

Rafał Staszewski

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Marcin Kautsch, Ewelina Woderska

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum,

Funkcjonowanie i znaczenie rad społecznych w zarządzaniu publicznymi szpitalami

The role of boards of trustees in public hospital management

Abstract: The paper discusses a range of issues related to the operation of boards of trustees in non-incorporated health care institutions based on the opinions of hospital managers. The functions and importance of these boards in management processes are discussed and key impact areas are identified. Further, the article lists some basic problems connected with the operation of boards of trustees in hospital management. Moreover, the role of supervisory bodies in the health care sector is examined in some depth and compared with the responsibilities borne by the boards. In conclusion, the authors indicate the need to introduce legal changes aimed at granting boards of trustees real power.

1. Wprowadzenie

Przekształcenia systemowe w ochronie zdrowia rozpoczęte wraz z powstaniem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (sp zoz) w poł. lat 90. XX w., wprowadziły rady społeczne jako organy doradcze dla kierownika ww. zakładu oraz inicjujące i opiniodawcze dla organu założycielskiego (dziś: podmiotu tworzącego). Obowiązująca od

połowy roku 2011 *ustawa o działalności leczniczej*¹ utrzymuje – wobec podmiotów medycznych niebędących przedsiębiorcami, a więc „dawnych” sp zoz-ów – obowiązek posiadania rad społecznych. Obecny zakres kompetencji tych ciał obejmuje:

1. Przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach:
 - a. zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
 - b. związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności,
 - c. przyznawania kierownikowi nagród,
 - d. rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej z kierownikiem,
 - e. regulaminu organizacyjnego;
2. Przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach:
 - a. planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
 - b. rocznego sprawozdania z planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
 - c. kredytów bankowych lub dotacji,
 - d. podziału zysku;
3. Dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
4. Opiniowanie wniosku w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej;
5. Wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie

Można zakładać, że rada społeczna w zamierzeniu ustawodawcy miała pełnić rodzaj publicznej kontroli nad zarządzaniem instytucjami opieki zdrowotnej i jest ona w części odpowiednikiem – przynajmniej w obszarze intencjonalnym twórców przepisów regulujących funkcjonowanie podmiotów leczniczych – rady nadzorczej. Rada nadzorcza ma jednak wyraźnie przypisaną funkcję nadzoru, nie ingerując bezpośrednio w kompetencje zarządu. Przypisana ustawowo członkom rady nadzor-

¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U.2011.112.654.

czej odpowiedzialność daje im wpływ na zarządzanie organizacją. Czynności nadzoru są rozumiane jako pomoc w identyfikacji i późniejszym usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości. Członkowie rady nadzorczej muszą posiadać stosowne kompetencje, bo w przypadku popełnienia uchybień ponoszą oni odpowiedzialność cywilną i karną. W opinii części ekspertów z racji na umocowanie polityczne samorządu będącego właścicielem spółki, także po przekształceniu szpitala w spółkę prawa handlowego, istnieje niebezpieczeństwo powołania do rady nadzorczej osób bez odpowiedniego przygotowania (Pietrusińska, Pietrusiński 2011, s. 114). Ze względu na ww. odpowiedzialność prawną wydaje się to jednak, mniej prawdopodobne niż w przypadku rady społecznej. Nie ma bowiem żadnych wymogów dotyczących członków rad społecznych i najczęściej nie mają oni kompetencji niezbędnych do wspierania procesu zarządzania jednostką, którą wspierać powinni (Kautsch 2010, s. 84), nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za swoje działania.

Kompetentne organy doradczo-nadzorcze, poprawiają jakość decyzji strategicznych, przyczyniając się do poprawy wyników ekonomicznych organizacji. Niestety nadal niektóre rady pełnią rolę „gumowej pieczętki” i jedynie formalnie legitymują decyzje menedżerów. Wynika to z faktu, że część menedżerów wierzy bardziej we własne kompetencje niż umiejętności członków organów doradczo-nadzorczych, nie doceniając wsparcia ww. ciał dla procesu zarządzania (Jeżak 2010, s. 206–207). W prowadzonych w roku 2005 przez firmę McKinsey ogólnoswiatowych badaniach rad nadzorczych i zarządów 76% respondentów uznało strategię i ocenę ryzyka za jedno z kluczowych zagadnień, którym rady powinny się zajmować. Można więc przyjąć, że także w opinii samych osób pełniących funkcje doradcze lub/i nadzorcze, model rady „pasywnej” odchodzi w przeszłość (Jeżak 2010, s. 218–220).

Autorzy niniejszej pracy pragną zwrócić uwagę na konieczność sprawowania rzeczywistego nadzoru (oceny) nad zarządzaniem organizacjami publicznymi. Kluczowym wymogiem jest stworzenie organu składającego się z kompetentnych osób mogących dokonać rzetelnych ocen, który taki nadzór mógłby pełnić. Część ekspertów uważa nawet, że organy nadzorcze powinny składać się z osób zatrudnionych w sektorze

prywatnym, by wzmocnić biznesowe nastawienie instytucji publicznych (Ministerstwo Skarbu Państwa 2005, s. 54–55).

