakresie uprawnień, jakie rady mają w stosunku do zarządu, przekłada się na to, że ankietowani nie byli skłonni do zmian w uprawnieniach rady. Odsetek głosów mówiących o zbyt małych/zbyt dużych uprawnieniach jest zbliżony, lecz zbyt mały w stosunku do tych stwierdzających, że nie należy dążyć do zmiany uprawnień rady. Wydaje się, że inne propozycje zmian w umocowaniu i kompetencjach rad są mało zrozumiałe (likwidacja rad i sądowe powoływanie nadzoru rewidenta na żądanie wspólnika czy zezwolenie na nadzór każdego wspólnika), jeżeli weźmie się pod uwagę, że ankietowani kierowali zakładami, których wyłącznym właścicielem były jednostki samorządu terytorialnego. Podobnie należałoby określić propozycję przywrócenia rad społecznych i „wmontowania” ich w działalność organizacji, które funkcjonują w oparciu o kodeks prawa handlowego, podlegając z tego tytułu istotnym obostrzeniom dotyczącym wyników finansowych.

W świetle przepisów KSH prezes zarządu nie powinien mieć wpływu na zakres działań rady nadzorczej. Największy odsetek (41%) odpowiedzi na pytanie dotyczące tego wpływu to: „przeciętny”, co wpisywałoby się w ducha przywoływanej ustawy, jeżeli weźmie się pod uwagę, że zarząd i rada mają z sobą współpracować. Zarząd powinien więc mieć wpływ na radę w takim zakresie, by ich relacje można nazwać współpracą, a nie czymś, co sprowadza się do bezwarunkowego wykonywania przez zarząd poleceń rady. Interpretując odpowiedzi mówiące o dużym i bardzo dużym (odpowiednio 21% i 5%) wpływie prezesa zarządu, można stwierdzić, iż osoby będące członkami rady niekoniecznie posiadają

kompetencje w zarządzaniu ochroną zdrowia. Stąd pojawia się konieczność wpływania na zakres działań przez osobę, która jest wieloletnim pracownikiem tego sektora. Z kolei odpowiedzi mówiące o małym (26%) i bardzo małym wpływie (8%) są być może odzwierciedleniem niskiej oceny kompetencji członków rady przez prezesa zarządu (co mogłoby wynikać z jego niezgody z propozycjami/działaniami rady) bądź nieznajomości przez respondentów prawa, na którego podstawie spółka działa.

Odpowiedzi na pytania dotyczące liczby członków rady wskazują, że zdecydowana większość rad ma 3 członków. Wydaje się to zasadne, mając na uwadze, że większość szpitali niepublicznych jest stosunkowo małymi jednostkami. Rady spotykają się stosunkowo często (5–10 razy w roku), co sprawia, że koszt ich utrzymania należy uznać za istotny dla finansów szpitala. Średnio wyniósł on rocznie prawie 116 tysięcy złotych, co może się wydawać bardzo niską kwotą (mniej niż 0,33% wielkości przychodów dla większości badanych jednostek). Są to jednak koszty, których wcześniej nie musiały one ponosić jako SP ZOZ, a znaczenie tych pieniędzy rośnie, jeżeli weźmie się pod uwagę zadłużenie dużej części zakładów opieki zdrowotnej¹². Kwota utrzymania rady nadzorczej staje się jeszcze bardziej istotna dla szpitala w przypadku częstych spotkań i dużej liczby członków, o ile ich wynagrodzenie zostało uzależnione właśnie do liczby spotkań (w badaniu maksymalna kwota utrzymania rady wyniosła 228 tysięcy złotych rocznie).

