

Marcin Kautsch

## Nadzór właścicielski powiatów nad podmiotami leczniczymi

W niniejszym artykule opisano wyniki badania dotyczącego nadzoru sprawowanego przez powiaty nad podległymi im podmiotami leczniczymi (szpitalami). Działania, jakie w tym zakresie podejmują powiaty, można uznać za niewystarczające. Mimo deklaracji dotyczących rozbudowanych struktur administracyjnych odpowiedzialnych za nadzór nie mają one wiedzy nie tylko na temat procesów zarządczych stosowanych w podległych im podmiotach, ale i stanu ich finansów. To, co powiaty nazywają nadzorem, polega w dużym stopniu na kontroli – wyrywkowej i formalnej. Luka informacyjna między nadzorującym a nadzorowanym jest na tyle duża, że istotnie wpływa na możliwość sprawowania przez powiaty nadzoru nad podległymi im podmiotami.

Słowa kluczowe: szpitale, nadzór właścicielski, samorząd terytorialny

### Wstęp

Ochrona zdrowia należy do dziedzin niezwykle krytycznie ocenianych przez społeczeństwo, a odsetek osób niezadowolonych z jej funkcjonowania wzrasta (PAP 2016). Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (sp zoz), mimo pewnego spadku w ostatnich latach, nadal utrzymuje się na stosunkowo wysokim poziomie (Ministerstwo Zdrowia 2016), chociaż część szpitali (bo ich w największym stopniu dotyczy problem zadłużenia) dobrze sobie radzi w systemie ochrony zdrowia (Magellan 2014). Na zadłużenie wpływa szereg czynników, aczkolwiek za najistotniejszy uznawane jest zarządzanie (Malinowska-Misiąg, Misiąg, Tomalak 2008). Szpitale powiatowe na tle innych radzą sobie nie najlepiej. Mają problemy z pozyskaniem kadry (Izdebska 2013; Lipiec 2013), co wpływa na możliwość świadczenia usług lepiej wycenianych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), dynamika ich przychodów jest stosunkowo niska, a te

podległe miastom na prawach powiatu odnotowują wysoki przyrost kosztów (Magellan 2015). Powyższa sytuacja powinna wymusić wzmoczony nadzór nad ww. podmiotami – nie tylko kontrolę, ale i władczą interwencję w ich działalność (Chmielnicki 2003); w tym celu władze powiatu muszą dysponować odpowiednimi strukturami i narzędziami. Wspomniane niezadowolenie i zadłużenie rodzi pytanie o jakość nadzoru: co nadzorujący wiedzą o podległych podmiotach, jakie tworzą w tym celu systemy monitorowania, kto odpowiada za te procesy. Odpowiedź na nie jest niezbędna, by rzetelnie wypełniać obowiązki związane z nadzorem, eliminować zdarzenia niepożądane, poprawiać efektywność działania i zarządzania, czyli skutecznie wykorzystywać prawa właścicielskie (Bąk 2013).

Zasadniczo zgodnie z zapisami ustawy o działalności leczniczej<sup>1</sup> podmiot leczniczy może być prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub spółki kapitałowej. Zmiana sposobu prowadzenia dawnego Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą sprawia, że trudno jest precyzyjnie określić, ile powiatów jest podmiotami tworzącymi lub właścicielami ww. podmiotów leczniczych. Można na-

---

Marcin Kautsch  
Instytut Zdrowia Publicznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum  
ul. Grzegorzewska 20  
31-531 Kraków  
e-mail: mxkautsc@wp.pl

---

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654.

tomiast stwierdzić, że w 2015 roku w Polsce były 254 podmioty lecznicze działające w formie sp zoz lub spółki kapitałowej, które podlegały samorządowi stopnia powiatowego (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą 2015). Powiaty mogą mieć więcej niż jeden podmiot leczniczy. Biorąc pod uwagę, że od roku 2015 nie nastąpiły w tym zakresie znaczące zmiany, można więc przyjąć, że w Polsce ponad 200 jednostek powiatowych (w tym miast na prawach powiatu) prowadzi nadzór nad podmiotami leczniczymi.

Nie ma jednego wzorca nadzoru nad szpitalami. Można jednak wskazać na główne zadania nadzoru właścicielskiego, tj. ochronę interesów właścicieli, minimalizację ryzyka oraz zapewnianie odpowiednich zwrotów z inwestycji (Ministerstwo Skarbu Państwa 2005), co w przypadku ochrony zdrowia można interpretować jako efektywne funkcjonowanie podległego podmiotu leczniczego. W tym celu niezbędne są drożne systemy zbierania informacji – dające wgląd w stan podległego podmiotu.

Celem niniejszego artykułu jest prezentacja wniosków płynących z badań dotyczących struktur i narzędzi nadzoru stosowanych przez powiaty biorące udział w programie „Innowacyjna i sprawna administracja” opisanym poniżej (w świetle odwołania się do teorii agencji), a przede wszystkim wskazanie na kwestię luki informacyjnej, jaka powstaje między jednostką sprawującą nadzór a podmiotem jej podległym.

## Metoda

Przy opracowaniu niniejszego artykułu posłużono się przeglądem dostępnej literatury, przeanalizowano także akty prawne regulujące nadzór nad podmiotami leczniczymi. Oparto się też na pracach, jakie autor wykonał na zlecenie Związku Powiatów Polskich (ZPP) w ramach projektu „Innowacyjna i sprawna administracja źródłem sukcesu w gospodarce opartej na wiedzy”<sup>2</sup>, realizowanego przez tę organizację.

<sup>2</sup> Projekt „Innowacyjna i sprawna administracja źródłem sukcesu w gospodarce opartej na wiedzy” współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Priorytetu V. Dobre rządzenie Działania 5.2. Wzmocnienie potencjału administracji sa-

W ramach ww. zlecenia podjęto prace, których celem było wdrożenie instrumentów nadzoru nad podmiotami leczniczymi (szpitalami).