Główne funkcje nadzoru wewnętrznego, regulowane przepisami prawa, w celu wsparcia procesu zarządzania, powinny obejmować (Bogacz-Miętka 2011, s. 56):

- a) funkcję kontrolną (uznawaną w literaturze przedmiotu za najistotniejszą);
- b) funkcję kadrową obejmującą ocenę pracy menedżerów;
- c) funkcję motywacyjną, obejmującą system wynagrodzeń dla menedżerów;
- d) funkcję opiniodawczą,
- e) funkcję decyzyjną, sprowadzającą się do udzielenia zarządowi zgody w sprawach zastrzeżonych prawem lub statutem organizacji.

Funkcja kontroli oraz nadzoru w przypadku podmiotów leczniczych nie będących przedsiębiorcami jest przypisana podmiotowi tworzącemu i nie jest zadaniem rady społecznej. Zgodnie z zapisami przywoływanej ustawy o działalności leczniczej, wspomniana funkcja obejmuje w szczególności realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi oraz gospodarkę finansową. Skuteczny nadzór właścicielski musi poza egzekwowaniem praw własnościowych (czyli głównie dotyczących sytuacji ekonomicznej), uwzględniać relacje jakie organizacja buduje z innymi interesariuszami np. pracownikami, dostawcami, klientami, związkami zawodowymi (Lis, Stereniczuk 2005, s. 30). Funkcja nadzoru z udziałem odpowiedniego organu pokrywa się w takim ujęciu z teorią „dobrego gospodarza” (*stewardship*), wg której zarząd i rada nadzorcza ściśle ze sobą współpracują dla osiągnięcia celów organizacji, kierując się takimi wartościami jak: zaufanie, otwartość w komunikacji, wzrost efektywności działania, orientacja na cele strategiczne (Davis, Schoorman, Donaldson 1997, s. 37).

Ustawa o działalności leczniczej (a wcześniej *ustawa o zakładach opieki zdrowotnej*²), precyzuje zakres czynności rady społecznej, ograniczony w stosunku do wymienionych powyżej obszarów, jakie powinny być przypisane organowi doradczo-nadzorcemu. Omawiane przepisy nie wskazują przy tym na obowiązek konsultowania decyzji zarządu czy organu założycielskiego z radą społeczną. Określony ustawowo katalog spraw przynależny radzie społecznej należy zatem traktować jako określenie granic jej aktywności, i nie oznacza nałożenia obowiązku zasięgnięcia opinii przez właściwe podmioty³. Ani zarząd szpitala, ani organ założycielski (podmiot tworzący) nie muszą więc z własnej woli zwracać się z wnioskiem o wydanie opinii do rady społecznej, a brak takiego wniosku nie narusza przepisów prawa. Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z 11.02.2000, I SA 1603/99, LEX nr 53750 stwierdził, że „w świetle przepisu art. 46 pkt 1 lit. e (ustawy o zoz) – tylko wnioski rady społecznej publicznego zoz-u stanowią jej uprawnienie, opinie zaś są jej obowiązkiem, przy czym obowiązek przedstawienia opinii na żądanie właściwego podmiotu nie jest równoznaczny z obowiązkiem zasięgnięcia opinii przez właściwy podmiot”. Jeśli rada społeczna nie wyda opinii, a właściwy podmiot (szpital lub podmiot tworzący) nie zwróci się z wnioskiem o jej wydanie, żadna ze stron nie ponosi odpowiedzialności prawnej. Rodzi się zatem pytanie o celowość istnienia organu, którego rola opiniotwórcza i doradcza nie ma istotnego znaczenia ani dla podmiotu tworzącego, ani dla jednostki ochrony zdrowia.

Zdarzało się, że rady społeczne wносиły skargę na niezasięgnięcie opinii przez organ założycielski. Np. w 2004 roku do Sejmiku Województwa Mazowieckiego wpłynęła skarga rady społecznej SPZOK „Meditrans Ostrołęka” na działanie organu założycielskiego związana, m.in., z niezasięgnięciem opinii rady w sprawie odwołania i powołania dyrektora zakładu. Sejmik uznał, iż rada społeczna jest jedynie organem inicju-

² Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U.07.14.89 – tekst jednolity opublikowany 31 stycznia 2007 roku.

³ Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia na zapytanie poselskie nr 1181, dostęp on-line: <http://orka2.sejm.gov.pl/LZ6.nsf/main/OB59BE6A>.

jąco-opiniodawczym i w związku z tym samorząd nie jest zobligowany do żądania opinii⁴.