Odpowiedzi 74% respondentów stwierdzających, że kadencja członka rady wynosi zaledwie rok, można uznać za odpowiadające zapisom KSH. Jednocześnie należałoby uznać taką decyzję o długości kadencji za bardzo zachowawczą. W przypadku spółek komercyjnych, mających różne możliwości działania, funkcjonujących w szybko zmieniającej się rzeczywistości, mogących dokonywać różnorodnych wyborów dotyczących celów i strategii, okres roku wydaje się uzasadniony. Natomiast w sektorze ochrony zdrowia, przy stosunkowo stabilnych warunkach funkcjonowania, niezmiennym akcjonariacie i przy ograniczonych możliwościach wyboru strategii [19], ustanawianie kadencji rady na tak krótki okres wydaje się mało zasadne. Tym bardziej że odmiennosc sektora i warunków jego funkcjonowania sprawiają, że nowi członkowie rady często muszą się od podstaw uczyć tego, jaką organizację nadzorują. Tak krótki okres może więc mieć wpływ na to, czy członkowie rad nabywają stosownych kompetencji w nadzorze nad spółką prowadzącą działalność leczniczą, a na to zwracali uwagę ankietowani. Może też tak krótka kadencja wraz ze wspomnianymi kompetencjami, które są stosunkowo nisko oceniane przez respondentów, sprawiają, że spotkania rady są tak częste (o wiele częstsze niż w przypadku rad społecznych).

Podsumowanie

Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego nie zawsze daje zakładane rezultaty. Wyniki uzyskane w badaniu opisywanym w niniejszym artykule wska-

zują jednak na to, że współpraca zarządu z radą układa się pomyślnie, a rady sprawdzają się jako organy nadzoru. Rozwiązanie stosowane od lat w innych sektorach ma więc także zastosowanie w ochronie zdrowia. Choć ankietowani w większości nie chcą zmian w kompetencjach i umocowaniu rad, wskazują na konieczność podniesienia kwalifikacji ich członków. Analiza wyników wskazuje także, że rady mogłyby poświęcać więcej uwagi kwestiom jakości, które wpływają na koszty i wyniki każdej organizacji.

Mimo pewnych problemów, opisanych w niniejszym artykule, mając na uwadze przywołane powyżej argumenty, można postawić tezę, że zastosowanie narzędzi sprawdzonych w „świecie biznesu” w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnym – i to, *de facto*, publicznym – było uzasadnione.

Przypisy

¹ Zgodnie z zapisami art. 205 ustawy o działalności leczniczej (Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654) „Z dniem wejścia w życie ustawy niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stają się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych”. Ponieważ jednak samo Ministerstwo Zdrowia we własnych publikacjach używa określenia „niepubliczny zakład opieki zdrowotnej”, a nie „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego”, w niniejszym artykule stosowane jest także to pierwsze określenie.

² Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych, <http://www.szpitale.org/czlonkowie/lista-czlonkowska>; dostęp: 30.12.2013.

³ Portal Zakładów Opieki Zdrowotnej, <http://rpwdl.csioz.gov.pl/RZOZ/>; dostęp: 02.01.2013.

⁴ M. Kautsch, *Ani rady ani społeczne*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Ani-rady-ani-spoeczne,50795,2.html>; dostęp: 13.06.2012.

⁵ D. Stec-Fus, *Jaka rada na rady?*, „Dziennik Polski”, 06.04.2006.

⁶ A. Głuch, *Kwiatek do kozucha?*, „Polska Gazeta Krakowska”, 31.03.2006.

⁷ Ministerstwo Zdrowia, *Dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003–2013*, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/dynamika2_budz20131119.pdf; dostęp: 02.01.2014.

⁸ Portal Zakładów Opieki Zdrowotnej, <http://rpwdl.csioz.gov.pl/RZOZ/>; dostęp: 11.10.2011.

⁹ Suma wyników w Tabeli II wynosi w rzeczywistości 100%, wartość 101% wynika z zaokrąglenia.

¹⁰ Fakt, że wynik nie sumuje się do 100% wynika z zaokrąglenia podanych wartości. Przy rozszerzeniu liczby miejsc po przecinku wartości te wynoszą odpowiednio: 61,54%, 17,59%, 17,95%, 2,56%, co daje łącznie 100%.