Do udziału w projekcie zgłosiło się 12 jednostek samorządu terytorialnego, w tym gmina wiejska, która nie jest organem tworzącym żadnego podmiotu leczniczego, w związku z czym nie prowadzi nad nim nadzoru – podobnie jak dwa inne powiaty, uczestnicy projektu.

Zgodnie z założeniami projektu, w początkowym jego etapie (I/II kw. 2013) do jednostek wysłano uzgodnioną ze zleceniodawcą ankietę (składającą się z pytań zamkniętych i otwartych); za jej pomocą miano określić, jak realizowany jest nadzór nad podmiotami leczniczymi, dla których organem tworzącym lub właścicielem są ww. jednostki. Pytania dotyczyły poziomu wiedzy jednostek samorządu terytorialnego (JST) na temat funkcjonowania podległych im podmiotów, tego, jak przedstawiają się w ww. jednostkach struktury nadzoru, kto pełni tę funkcję i jakie narzędzia nadzoru są stosowane.

Na ankietę nie odpowiedział jeden powiat. Dlatego też w dalszej części przedstawiono wyniki dla tych jednostek, które prowadzą nadzór nad podmiotami leczniczymi i które udzieliły odpowiedzi (8 jednostek).

Odpowiedzi otrzymywano ze sporym opóźnieniem, stosunkowo wiele jednostek pominęło niektóre pytania, część odpowiedzi nie odnosiła się do zadanych pytań.

Stosunkowo mała próba szpitali, jakie wzięły udział we wspomnianym projekcie, skłaniałaby do traktowania badań jako studium przypadku (przypadków). Jednocześnie, uwzględniając zaprezentowane poniżej wnioski płynące z analizy literatury, które potwierdzają tezy stawiane w artykule, można stwierdzić, że wyniki uzyskane przez autora mogą oddawać skalę problemu dotyczącego nadzoru właścicielskiego nad szpitalami w Polsce. Powyższy wniosek powinien stać się przedmiotem dalszych badań, które mogłyby w pełni zweryfikować omawiane tu wyniki.

morządowej Poddziałania 5.2.1 Modernizacja zarządzania w administracji samorządowej Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

## Definicja i prawne ramy nadzoru

Literatura na temat nadzoru odwołuje się do teorii agencji (Aluchna 2014; Koziół 2008; Wojtyła 2005). Wskazuje się na to, że właściciel nie ma możliwości codziennego śledzenia działań zarządzających, w wyniku czego pojawia się asymetria informacji (luka informacyjna) między zarządzającymi a pryncypałami (Jensen, Meckling 1976). Powoduje to konieczność ochrony interesu właścicieli dzięki odpowiedniemu systemowi monitorowania realizacji celów i zadań jednostki nadzorowanej (Szostak 2010), do czego niezbędny jest sprawny system przekazywania informacji organowi nadzorującemu.

Zasady te powinny być stosowane także w przypadku jednostek publicznych, tam, gdzie występuje wspomniany brak możliwości śledzenia działań zarządzających kierownictwa ww. jednostek. Zasady te można opracować np. na podstawie wytycznych OECD (Ministerstwo Skarbu Państwa 2005), czy też tych obowiązujących w odniesieniu do spółek, w których skarbu państwa ma swój udział (Ministerstwo Skarbu Państwa 2013). W związku z brakiem wzorców dotyczących nadzoru nad podmiotami podległymi samorządowi terytorialnemu wskazuje się, że JST powinny stosować wzmiankowane zasady wobec ww. podmiotów oraz zatrudniać do nadzoru profesjonalnych urzędników (Portal Samorządowy 2015).

Kwestie dotyczące kontroli i nadzoru nad podmiotami leczniczymi zawiera przywoływana ustawa o działalności leczniczej. Przepisy regulujące nadzór sprowadzają się do jednego artykułu (121) mówiącego, kto ma go sprawować (podmiot tworzący) i co ma być przedmiotem nadzoru (zgodność działań podmiotu z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym), czego podmiot tworzący może żądać (informacji, wyjaśnień oraz dokumentów) i co kontrolować (działalność podmiotu podległego) oraz co zrobić w wypadku stwierdzenia niezgodnych z prawem działań kierownika (wstrzymać ich wykonanie oraz zobowiązać kierownika do ich zmiany lub cofnięcia). Pozostałe zapisy w omawianym artykule oraz dalszych dotyczą wyłącznie kontroli.

Wspomniana ustawa istotnie zmieniła regulacje w omawianym zakresie. Na jej podstawie (w 2012 roku) wydano rozporządzenie w sprawie

sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych<sup>3</sup>, które faktycznie mówi tylko o kontroli. Wcześniej obowiązywało natomiast rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad sp zoz<sup>4</sup>, w którym – choć niezbyt szczegółowo – opisano nadzór. Powyższe wskazuje na zawężenie pojęcia nadzoru i brak aktu wykonawczego do ww. ustawy *explicite* odwołującego się do tego, jak nadzór ma wyglądać (przy szczegółowym opisie kontroli). Rabej stwierdza, że w rozporządzeniu z 2012 roku posłużono się podobnie ogólnymi pojęciami jak w ustawie o finansach publicznych. Zdaniem przywoływanej autorki przysparza to podmiotom sprawującym nadzór poważnych problemów ze sformułowaniem wniosków dotyczących celowości i rzetelności wydatkowania środków publicznych (Rabej 2013). Jest to o tyle istotne, że zapisy w ustawie o działalności leczniczej nakładają na podmiot tworzący dużo poważniejsze obciążenia związane z powstaniem ujemnego wyniku finansowego podległego zakładu opieki zdrowotnej, niż było to przyjęte wcześniej.

Rozwiązania dotyczące nadzoru nad jednostkami przekształconymi można znaleźć w Kodeksie spółek handlowych (k.s.h.)<sup>5</sup>. W związku z różnymi typami spółek są one opisane w różnych rozdziałach ww. aktu prawnego, wskazując radę nadzorczą jako organ sprawujący nadzór nad działalnością spółki.