Jedyny obowiązek zasięgnięcia opinii u członków rady, nałożony na kierownika podmiotu *ustawą o zoz* tj. dotyczący czasowego zaprzestania działalności (art. 65a), został zniesiony *ustawą o działalności leczniczej*. Zgodnie z zapisem art. 34 tej ostatniej ustawy czasowe zaprzestanie działalności, wymaga bowiem tylko zgody wojewody, a przypadku podmiotu utworzonego przez Ministra Obrony Narodowej bądź uczelnię medyczną, uprzedniej zgody podmiotu tworzącego. Rodzi się zatem kolejne pytanie – o sens istnienia podmiotu, który – co prawda – posiada uprawnienia (co nie znaczy kwalifikacje) do wyrażania określonych opinii, jednak podmiot tworzący i zarząd podmiotu, nie są zobligowane do żądania opinii w każdej rozpatrywanej przez siebie sprawie.

Warto dodać, że statut podmiotu leczniczego może przyznawać radzie społecznej zadania inne niż wynikające zarówno z poprzedniej, jak i obecnej ustawy regulującej działalność leczniczą, w praktyce, większość zadań rady pokrywa się jednak jedynie z tymi określonymi *explicite* przepisami prawa.

W literaturze przedmiotu brak jest opracowań podejmujących próbę kompleksowej oceny rad społecznych. Jednym z nielicznych autorów zajmujących się ww. tematyką jest Maciej Dercz. Jego zdaniem, funkcjonowanie rad (biorąc pod uwagę zadania podstawione przed nimi przez ustawodawcę) należy oceniać negatywnie. Co wynika, m.in., z tego, że rada nie uczestniczy aktywnie w zarządzaniu, wydłuża proces podejmowania decyzji, rozpraszając odpowiedzialność, a katalog spraw, przypisanych radom społecznym stanowi „pomieszenie” kwestii ekonomicznych, ze sprawami kadrowymi i medycznymi (Dercz, Rek 2007, s. 315).

Opinie na temat funkcjonowania rad, jakie można znaleźć w innych źródłach (choć nie są one liczne i nie mają naukowego charakteru) także nie są pozytywne. Przedstawiciele organów tworzących uznają rady za niepotrzebne [Stec-Fus 2006, *Jaka rada na rady?*], inne opinie są podobne [Głuch 2006, *Kwiatek do kozucha?*].

⁴ Skarga bezzasadna, dostęp on-line, <http://www.archiwum.moja-ostroleka.pl/skarga-bezzasadna,1083919373,2.html>.

Autorzy niniejszego opracowania podjęli próbę oceny wpływu rady społecznej na zarządzanie szpitalami w oparciu o opinie dyrektorów wybranych szpitali. W tym celu sformułowano następujące pytania, składające się na problem badawczy niniejszej pracy:

- a) czy rada społeczna spełnia ustawowo przypisaną rolę organu inicjująco-doradczego,
- b) w jakim stopniu opinie rady społecznej wywierają realny wpływ na zarządzanie podmiotem leczniczym,
- c) w jakim zakresie uprawnienia rady społecznej są realizowane w praktyce,
- d) jak oceniane są kompetencje członków rady społecznej,
- e) w jakim zakresie rada społeczna sprawuje funkcje nadzoru, mającą znaczenie dla podmiotu tworzącego.

2. Materiał i metoda

Badanie stanowiące podstawę do opracowania niniejszego artykułu prowadzone było w grupie dyrektorów 50 szpitali, które w ostatnich latach uzyskały wysokie miejsca w rankingu Rzeczpospolitej „Bezpieczny Szpital” (opinia eksperta). Narzędzie stanowił kwestionariusz badający zarówno stopień realizacji zadań rady społecznej, jak i opinie ww. ekspertów. Badanie przeprowadzono latem i jesienią 2011 r. za pomocą ankiety umieszczonej na portalu internetowym. Celem badania było określenie, w jakim zakresie rady społeczne wpływają na zarządzanie szpitalem.

Większość respondentów stanowiły osoby sprawujące funkcje kierownicze dłużej niż 11 lat, zaledwie 4% osób pracowało na stanowisku menedżera krócej niż 5 lat.

Powyższe oznacza, że na pytania odpowiadały osoby, które można uznać za ekspertów. Jednocześnie autorzy badania, pragną podkreślić, że na przedstawione poniżej wyniki wpływ miało to, że ankietowane zakłady:

- były dobrze/bardzo dobrze zarządzane,

- znajdowały się w dobrej lub bardzo dobrej sytuacji finansowej.

W pewnym uproszczeniu można więc stwierdzić, że badano wpływ rad społecznych w sytuacji, w której zakład opieki zdrowotnej nie borykał się z większymi problemami organizacyjnymi i ekonomicznymi, co jest istotne dla prawidłowej interpretacji wyników.

3. Wyniki

Zdaniem ankietowanych rada społeczna pełni funkcje opiniotwórcze przede wszystkim w stosunku do organu założycielskiego. Jedynie 30% respondentów uznało, że znaczenie rady można określić jako duże lub bardzo duże dla zarządu szpitala, podczas gdy w odniesieniu do organu założycielskiego, wskaźnik ten wyniósł 46% (tabela 1).