¹¹ A. Treptow, *Pacjenci coraz częściej skarżą szpitale*, „Puls Biznesu”, 21.04.2013, <http://www.pb.pl/3093888,60622,pacjenci-coraz-czesciej-skarza-szpitala>; dostęp: 02.01.2014.

¹² Ministerstwo Zdrowia, *Dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003 – III kw. 2013*, <http://www2.mz.gov.pl/wwwfi>

[les/ma_struktura/docs/dynamika2_budz20131119.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/dynamika2_budz20131119.pdf); dostęp: 02.01.2014.

Piśmiennictwo

1. Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uchwala_wsparcie_07052009.pdf; dostęp: 30.12.2013.
2. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Samorządowych, <http://www.szpitalesamorzadowe.pl/index.html>; dostęp: 17.06.2013.
3. *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012.
4. Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654.
5. Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, wyd. 2, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2007.
6. Staszewski R., Kautsch M., Woderska E., *Funkcjonowanie i znaczenie rad społecznych w zarządzaniu publicznymi szpitalami*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, XIII, z. 5, R. Lewandowski, M. Kautsch, (red.), *Przekształcenia strukturalne i społeczne w ochronie zdrowia*, Łódź 2012.
7. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006–2010*, Nr ewid. 104/2011/P/10/097/KPZ, 6–8, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,3393,vp,4298.pdf>; dostęp: 25.04.2012.
8. Szparkowska S., *Szukamy oferty dla placówek bez długów* (wywiad z Minister Zdrowia Ewą Kopacz), <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m99&ms=916&ml=pl&mi=916&mx=0&mt=&my=654&ma=012347>; dostęp: 26.01.2014.
9. Dobija D., Koładkiewicz I., *Ład korporacyjny: podręcznik akademicki*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
10. Giełda Papierów Wartościowych w Warszawie, *Dobre Praktyki Spółek Notowanych na GPW*, <http://www.corp.gov.gpw.pl/publications.asp>; dostęp: 14.09.2012, dokument uchwalony w lipcu 2007 r., z późniejszymi zmianami i uzupełnieniami dokonanymi w latach 2010 i 2011.
11. Ustawa z 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, Dz.U. 2000, Nr 94, poz. 1037.
12. Rozporządzenie Rady Ministrów z 7 września 2004 r. w sprawie szkoleń i egzaminów dla kandydatów na członków rad nadzorczych spółek, w których Skarb Państwa jest jedynym akcjonariuszem, Dz.U. 2004, Nr 198, poz. 2038.
13. Rozporządzenie Rady Ministrów z 28 marca 2006 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szkoleń i egzaminów dla kandydatów na członków rad nadzorczych spółek, w których Skarb Państwa jest jedynym akcjonariuszem, Dz.U. 2006, Nr 61, poz. 432.
14. Demb A.F., Neubauer F.F., *Rada nadzorcza: czym jest i jaka jest jej odpowiedzialność*, Fundacja Edukacyjna Przedsiębiorczości, Warszawa 2001.
15. Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. 2007, Nr 14, poz. 89 (tekst jednolity).

16. Wójcik M., Rudka R., *Profil zawodowy prezesa spółki prowadzącej działalność leczniczą*, Związek Powiatów Polskich, dokument elektroniczny, http://wartowiedziec.org/attachments/article/13539/ZPP_Profil%20zawodowy_prezesa%20spolki_prowadzacej_dzia%C5%82alnosc_lecznica.pdf; dostęp: 04.02.2014.
17. Kautsch M., Sobieralska S., *Kto zarządza polskimi szpitalami?*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2013, XIV, z. 10, cz. I.
18. Gryna F.M., *Quality and Costs*, w: J.M. Juran, A.B. Godfrey (red.), *Juran's Quality Handbook*, fifth edition, McGraw-Hill, New York 1999: 251.
19. Klich J., *Zarządzanie strategiczne*, w: M. Kautsch, M. Whittingfield, J. Klich (red.) *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001: 128.