Analiza literatury wyraźnie wskazuje, że nadzór właścicielski zdecydowanie wykracza poza ramy zarysowane powyżej. Nadzór to nie tylko kontrola, ale i możliwość „władczego oddziaływania” na podległy podmiot. Musi on też, poza egzekwowaniem praw własnościowych (czyli głównie dotyczących sytuacji ekonomicznej), uwzględniać relacje, jakie organizacja buduje z innymi interesariuszami, np. pracownikami, dostawcami, klien-

<sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, Dz.U. poz. 1509.

<sup>4</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego, Dz.U. Nr 94, poz. 1097 z późn. zm.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2000 r. Nr 94, poz. 1037).

tami, związkami zawodowymi (Lis, Sterniczuk 2005). Nadzór ma tworzyć zbiór zasad, które powinny zapewniać kształtowanie przejrzystych relacji i podziału obowiązków pomiędzy organami spółki (Białkowski 2011) czy – jak w przypadku omawianych jednostek – także sp zoz.

Nie sposób określić, ile osób faktycznie zajmuje się nadzorem nad podmiotami leczniczymi, i to w sposób systematyczny, co byłoby wymagane. Prowadzenie nadzoru nad szpitalami wymaga zatrudnienia co najmniej dwóch–trzech specjalistów wysokiej klasy oddelegowanych wyłącznie do ww. czynności (Wójtowicz 2012), na co powiaty nie mogą sobie pozwolić wobec rosnącej liczby zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego bez zapewnienia odpowiednich środków na ich realizację (Wojciechowski i in. 2014). W odniesieniu do ochrony zdrowia obecną sytuację dobrze ilustruje cytat odnoszący się do możliwości JST: „Nader skromne w stosunku do zakresu odpowiedzialności są instrumenty prowadzenia polityki zdrowotnej” (Bober i in. 2013).

Słabość nadzoru właścicielskiego w ochronie zdrowia celnie określił Klich (2015), podając (m.in.) następujące przykłady dysfunkcji:

- „błędna polityka kadrowa w obsadzaniu stanowisk kierowniczych w zakładach: brak stosownych kompetencji menedżerskich u osób kierujących zakładami;
- brak skutecznych bodźców dla kierowników sp zoz-ów (odejście od kontraktów menedżerskich);
- brak staranności i planów kontroli sp zoz-ów;
- brak dostatecznie precyzyjnych narzędzi pozyskiwania informacji medycznych i ekonomicznych z samodzielnych zakładów”.

Autor ten stwierdza też, że relacje: podmiot tworzący – sp zoz mierzone zakresem i skutecznością kontroli należy uznać za niepoprawne.

Ogólną krytykę jakości nadzoru sprawowanego przez organy samorządu terytorialnego można znaleźć w różnych źródłach (Barwacz 2012; Modzelewski 2009; Gabrys i in. 2012; Najwyższa Izba Kontroli 2013a). Odwołując się do powyższych stwierdzeń, a także mając na uwadze wyniki badania przedstawione w dalszej części artykułu, warto przytoczyć opinię Najwyższej Izby Kontroli na temat niedostatecznego nadzoru nad spółkami komunalnymi (Najwyższa Izba Kontroli 2013b).

Mówi ona, że: „Gminy nie opracowały spójnej i kompleksowej polityki właścicielskiej w stosunku do spółek, w których posiadały udziały, oraz przejrzystych zasad nadzoru”, co skutkuje stratami w ww. spółkach. Oczywiście, zysk nie jest podstawowym celem ich działalności (tak jak w przypadku szpitali publicznych), jednak powinny się one bilansować. Większość badanych przez NIK miast „nie posiadała nawet stosownych komórek organizacyjnych do sprawowania nadzoru właścicielskiego. Nie określono również zasad współpracy z organami tych spółek. Niektóre z miast w ogóle nie wiedziały, co dzieje się w podległych im podmiotach”. NIK podkreśla, że samorzady te „nie określiły stojących przed spółkami celów społecznych i ekonomicznych (...) ani strategii, w jakim zakresie zaangażują się kapitałowo w spółkę. W efekcie nadzór właścicielski sprowadzał się często do czynności czysto formalnych – powoływania i odwoływania członków organów spółek oraz zatwierdzania rocznych sprawozdań z ich działalności. Gminy nie reagowały też dostatecznie szybko na ujemne wyniki finansowe spółek”.

Podobnie krytyczne opinie dotyczące nadzoru nad spółkami komunalnymi formułuje Wojciechowski, wskazując na jego nieefektywność, słabość, niespójność i formalny charakter, a zatem prowadzenie go tylko z perspektywy legalności (Portal Samorządowy 2015).

## Wyniki badania

W tabelach poniżej zaprezentowano wyniki badania opisanego w części metodologicznej. Przedstawiono odpowiedzi badanych jednostek zgodnie z tym, jak zostały udzielone, choć ich część może sugerować nieznaną osobę przez osoby wypełniające ankietę. Powiaty zostały oznaczone cyframi rzymskimi. Jak wspomniano, część ankiet zawierała braki. Jeżeli powiaty nie udzieliły odpowiedzi na dane pytanie, wówczas ich nie uwzględniano. Natomiast wliczano te jednostki przy określaniu odsetka wszystkich odpowiedzi<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Jak wspomniano w części metodologicznej, próba powiatów, które wzięły udział w opisywanym projekcie, była stosunkowo mało liczna. Powyższe skłaniałoby do

Tabela 1. Zadania z zakresu ochrony zdrowia realizowane przez badane powiaty

| Zadanie  | Powiaty |    |     |    |   |    |     |      | Suma | Odsetek (%) |
|--|---------|----|-----|----|---|----|-----|------|------|-------------|
|  | I       | II | III | IV | V | VI | VII | VIII |      |             |
| Powiat jako właściciel   | X       | X  | X   | X  | X | X  | X   | X    | 8    | 100         |
| Określanie priorytetów w zakresie lokalnej polityki zdrowotnej     | X       |    |     | X  | X | X  |     | X    | 5    | 63          |
| Zadania z zakresu ochrony i promocji zdrowia                       | X       | X  | X   | X  | X | X  | X   | X    | 8    | 100         |
| Oddziaływanie na inne czynniki zdrowotności i zdrowie środowiskowe | X       |    |     |    |   |    | X   |      | 2    | 25          |
| Wpływ na działalność instytucji ubezpieczeń zdrowotnych (NFZ)      |         |    |     |    |   |    |     |      | 0    | 0           |
| Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych                | X       |    |     | X  |   |    | X   |      | 3    | 38          |
| Usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi             | X       |    | X   |    |   |    | X   |      | 3    | 38          |
| Zadania związane z rehabilitacją zawodową osób niepełnosprawnych   | X       |    | X   | X  | X | X  | X   |      | 6    | 75          |
| Inne   |         |    |     |    |   |    |     |      | 0    | 0           |

Źródło: opracowanie własne.