Tabela 1. Spełnianie roli opiniotwórczej rady społecznej

Wyszczególnienie	Żadna	Mała	Przeciętna	Duża	Bardzo duża
Dla organu założycielskiego	8%	20%	26%	32%	14%
Dla zarządu (dyrekcji) szpitala	14%	30%	26%	18%	12%

Źródło: opracowanie własne.

Ciekawie kształtują się oceny poszczególnych elementów wsparcia procesu zarządzania (tabela 2), które – choćby w oparciu o prezentowane powyżej przepisy – powinny być przedmiotem zainteresowania członków rady społecznej. Respondenci bardzo nisko ocenili przydatność rady w ww. kwestiach – przeważały głosy „żadna” i „mała”. Największe – choć w dalszym ciągu małe – znaczenie respondenci przypisali opinii rady nt. kwestii nadzoru ekonomicznego nad działalnością szpitala oraz planowania strategicznego. Jest to związane z opiniowaniem planu finansowo-inwestycyjnego i rocznego sprawozdania z realizacji tegoż planu (26% respondentów wskazało na duże i bardzo duże znaczenie). Planowanie strategiczne (także 26% wysokich wskazań) może być tu interpretowane jako opinie nt. planu inwestycji wieloletnich, będącego częścią corocznie opiniowanego planu finansowo-inwestycyjnego. Nie jest

to zatem działanie rozumiane jako opracowanie zwartych scenariuszy rozwoju w oparciu o wizję, nowe pomysły, obszary rynkowe i rozwój kompetencji organizacji (Penc 2001, s. 47). Najniżej oceniono przydatność opinii rady w działaniach kształtujących bezpośrednio sferę usług medycznych dla pacjenta tj. planowaniu nowych obszarów działalności medycznej (66% uznało że wpływ jest żaden i mały) oraz działań pro jakościowych (58% takich wskazań).

Tabela 2. Przydatność opinii rady społecznej w zarządzaniu szpitalem

Wyszczególnienie	Żadna	Mała	Przeciętna	Duża	Bardzo duża
Planowanie strategiczne	30%	26%	18%	20%	6%
Planowanie nowych obszarów działalności medycznej	38%	28%	14%	14%	6%
Nadzór ekonomiczny nad działalnością szpitala	12%	32%	30%	16%	10%
Nadzór organizacyjny nad działalnością szpitala	24%	28%	24%	16%	8%
Działania pro jakościowe w szpitalu	30%	28%	20%	18%	4%

Źródło: opracowanie własne.

Analiza uzyskanych odpowiedzi wskazuje, że osoby określające opiniotwórczą rolę rady dla organu założycielskiego jako dużą lub bardzo dużą, za najważniejszy obszar opiniotwórczy uznają nadzór ekonomiczny i organizacyjny. Jednocześnie osoby te wskazały, że przydatność opinii rady w zakresie planowania strategicznego jest żadna lub mała.

Blisko 42% ankietowanych, stwierdziło, że rada społeczna ma pozytywny wpływ na zarządzanie szpitalem. Wśród tej grupy, aż 93% ankietowanych uznało za bardzo przydatny element ocenę sytuacji ekonomicznej lecznicy. Natomiast wszystkie (100%) osoby oceniające neutralne bądź negatywnie wpływ rady społecznej zarządzanie szpitalem, uznały nadzór rady nad ekonomiczną działalnością szpitala za zupełnie nieprzydatny.

Wpływ opinii rady na zarządzanie szpitalem przedstawiono w tabeli 3. Najbardziej pozytywnie postrzegane są opinie na temat planu finanso-

wo-inwestycyjnego (65%) i rocznego sprawozdania z jego realizacji (65%). Jako najbardziej negatywne/obojętne dla procesu zarządzania zostało ocenione uprawnienie rady w zakresie opiniowania zmiany lub rozwiązania umowy o udzielenie publicznego zamówienia na świadczenia zdrowotne. Należy przyznać, w obszarze tym występują niejasności interpretacyjne, dotyczące zamiaru ustawodawcy. Czytając literalnie ten zapis, należałoby przyjąć zasadę, że rada społeczna w czasie obowiązywania *ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*, winna każdorazowo opiniować np. zmiany kontraktów (umów cywilno-prawnych) podpisywanych z podwykonawcami świadczeń zdrowotnych dla danego zoz-u – najczęściej z lekarzami. Biorąc pod uwagę, że w ostatnich latach umów tego typu jest bardzo dużo w związku z odchodzeniem od etatowej formy zatrudnienia – wydawanie takich opinii byłoby bardzo czasochłonne i mogłoby znacząco wydłużyć proces zatrudniania/zmian w zatrudnieniu personelu lekarskiego.