Na początku badania starano się ustalić, jakie zadania z zakresu ochrony zdrowia realizowane są przez badane powiaty. W tabeli 1 przedstawiono wyniki odpowiedzi na to pytanie.

Powiat I zadeklarował, że nie jest właścicielem żadnego podmiotu prowadzącego działalność leczniczą. Argumentował to tym, że dokonał „przekształcenia samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej (sp zoz) w spółkę prawa handlowego ze 100% udziałem powiatu. Spółka ta działa na podstawie przepisów k.s.h. Nadzór sprawowany jest przez Radę Nadzorczą i jedynego wspólnika

traktowania badań bardziej jako studium przypadku (przypadków). Jednocześnie zgodność uzyskanych wyników z wnioskami płynącymi z analizy literatury przedmiotu zaprezentowanymi w niniejszym artykule pozwala na pewne – ostrożne – uogólnienia. Mając świadomość powyższych ograniczeń, zdecydowano się na podawanie wyników uzyskanych przez poszczególne powiaty także z uwzględnieniem wartości procentowych. Powyższe wartości należy jednak traktować jako ilustrację wyników badania (co zostało podkreślone w tytułach tabel), które powinny zostać zweryfikowane w dalszych analizach.

na podstawie artykułu 212 k.s.h. Powiat jest współnikiem zoz, a nie podmiotem tworzącym w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, stąd też nie przysługują mu uprawnienia nadzorcze wskazane w tych przepisach i objęte ankietą”. Mimo udzielenia tej odpowiedzi uznano, że powiat jest właścicielem podmiotu prowadzącego działalność leczniczą, i umieszczono taką odpowiedź w tabeli 1, co jest tym bardziej uzasadnione, że powiat I, odpowiadając na dalsze pytania, potwierdził sprawowanie nadzoru. Uwzględniając powyższe, można stwierdzić, że wszystkie powiaty zadeklarowały, iż są podmiotami tworzącymi lub właścicielami podmiotów leczniczych, 75% realizuje zadania związane z rehabilitacją zawodową osób niepełnosprawnych, 25% prowadzi oddziaływanie na inne czynniki zdrowotności i zdrowie środowiskowe, a żaden nie stara się wpływać na działalność Narodowego Funduszu Zdrowia.

Aby zrozumieć, jak kwestie ochrony zdrowia wpisane są w długofalowe działania badanych

powiatów, zapytano o posiadanie przez nie strategii dotyczącej ochrony zdrowia, wyznaczenie w niej celów oraz założenie zasileń finansowych, wspierających realizację tych celów (tabela 2).

63% badanych zadeklarowało, że posiada dokument o charakterze strategicznym dotyczący ochrony zdrowia, 50% wyznaczyło cele w ww. dokumencie, 38% oświadczyło, że opracowało plan

finansowy realizacji ww. celów, a 25% określiło cele w sposób mierzalny. Analiza dokumentów strategicznych (tych powiatów, które je udostępniły) pokazuje, że są one bardzo ogólnikowe, treści w nich zawarte można określić mianem myślenia życzeniowego, brakuje też potwierdzenia deklarowanego wsparcia finansowego zaplanowanych celów.

Tabela 2. Strategie i cele dotyczące ochrony zdrowia w badanych powiatach

|  | Powiaty |    |   |    |     | Suma | Odsetek (%) |
|--|---------|----|---|----|-----|------|-------------|
|  | II      | IV | V | VI | VII |      |             |
| Czy jednostka ma dokument strategiczny dotyczący ochrony zdrowia?  | X       | X  | X | X  | X   | 5    | 63          |
| Czy dokument ten zawiera wyznaczone cele długoterminowe (powyżej 3 lat)?   | X       |    | X | X  | X   | 4    | 50          |
| Czy dokument ten zawiera wyznaczone cele krótkoterminowe (poniżej 3 lat)?  | X       |    | X | X  | X   | 4    | 50          |
| O ile wyznaczono cele, wskazane powyżej, to czy dokument ten zawiera plan finansowy niezbędny do realizacji ww. celów? |         |    | X | X  | X   | 3    | 38          |
| Czy cele (krótko- bądź długoterminowe) są określone w sposób mierzalny poprzez wskaźniki i mierniki?                   | X       |    |   | X  |     | 2    | 25          |

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Komórki/stanowiska/osoby/organy, w których kompetencjach mieszczą się zadania z zakresu nadzoru nad podmiotami leczniczymi w badanych powiatach

| Powiat | Komórki/stanowiska/osoby/organy, w których kompetencjach mieszczą się zadania z zakresu nadzoru nad podmiotami leczniczymi |
|--------|--|
| I      | 1 wydział  |
| II     | 3 wydziały, zarząd powiatu, rada powiatu   |
| III    | 1 wydział, stanowisko podległe staroście   |
| IV     | 1 wydział  |
| V      | 1 wydział, etatowy członek zarządu   |
| VI     | 1 wydział  |
| VII    | stanowisko podległe skarbnikowi  |

Źródło: opracowanie własne.

Funkcje nadzorcze nad podległymi podmiotami wykonywane za pośrednictwem starostwa powiatowego sprawuje zarząd powiatu (przez stosowny wydział), natomiast w spółkach – rada nadzorcza. Odpowiedzi, których jednostki udzieliły na pytanie dotyczące tego, kto sprawuje nadzór w badanych powiatach, przedstawiono w tabeli 3.

Udzielone odpowiedzi wskazują, że zazwyczaj nadzór nad podmiotami leczniczymi sprawuje wybrany wydział. Jeden z powiatów (II) zadeklarował, że zajmują się tym trzy wydziały, a także zarząd powiatu i rada powiatu. W przypadku powiatu VII zadanie to leży w kompetencjach samodzielnego stanowiska, które podlega skarbnikowi powiatu. Tylko w jednym przypadku funkcję tę sprawuje wydział, którego sama nazwa (choć nazwa nie przesądza o zakresie działania) – Nadzoru Właścicielskiego i Zdrowia –

wskazuje na to, iż został powołany do nadzoru nad sprawami związanymi z ochroną zdrowia. Za kuriozalne należy uznać, że działa on w powiecie I, który zadeklarował, że nie prowadzi nadzoru nad żadnym podmiotem leczniczym. W większości pozostałych wydziałów nadzorujące podmioty lecznicze mają bardzo szeroki zakres działań. Natomiast w przypadku powiatu II można mówić o „nadmiarze szczęścia” – nadzór leży w kompetencjach bardzo wielu komórek, co budzi wątpliwości dotyczące możliwości i racjonalności jego sprawowania w ten sposób.

Omówiona powyżej kwestia powiązana jest z odpowiedzialnością za prowadzenie nadzoru. W tym przypadku większość jednostek wskazała pojedynczą osobę (najczęściej starostę). Jednak i tym razem pojawiły się powiaty (I i III), w których rozproszono odpowiedzialność za nadzór i wymieniano kilka osób/komórek/institucji, co pokazano w tabeli 4.

Rozproszenie odpowiedzialności może prowadzić do jej rozmycia. W tej sytuacji obawy muszą budzić deklaracje, że kilka komórek/osób jest odpowiedzialnych za nadzór. W wypełnionej przez powiat I ankiecie pojawiły się braki w danych, błędne dane, a powiat ten zadeklarował, że nie ma dokumentu strategicznego dotyczącego ochrony zdrowia. Identycznie wygląda sytuacja w przypadku powiatu III, dodatkowo jeden z podległych mu podmiotów prowadzących

działalność leczniczą zbilansował się dopiero w roku 2012, drugi miał ujemny wynik finansowy w trzech latach poprzedzających badanie, który był także planowany na rok 2013. Dane finansowe<sup>7</sup> dotyczące podmiotów podległych dwóm wspomnianym powiatom nie różnią się znacząco od tych, które opisywały sytuację pozostałych. Wielość osób/komórek odpowiedzialnych za nadzór nie sprawiła więc, że nadzorowane podmioty uzyskiwały lepsze wyniki od tych, za których nadzór odpowiadały pojedyncze osoby/komórki. Oczywiście, wobec tak małej próby nie sposób wyciągać jednoznacznych wniosków, jednak uzyskane wyniki mogą stanowić interesujący punkt wyjścia do dalszych badań.

Powiaty zostały też poproszone o podanie informacji na temat działań związanych z inwestycjami prowadzonymi przez podległe podmioty lecznicze oraz stosowanych kryteriów doboru kadry w ww. podmiotach. W tabelach poniżej zamieszczono i omówiono odpowiedzi udzielone przez powiaty.

Analiza treści udzielonych odpowiedzi wskazuje na sprawowanie przez większość powiatów nadzoru nad omawianą dziedziną do kwestii informowania jednostki nadrzędnej i kontroli, a jednostka II ujawniła, że (*de facto*) takich działań w ogóle nie prowadzi. Poza powiatami I i VII nie wskazano w zasadzie na żadne działania analityczne towarzyszące inwestycjom ani wytyczne formułowane przez organ właścicielski w tym zakresie.

W omawianym pytaniu powiaty odwołały się do obowiązujących przepisów (ustawa o działalności leczniczej), które regulują sposób powoływania osób na stanowiska kierownicze, nie przedstawiły jednak kryteriów, jakimi kierują się przy tym doborze, mimo że o nie pytano.

Chcąc zweryfikować wiedzę badanych powiatów nt. nadzorowanych podmiotów, poproszono o wskazanie/wymienienie narzędzi zarządczych, jakimi posługują się podległe im podmioty. Wyniki przedstawiono w tabelach poniżej.

Większość powiatów nie odpowiedziała na to pytanie. Z tych, które to zrobiły, tylko VI udzielił odpowiedzi w sposób pokazujący, że ma

Tabela 4. Osoba/komórka odpowiedzialna za prowadzenie nadzoru w badanych powiatach

| Powiat | Osoba/komórka odpowiedzialna za prowadzenie nadzoru  |
|--------|--|
| I      | rada nadzorcza spółki, prezydent miasta, pierwszy zastępca prezydenta miasta, naczelnik wydziału |
| II     | starosta   |
| III    | naczelnik wydziału, samodzielny referent, inspektor, stanowisko ds. kontroli                     |
| IV     | wicestarosta   |
| V      | etatowy członek zarządu  |
| VI     | starosta   |
| VII    | starosta   |

Źródło: opracowanie własne.

<sup>7</sup> Z uwagi na brak miejsca w artykule nie przedstawiono szczegółowych danych na ten temat.