Tabela 3. Wpływ rady społecznej na zarządzanie zakładem poprzez opiniowanie

Wyszczególnienie	Negatywny	Obojętny	Pozytywny
Zmiany lub rozwiązanie umowy o udzielenie publicznego zamówienia na świadczenia zdrowotne	17%	52%	30%
Rocznego sprawozdania z realizacji planu finansowo-inwestycyjnego	22%	17%	61%
Przekształcenia, rozbudowy, rozszerzenia lub ograniczenia działalności	22%	13%	65%
Zakupu nowej aparatury medycznej	17%	22%	61%
Zbycia środka trwałego	17%	26%	57%
Kredytów bankowych	22%	17%	61%
Planu finansowo-inwestycyjnego	17%	17%	65%
Przyjęcia darowizny	17%	17%	65%
Podziału zysku	17%	22%	61%
Dotacji	17%	26%	57%

Źródło: opracowanie własne.

Interesująco przedstawiają się wyniki dotyczące tego, kto ma rolę inicjującą w sprawie wydawanie opinii. Aż 92% respondentów wskazało, iż to dyrekcja szpitala w głównej mierze inicjuje działalność opiniodawczą, przyznając jednocześnie, że wpływ dyrekcji na funkcjonowanie rady społecznej jest w 56% duży i bardzo duży. Natomiast 42% respondentów wskazało, że bezpośredni kontakt z radą społeczną, związany z jej rolą opiniodawczą prowadzi także organ założycielski. Posiedzenia rady organizowanej są zazwyczaj od 3 do 6 razy w roku, jedynie 20% ankietowanych podmiotów rady spotykają się częściej.

W ankiecie wymieniono typowe zakresy tematyczne uchwał rady społecznej, pytając, które z nich były podejmowane przez radę w zakładach kierowanych przez respondentów w okresie 12 miesięcy od prowadzenia badania (tabela 4). W żadnym przypadku nie uzyskano 100% odpowiedzi, co oznacza, że w badanej grupie szpitali, znalazły się jednostki, których rady społeczne nie podjęły uchwały w sprawie planu finansowo-inwestycyjnego. Zaledwie 52% podmiotów uzyskało opinie dotyczące analizy skarg pacjentów korzystających z usług szpitala, co potwierdza, że rada społeczna nie spełnia swojej społecznej roli organu nadzorującego działalność szpitala. Analiza skarg pacjentów winna być jednym z podstawowych obowiązków pracy rady społecznej, zważywszy na rosnącą świadomość pacjentów dotyczącą przysługujących im praw i zwiększającą się liczbę skarg. Nie należy też zapominać, o wprowadzonym nowym, uproszczonym modelu dochodzenia roszczeń pacjentów przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych⁵. Przed powyższymi komisjami, w krótkim postępowaniu bez orzekania o winie, będzie można ubiegać się o odszkodowanie i zadośćuczynienie w wysokości do 100 tys. zł w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, natomiast do 300 tys. w przypadku śmierci pacjenta. Wydaje się zatem, że rada społeczna powinna mieć dość szeroki zakres działań związany z analizą skarg pacjentów, a przynajmniej możliwość zapoznania się ze złożonymi skargami. Tymczasem ustawodawca ograniczył uprawnienia rady w analizie skarg i wnio-

⁵ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz.U.11.113.660.

sków o sprawy podlegające nadzorowi medycznemu, nie wyjaśniając przy tym, jak należy definiować „nadzór medyczny”. Spora część skarg dotyczy nie tylko błędu formalnego (związanego, m.in., z nieprzestrzeganiem praw pacjenta) czy organizacyjnego, ale także obejmuje błędy merytoryczne, czyli związane z działalnością kliniczną (tj. diagnostyką i terapią). Rada mogłaby podjąć się analizy tych skarg przy odpowiedniej ochronie informacji poufnych (np. poprzez anonimizację danych).

Tabela 4. Uchwały podejmowane przez radę społeczną w ciągu jednego roku

Wyszczególnienie	Procent
Opinia w sprawie planu finansowo-inwestycyjnego	92%
Opinia w sprawie zmian struktury organizacyjnej	82%
Opinia w sprawie przyjęcia darowizny/zbycia środka trwałego	76%
Opinia w sprawie realizacji planu finansowo-inwestycyjnego	68%
Opinia w sprawie aktualizacji planu finansowo-inwestycyjnego	64%
Opinia w sprawie podziału zysku/pokrycia straty	60%
Opinia w sprawie analizy skarg pacjentów korzystających z usług szpitala	52%
Opinia w zakresie zmiany lub rozwiązania umowy o udzielenie publicznego zamówienia na świadczenia zdrowotne	22%
Inne opinie i wnioski	26%

Źródło: opracowanie własne.

W zdecydowanej większości (84% przypadków), w analizowanym okresie pracy rady społecznej, nie wydała ona żadnej negatywnej opinii. Wśród podmiotów, w których doszło do wyrażenia opinii negatywnej dotyczyło to następujących kwestii:

- zatwierdzenia regulaminu porządkowego,
- zmian struktury organizacyjnej,
- opinii w sprawie planu finansowo-inwestycyjnego,
- opinii w sprawie sprawozdania z realizacji planu finansowo-inwestycyjnego,
- propozycji podziału zysku.

Blisko 90% ankietowanych, których rada wydała negatywną opinię, odwołało się od niej do własnego organu założycielskiego.