Tabela 5. Działania nadzorcze prowadzone przez analizowane powiaty w związku z inwestycjami oraz monitorowaniem stanu infrastruktury podległych podmiotów

| Powiat | Działania nadzorcze   |
|--------|---|
| I      | Powołano się na umowę spółki, która określa kompetencje rady nadzorczej oraz zgromadzenia wspólników w zakresie wyrażania zgody na inwestycje.  |
| II     | -   |
| III    | Kontrola w zakresie: celowości wydatkowania przekazanych środków oraz oceny prawidłowości dokonywania rozliczeń finansowych.  |
| IV     | Stan infrastruktury jest monitorowany na bieżąco przez zarząd powiatu. Dyrektor szpitala uczestniczy w posiedzeniach zarządu w sprawach dotyczących szpitala.   |
| V      | Informowanie na bieżąco zarządu powiatu na temat inwestycji oraz stanu infrastruktury.  |
| VI     | Zabezpieczenie środków finansowanych na inwestycje w planie inwestycyjnym. Stan infrastruktury szpitala monitoruje Komisja Zdrowia, Spraw Społecznych i Ochrony Praw Konsumenta Rady Powiatu. Przyjęcie przez radę powiatu strategii szpitala na lata 2012–2015, a potem składanie sprawozdań z jej realizacji. |
| VII    | W miarę potrzeb dyrekcja szpitala przedstawia sprawozdania z działalności zarządowi powiatu, radzie powiatu, komisji zdrowia, komisji budżetowej, komisji rewizyjnej.   |

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6. Kryteria doboru kadry stosowane przez analizowane powiaty przy ogłaszaniu konkursu na stanowiska kierownicze w podległych podmiotach

| Powiat | Kryteria doboru kadry  |
|--------|--|
| I      | -  |
| II     | Ostatni dyrektor został powołany bez ogłaszania konkursu.  |
| III    | Zgodnie z przepisami.  |
| IV     | Zgodnie z przepisami.  |
| V      | Zgodnie z przepisami. Kandydat winien ustosunkować się do strategii szpitala i wskazać sposoby podnoszenia jakości opieki medycznej. |
| VI     | Zgodnie z przepisami.  |
| VII    | Zgodnie z przepisami.  |

Źródło: opracowanie własne.

pewną wiedzę o tym, jak zarządzany jest podległy mu szpital. Powiat IV przesłał dużą liczbę regulaminów i wyciągi ze statutu podległego podmiotu, a odpowiedź V brzmiała „strategia”. Wskazuje to, że powiatom brak znajomości narzędzi i praktyk zarządczych stosowanych przez podległe podmioty.

Podobnie wyglądają odpowiedzi na pytanie dotyczące jakości (tabela 8). Dwa powiaty (VI i VIII) zdają sobie sprawę, jakie działania w omawianym zakresie podejmowane są przez ich szpitale. Dwa (IV i V) zadeklarowały, że nie na ten temat nie wiedzą.

Braki odpowiedzi i odpowiedzi udzielone na pytanie o zarządzanie ryzykiem w podległych podmiotach sugerują, że powiaty sprawujące nadzór nie wiedzą, jak wygląda ono w podległych podmiotach.

Podobnie niewielką wiedzę (brak wiedzy) mają powiaty na temat nadzoru finansowego prowadzonego przez podległe im podmioty. Zaledwie trzy udzieliły odpowiedzi na to pytanie (czwarty stwierdził, że nie wie nic na ten temat). Wszystkie wymieniły przy tym wyłącznie fakt badania sprawozdań podległych im podmiotów przez biegłego rewidenta. Jeden powiat wskazał na posiadanie przez szpital certyfikatu ISO i związane z nim prowadzenie audytu, choć niekoniecznie może on mieć wymiar finansowy.

Powiaty poproszono o podstawowe dane opisujące stan finansów w podległych im podmiotach (8 analizowanym jednostkom podlegało 10 podmiotów) w latach 2010–2013. Kwestie te można uznać za absolutnie podstawowe zarówno



Tabela 7. Wiedza badanych powiatów na temat narzędzi i praktyk stosowanych przez podległe podmioty w zakresie zarządzania

| Powiat | Praktyki zarządcze stosowane przez podmioty   |
|--------|---|
| IV     | (Przedstawiono obszernie fragmenty ze statutu i regulaminów)  |
| V      | strategia   |
| VI     | Szpital posiada: statut, regulamin organizacyjny, strategię na lata 2012–2015, system Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców, plan finansowy i inwestycyjny, są stosowane standardy medyczne zgodne z aktualnymi przepisami prawnymi. Ponadto przy szpitalu działa pięć związków zawodowych. |

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8. Wiedza badanych powiatów na temat narzędzi i praktyk stosowanych przez podległe podmioty w zakresie jakości

| Powiat | Jakość świadczeń oferowanych przez podmiot  |
|--------|---|
| IV     | -   |
| V      | Brak  |
| VI     | Szpital posiada Certyfikat Jakości ISO 9000. Zostało przeprowadzone badanie satysfakcji pacjenta oraz sporządzona lista oczekujących na świadczenia lecznicze.  |
| VIII   | W szpitalu powołano funkcję pełnomocnika ds. praw pacjenta. (Wymieniono szczegółowo certyfikaty szpitala [w tym odnawiane ISO 9000] i miejsca, jakie zajmował w rankingu Rzeczypospolitej Bezpieczny Szpital) |

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 9. Wiedza badanych powiatów na temat narzędzi i praktyk stosowanych przez podległe podmioty w dziedzinie zarządzania ryzykiem

| Powiat | Zarządzanie ryzykiem w podmiocie   |
|--------|--|
| IV     | -  |
| V      | Brak   |
| VI     | Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej – odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym ponosi kierownik szpitala.   |
| VIII   | Istnieje procedura zarządzania ryzykiem. Ryzyko jest podejmowane zwłaszcza w okresie kontraktowania usług w NFZ. Ryzyko dla szpitala stanowi także płynność finansowa, a także ewentualne pozwy pacjentów lub kontrahentów szpitala. |

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 10. Wiedza badanych powiatów na temat narzędzi i praktyk stosowanych przez podległe podmioty w zakresie nadzoru finansowego

| Powiat | Nadzór finansowy   |
|--------|--|
| IV     | Co roku rada społeczna podejmuje uchwałę w sprawie zatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego. Dokonywany jest wybór biegłego rewidenta przeprowadzającego badanie sprawozdania finansowego.  |
| V      | Badanie sprawozdania finansowego przez biegłego rewidenta.   |
| VI     | W szpitalu jest obsadzone stanowisko dyrektora ekonomicznego. Dokonuje się wyboru biegłego rewidenta, przeprowadzającego badanie sprawozdania finansowego, które jest zatwierdzane przez radę powiatu. W ramach posiadanego Certyfikatu Jakości ISO jest wykonywany audyt. |
| VII    | -  |