Pomimo, iż w ochronie zdrowia trudno mówić o konkurencji doskonałej (Begg i in. 2003, s. 223), w niektórych obszarach konkurencja ma miejsce. W przypadku publicznych jednostek nie chodzi o konkurowanie o pacjentów, lecz o kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Na tym tle, interesująco przedstawiają się składy rad społecznych. Aż 38% ankietowanych wskazało, że wśród członków rady, są pracownicy konkurencyjnych podmiotów medycznych, którzy w większości znajdują się tam z nadania organu założycielskiego (sic!). Co prawda podmioty medyczne danego organu założycielskiego nie powinny prowadzić pomiędzy sobą działalności konkurencyjnej, jednak praktyka wskazuje, że do takiej konkurencji dochodzi. Członkowie rady społecznej, mając dostęp do danych finansowych i planów strategicznych swoich konkurentów, mogą więc stanowić cenne źródło informacji dla macierzystych jednostek, rywalizujących o środki publiczne w tym samym zakresie działalności.

Odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące największych trudności organizacyjnych były dość zbliżone do siebie i nie wskazywały jednoznacznie na pojedynczy czynnik utrudniający znacząco współpracę z radą społeczną (tabela 5). Autorzy pracy pragną jednak jeszcze raz podkreślić, że analiza dotyczyła dobrze funkcjonujących podmiotów medycznych, których „pola konfliktów” czy problemy były minimalne. Mając powyższe na uwadze i analizując średnie ważone, można wskazać, że najwyższy wskaźnik uzyskała odpowiedź *brak pomocy w rozwiązywaniu kluczowych problemów zakładu opieki zdrowotnej* (1,96). Choć czynnik ten nie został wprost uznany za element o dużym znaczeniu, jednak to on sprawiał najwyższą trudność spośród czynników, o które pytano.

Ponad połowa ankietowanych przyznała, że rada nie spełnia zamierzonej przez ustawodawcę funkcji społecznej kontroli nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych (tabela 6). W grupie, która wyraziła taką opinię było 100% ankietowanych, którzy wcześniej stwierdziło, że rada społeczna ma negatywny wpływ na zarządzanie zakładem. Większość ankietowanych (60%) wskazała także, że rada społeczna może utrudniać proces podejmowania decyzji poprzez brak prawnej odpowiedzialności

jej członków za podejmowane decyzje. W tej grupie 74% ankietowanych uznało uprzednio, że rada nie ma realnego wpływu na zarządzanie podmiotem medycznym.

Tabela 5. Trudności związane z bieżącą działalnością rady społecznej
(0 – czynnik nieistotny, 5 – czynnik o dużym znaczeniu)

Wyszczególnienie	0	1	2	3	4	5
Problemy organizacyjne, np., zapewnienie kworum niezbędnego do podejmowania uchwał	36%	10%	12%	18%	10%	14%
Niedostateczne przygotowanie członków rady do posiedzeń	36%	18%	18%	12%	10%	6%
Reprezentowanie interesów politycznych członków rady	32%	12%	22%	14%	6%	14%
Brak istotnej inicjatywy opiniodawczej członków rady	34%	16%	16%	12%	10%	12%
Brak pomocy w rozwiązywaniu kluczowych problemów zakładu opieki zdrowotnej	36%	14%	10%	16%	6%	18%

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6. Opinie na temat rady społecznej

Wyszczególnienie	Nie zgadzam się	Nie mam zdania	Zgadzam się
Rada społeczna spełnia zamierzoną przez ustawodawcę rolę społecznej kontroli udzielania świadczeń zdrowotnych	54%	8%	38%
Rada społeczna wydłuża procedury podejmowania decyzji	30%	4%	66%
Rada społeczna, poprzez brak prawnej odpowiedzialności jej członków za podejmowane decyzje, może utrudniać proces zarządzania zakładem opieki zdrowotnej	34%	6%	60%
Członkowie rady społecznej posiadają odpowiednie kwalifikacje, pozwalające im pełnić swoją funkcję	54%	14%	32%

Źródło: opracowanie własne.

Ponad połowa ankietowanych negatywnie oceniła kwalifikacje członków rady do pełnienia powierzonych zadań. Analiza odpowiedzi dotyczących oceny kwalifikacji osób zasiadających w radzie wskazuje, iż brak kompetencji członków rad deklaruje 100% respondentów wskazujących na negatywny i 52% respondentów na pozytywny wpływ rady na zarządzanie zakładem.

Opinie ankietowanych nt. zmian umocowania rad społecznych były rozbieżne (tabela 7). Osoby dobrze oceniające funkcjonowanie rad wskazywały na konieczność prawnego wzmocnienia ich roli. Część ankietowanych była zdania, że rada społeczna powinna zostać zlikwidowana, a nadzór właścicielski zwiększony (co o tyle ciekawe, że menedżerowie większej kontroli nad swoimi poczynaniami), inni postulowali likwidację rady i pozostawienie obecnej struktury zarządzania. Zaledwie 14% oczekiwałoby pozostawienia kompetencji rad społecznych w obecnym kształcie.

Tabela 7. Proponowane kierunki zmian dotyczących umocowania rad społecznych

Wyszczególnienie	Procent
Należy wzmocnić prawnie rolę rady społecznej – jej uchwały powinny mieć moc wiążącą jak w radach nadzorczych	24%
Należy ograniczyć rolę rady społecznej i pozostawić jej ocenę dostępności usług, jakości świadczeń i przestrzegania praw pacjenta	16%
Należy zlikwidować rady społeczne i wzmocnić nadzór właścicielski	24%
Należy zlikwidować rady społeczne i pozostawić obecną strukturę zarządzania zakładem	22%
Uważam, że nie należy nic zmieniać w kształcie i uprawnieniach rady społecznej	14%

Źródło: opracowanie własne.

4. Interpretacja wyników

Jak wspomniano, choć odpowiedzi udzielały osoby będące ekspertami, to mogły one odnosić się sytuacji w której rada społeczna działa w warunkach lepszych niż przeciętne (wysoka jakość usług zakładu,

brak zadłużenia lub zadłużenie minimalne). Można więc uznać, że nie oceniano rady, jako takiej, tylko radę działającą w warunkach lepszych niż średnie.

Nie można także wykluczyć, że część ankietowanych obawiała się, czy udzielone przez nich odpowiedzi nie zostaną wykorzystane przeciwko nim samym. Ilustracją powyższego może być jedna z osób zaproszonych do udziału w badaniu, która swój w nim udział warunkowała uprzednią zgodą rady społecznej zakładu, którym kierowała (sic!).

Powyższe konstatacje dają podstawę do stwierdzenia, że wyniki uzyskane w badaniu mówiące o funkcjonowaniu rad i ich pozytywnym wpływie na zarządzanie zakładem powinny być „podzielone” przez pewien wskaźnik oddający tę nieco lepszą rzeczywistość, w której przychodzi funkcjonować ankietowanym, czy też pewne obawy, jakie mogli mieć ankietowani przy udzielaniu odpowiedzi.

5. Dyskusja i wnioski

Rady społeczne zostały zachowane przez ustawodawcę w obowiązującej obecnie *ustawie o działalności leczniczej* i muszą je tworzyć podmioty lecznicze nie będące przedsiębiorcami. Tak jak w przypadku ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, przyjęto, iż jest to organ inicjujący i opiniodawczy podmiotu tworzącego i doradczy kierownika podmiotu. Natomiast podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami zostały zwolnione z obowiązku posiadania rady społecznej i w sytuacji, kiedy wymaga tego kodeks spółek handlowych, powołuje się w nich rady nadzorcze.

Forma dawnego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (dzisiejszy „podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą”) oraz niekomercyjny cel utworzenia i działania takiego podmiotu powinny być dostosowane dla realizacji zadań publicznych w ochronie zdrowia. Sąd Najwyższy (III CZP 11/05) stwierdził, że motywem działalności sp zoz-u nie jest osiągnięcie zysku, lecz zaspokajanie potrzeb ludności w dziedzinie zdrowia (Kubot 2010, s. 15–35). Za zasadne można więc uznać działanie stałego organu doradczego, który będzie wspomagać realizację zadań statutowych przypisanych takiemu podmiotowi. Powstaje jednak pyta-

nie o sens istnienia rady społecznej w obecnym kształcie, której wpływ na zarządzanie jest tak mocno ograniczony.

Mając na względzie wyniki ankiety, analizę literatury, a także doświadczenia w pracy doradczej w ochronie zdrowia, autorzy niniejszej pracy pragną podnieść następujące kwestie:

- a) Podmioty lecznicze nie będące przedsiębiorcami, nie działając dla zysku, borykają się z problemami zarządczymi takimi jak inne tego organizacje non-profit – mają odmienne uwarunkowania działania wyższego szczebla zarządzania, muszą liczyć się z wpływami politycznymi i nie mają odpowiedniej tradycji kontroli zarządczej (Anthony, Young 1998, s. 54–74).
- b) Większość opinii rady społecznej ma małe znaczenie dla praktyki zarządczej podmiotów leczniczych. Rzeczywista władza znajduje się w rękach organu założycielskiego (właścicielskiego) i w razie problemów w zarządzaniu dyrekcja zakładu zwraca się właśnie do tego organu, nie do rady społecznej (Kautsch 2010, s. 84).
- c) Ankietowani nie wskazywali na problemy we współpracy z radami, jednak czynnikiem, który uznali za najistotniejszy (wśród tych, o które pytano w ankiecie) było to, że rada nie pomaga w rozwiązywaniu kluczowych problemów organizacji.
- d) Nadzór rad nad finansami podmiotów leczniczych może mieć znaczenie zarówno dla organu założycielskiego, jak i podmiotu leczniczego. Skuteczność działań rady wymaga jednak stosownych kompetencji jej członków, których członkowie ci zazwyczaj nie mają, czego dowodzą przytaczane opinie, analiza literatury przedmiotu, a także opinie samych respondentów. Połowa ankietowanych osób, które uważają, że rady mają pozytywny na zarządzanie zakładem stwierdza jednocześnie, że jej członkowie nie mają odpowiednich kompetencji.
- e) Działalność rady społecznej powinna dotyczyć takich obszarów jak monitoring jakości świadczonych usług medycznych, a w tym obszarze aktywność rad jest minimalna. Na przeszkodzie stoi (także i tym razem) brak kompetencji (niemożność oceny jakości działań klinicznych) większości jej członków. Nie sposób jednak wytłumaczyć, czemu rada nie zajmuje się np. oceną wyników satysfakcji pacjentów,