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 11. Dane finansowe nt. podmiotów leczniczych nadzorowanych przez badane powiaty będące w posiadaniu tychże jednostek

|  | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | % całości |
|--|------|------|------|------|-----------|
| Wynik finansowy netto                  | 9    | 9    | 7    | 5    | 75        |
| Koszty działalności operacyjnej        | 8    | 8    | 7    | 4    | 68        |
| Przychody ze sprzedaży                 | 9    | 8    | 7    | 5    | 73        |
| Aktywa trwałe                          | 9    | 9    | 7    | 1    | 65        |
| Aktywa obrotowe                        | 8    | 8    | 7    | 1    | 60        |
| Kapitał (fundusz) własny               | 9    | 9    | 7    | 1    | 65        |
| Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania | 9    | 9    | 7    | 1    | 65        |
| Zobowiązania wymagalne                 | 8    | 9    | 7    | 1    | 63        |
| Wartość brutto środków trwałych        | 7    | 7    | 4    | 1    | 48        |
| Wartość netto środków trwałych         | 8    | 8    | 7    | 1    | 60        |
| % całości                              | 84   | 84   | 67   | 21   | -         |

Źródło: opracowanie własne.

dla zarządzania organizacją, jak i dla nadzoru nad nią. Szczegółowe informacje dotyczące posiadanych przez powiaty danych na ten temat zawiera tabela 11.

Dane za lata 2010–2011 można uznać za niekompletne. Dla roku 2012 powiaty podały ok. 2/3 danych, o które proszono, a dla 2013 – zaledwie 1/5. To ostatnie można przypisać temu, że nie wszystkie dokumenty za wspomniany rok mogły już być dostępne. Badanie było prowadzone w I i II kwartale 2013 roku, dane dotyczące planu finansowego na ten rok (a takie też można było podać) powinny więc już być dostępne w powiatach, które prowadzą nadzór nad podmiotami leczniczymi. Najbardziej kompletne były dane dotyczące wyniku finansowego netto oraz przychodów ze sprzedaży, najmniej – te odnoszące się do wartości brutto środków trwałych. Dodatkowo dla 4 z 10 (40%) podmiotów podano identyczne liczby dla wartości brutto i netto środków trwałych.

## Podsumowanie

Z pewnością próba, na której przeprowadzono badanie, była mało liczna. Jednocześnie ogólna

sytuacja w sektorze (niezadowolenie, zadłużenie), braki strategii dotyczących zdrowia (lub ich niska jakość), braki danych z podmiotów nadzorowanych, zła sytuacja finansowa tych ostatnich, występowanie podobnych zjawisk w gminnych spółkach komunalnych i słaby (formalny) nadzór nad nimi pokazują pewien spójny obraz. Należy też odnotować, że jednostki, które zadeklarowały chęć wzięcia udziału w opisywanym projekcie, trzeba uznać za bardziej otwarte, mające mniejsze obawy przed zmianą, chcące się czegoś nauczyć. Można więc w sumie uważać je za „ponadprzeciętne”.

Analiza zebranego materiału pozwala na skonstatowanie, że badane powiaty mają bardzo ograniczoną wiedzę na temat sytuacji podległych sobie podmiotów, mimo iż często (jak deklarują) nadzór nad nimi sprawowany jest przez wiele organów, komórek i osób. W dużym stopniu to, co nazywane jest przez nie nadzorem, polega na kontroli – wyrywkowej i formalnej.

W nadzorze nie chodzi wyłącznie o kwestie proceduralne, lecz także o wpływ na działania podmiotu nadzorowanego. Przykładem, który dobrze ilustruje konsekwencje braku zrozumie-

nia dla powyższego, jest badanie sprawozdań finansowych podmiotów przez biegłego rewidenta, którą to czynność zadeklarowały powiaty. Doświadczenia autora oraz dane uzyskane w badaniu pokazują, że organy właścicielskie, wywiązując się z zapisów ustawy o rachunkowości<sup>8</sup>, zatrudniają biegłego rewidenta, który wydaje opinię o sprawozdaniu finansowym badanego podmiotu (szpitala). Jednak opinia ta dotyczy tego, czy sprawozdanie jest zgodne z zastosowanymi zasadami rachunkowości oraz czy rzetelnie i jasno przedstawia ono sytuację majątkową i finansową, jak też wynik finansowy danego podmiotu (art. 65 pkt 1 ww. ustawy). Pozytywna opinia biegłego rewidenta oznacza zatem jedynie to, że przygotowane przez jednostkę sprawozdanie jest zgodne z ustawą, np. prawidłowo księguje ona pogarszający się wynik finansowy i rosnące zadłużenie. Biegły nie określa natomiast, czy działalność podmiotu jest prowadzona racjonalnie i efektywnie, czy jednostka ma wyznaczone cele i czy jej działalność zmierza do ich osiągnięcia (do czego, notabene, w pewnym stopniu nawiązywało przywoływane, już nieobowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1999 roku). W tym zakresie oceny powinien dokonywać samodzielnie właściciel. Opinia rewidenta odpowiada więc na pytanie: „Czy badany podmiot wykonuje właściwie określone czynności?”. Nie mówi nic na temat tego, czy wykonuje on czynności właściwe. Odwoływanie się przez badane jednostki jedynie do wspomnianego badania – bez wskazania na działania, jakie są podejmowane w konsekwencji uzyskanych efektów, a także złych wyników finansowych podmiotów podległych – może sugerować, że analizowane powiaty nie mają wiedzy na temat tego, czym jest owo badanie, skoro uznają fakt jego przeprowadzenia za wystarczający dla prowadzenia nadzoru. Najwyraźniej jednostki samorządu terytorialnego uspokojone tym, że mają opinię biegłego rewidenta, nie podejmują trudu uzyskania podstawowych danych finansowych nadzorowanych szpitali (co pokazały braki w posiadanych przez nie danych nt. szpitali), nie wspominając o bardziej dogłębnej wiedzy

o sposobie zarządzania podległym podmiotem, jakości świadczeń przezeń wykonywanych itd.