które zakłady mogłyby wykonywać. Ankietowanie pacjentów nie jest obowiązkiem ustawowym, świadczy natomiast o stosunku zakładu do pacjenta. Brak zainteresowania rady tą kwestią czy też brak działań w tej sferze może także świadczyć o stosunku rady do pacjenta. Być może członkowie rad nie mają pojęcia, że takie badania mogą (i powinny) być wykonywane, co byłoby kolejnym świadectwem poziomu kompetencji członków rady do sprawowania społecznej kontroli nad jakością świadczeń.

Autorzy chcieli odpowiedzieć na pytanie, jak działają rady społeczne. Podsumowując uzyskane wyniki można jednak skonstatować, odpowiedzi na pytanie, jak działają rady, kiedy zakład nie ma poważnych problemów. I przy takich komfortowych warunkach brzegowych rady może nie szkodzić, ale też i nie pomagają. Można więc stwierdzić, że podstawowa w medycynie zasada: *primum non nocere*, została zachowana. Tylko czy taka jest intencja ustawodawcy i czy ciała te sprawdzą się w warunkach zaostrzającej się konkurencji? Po co utrzymywać radę mającą wydawać opinie, skoro opinie te nie są wiążące, a i tak to dyrekcja inicjuje działalność opiniodawczą? W opinii dyrektorów ponadprzeciętnych szpitali działalność rady wypada blado, czy nijako. Należałoby więc zadać pytanie, jak wyglądają opinie tych, których zakłady mają problemy, które trzeba rozwiązać, a osoby zasiadające w radzie nie mają żadnych kompetencji by te problemy pomóc rozwiązywać?

Obecne warunki, w jakich działa zakład i skład rady społecznej, nie zapewniają skutecznych mechanizmów regulujących proces zarządzania. Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazują, że działalność rady wydłuża proces decyzyjny i może utrudniać zarządzanie zakładem (zaledwie ok. 1/3 ankietowanych nie zgodziło się z tą opinią). Czy była to intencja ustawodawcy, czy też nie dostrzeżono realiów, w jakim przyszło funkcjonować podmiotom leczniczym? Postulatem *de lege ferenda* powinno być zatem – uznając, iż opieka zdrowotna jest zadaniem państwa – określenie adekwatnego zakresu obowiązków i uprawnień rady społecznej, wraz z przypisaniem odpowiedzialności wynikającej z podejmowanych przez nią decyzji. A członkowie rad powinni posiadać bazywe choćby kompetencje w zarządzaniu ochroną zdrowia.

Literatura

- Anthony R.N., Young D.W. (1998), *Management Control in Nonprofit Organizations*, IRWIN, Homewood, Illinois.
- Begg D., Fischer S., Dornbusch R. (2003), *Mikroekonomia*, PWE, Warszawa.
- Bogacz-Miętka O. (2011), *Kompendium wiedzy o nadzorze i kontroli nad przedsiębiorstwem*, CeDeWu, Warszawa.
- Davis, J.H., Schoorman, F.D., & Donaldson, L. (1997), *Toward a stewardship theory of management*, "Academy of Management Review", vol. 22 (1).
- Dercz M., Rek T. (2007), *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Wolters Kluwer.
- Jeżak J. (2010), *Ład korporacyjny. Doświadczenia światowe oraz kierunki rozwoju*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.
- Kautsch M. (2010), *Specyfika zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, w: Kautsch M. (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer Polska – Oficyna, Warszawa.
- Kubot Z. (2010), *Status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej a komercyjne usługi medyczne*, Prawo i Medycyna, nr 39.
- Lis K., Stereniczuk H. (2005), *Nadzór korporacyjny*, Oficyna Ekonomiczna.
- Ministerstwo Skarbu Państwa (2005), *Wytyczne OECD dotyczące nadzoru korporacyjnego w przedsiębiorstwie publicznym*, Warszawa.
- Penc J. (2001), *Strategiczny system zarządzania. Holistyczne myślenie o przyszłości. Formułowanie misji i strategii*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa.
- Pietrusińska E., Pietrusiński R. (2011), *Publiczny i niepubliczny sektor opieki zdrowotnej w Polsce w ujęciu ekonomicznym – zasoby, efektywność, zarządzanie*, w: Ryć K, Sobczak A. (red), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna*, Wolters Kluwer Polska – Oficyna, Warszawa.