Na brak zainteresowania sytuacją finansową szpitali powiatowych wskazuje STRATERA MED<sup>9</sup>, stwierdzając, że średnio 58% podmiotów tworzących monitoruje średnie terminy płatności dla dostawców realizowane przez podległy sp zoz, natomiast czyni to zaledwie 37% powiatów. Powiaty najrzadziej też (25% wobec średniej w badaniu 67%) wpływają na terminowość regulowania zobowiązań podległych sobie podmiotów, co zdaniem przedstawicielki Związku Powiatów Polskich jest efektem niedoborów kadrowych (w powiatach) oraz braku świadomości właścicieli (Komańska 2016).

Braki wiedzy JST na temat stanu finansów podległych im podmiotów skłaniają do zadania pytania dotyczącego wypełniania funkcji nadzorczych przez te jednostki. Mimo zapisów ustawowych, które nakazują kontrolę nad finansami, wskazanej w badaniu mnogości komórek/stanowisk prowadzących nadzór, deklarowanych przez wiele powiatów częstych kontroli tej dziedziny, jednostki te nie mają wiedzy na temat tego, jak owe finanse wyglądają, a znaczny odsetek respondentów nie rozróżnia też wartości brutto i netto środków trwałych. W tym miejscu można ponownie odwołać się do Klicha (2015), który wskazywał, że jednostkom brak dostatecznie precyzyjnych narzędzi pozyskiwania informacji medycznych i ekonomicznych z podległych zakładów.

W badanej grupie (poza jednym przypadkiem) nadzór nad szpitalami spoczywał na wydziałach o bardzo szerokim zakresie odpowiedzialności. Można przypuszczać, że podległymi podmiotami zajmują się w powiatach pojedyncze osoby, i to zmuszone poświęcać część swojego czasu na inne obowiązki. Być może powiaty, starając się jakoś kompensować te braki, przekazują odpowiedzialność za nadzór wielu różnym organom/osobom/komórkom (ilość ma zastąpić jakość?). Jak pokazują uzyskane wyniki, nie przynosi to oczekiwanych efektów.

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości z późn. zmianami, Dz.U. 1994 Nr 121, poz. 591.

<sup>9</sup> STRATERA MED – Związek Pracodawców na rzecz Równości Stron w Postępowaniach o Zamówienia Publiczne.

W świetle powyższych stwierdzeń trudno się dziwić, że podmioty lecznicze są stale zadłużone. Z pewnością nie wynika to jedynie z niskiej jakości nadzoru, lecz także z gorszego finansowania szpitali powiatowych, wspomnianych problemów, jakie mają ww. jednostki w pozyskiwaniu kadry (uniemożliwiających wykonywanie bardziej opłacalnych procedur medycznych), a także niedostosowania struktur podmiotów leczniczych do wymogów otoczenia. Trudno jednak przecenić znaczenie oddziaływania organów właścicielskich na efektywność finansową szpitali (Krzeczewski 2014). Wspomniany brak podstawowej wiedzy na temat podległych podmiotów oznacza *de facto* brak nadzoru nad nimi. A właśnie brak odpowiedniego nadzoru właścicielskiego oraz złe zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej wskazywało Ministerstwo Zdrowia (2005) w 2005 roku jako przyczyny zadłużania zakładów. Jak widać, problem ten nie został wciąż rozwiązany, bo nadzór (a nawet sama kontrola) nie jest prowadzony w sposób skuteczny, do czego z pewnością przyczyniają się konstrukcja samego systemu i kompetencje powiatów w dziedzinie ochrony zdrowia (Bober i in. 2013; Klich 2015).

## Wnioski

Przedstawione w niniejszym artykule argumenty (z zastrzeżeniem ograniczeń związanych z liczebnością badanej próby) pozwalają na stwierdzenie, że:

- Proces, który w nomenklaturze powiatów nosi miano nadzoru, ogranicza się do wyrywkowej i formalnej kontroli.
- Formalnie (teoretycznie) nadzór nad podmiotami leczniczymi sprawowany jest w powiatach przez wiele organów, komórek i osób. Struktury te zazwyczaj mają w ramach swoich obowiązków znacznie szerszy (niż ochrona zdrowia) zakres odpowiedzialności.
- Mimo tak rozbudowanego systemu (struktur) powiaty nie pozyskują z podległych zakładów informacji niezbędnych do prawidłowego sprawowania nadzoru (w tym władczego oddziaływania na podległy podmiot).
- Powiaty mają więc bardzo ograniczoną wiedzę na temat sytuacji podległych sobie podmiotów,

zarówno jeżeli chodzi o kwestie finansowe, jak i zarządcze, nie wykazują też zainteresowania sytuacją finansową ww. podmiotów.

- Problem ten jest widoczny w Polsce od bardzo dawna.

Powyższe obserwacje potwierdzają więc, że luka informacyjna, na której istnienie wskazuje przywoływana teoria agencji i której minimalizowanie jest zadaniem nadzoru, najwyraźniej nie jest zasypywana.

## Bibliografia

- Aluchna, M. (2014). Nadzór właścicielski. W: M. Jarosiński, S. Winch, *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego* (s. 29–42). Warszawa: Szkoła Główna Handlowa. Oficyna Wydawnicza.
- Barwacz, K. (2012). Problemy nadzoru właścicielskiego samorządowych jednostek organizacyjnych sektora finansów publicznych. *Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie*, 21 (2), 26–38.
- Bąk, B. (2013). Wpływ wdrożenia zasad nadzoru właścicielskiego na zarządzanie grupą kapitałową. *Zarządzanie i Finanse*, 11 (2, cz. 6), 358–370.
- Białkowski, M. (2011). Nadzór korporacyjny nad spółkami kapitałowymi. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, 638: *Uwarunkowania rynkowe rozwoju mikro, małych i średnich przedsiębiorstw – Mikrofirma 2011. Tworzenie i zarządzanie*, s. 25.
- Bober, J., Hausner, J., Izdebski, H., Lachiewicz, W., Mazur, S., Nelicki, A., Nowotarski, B., Puzyna, W., Surówka, K., Zachariasz, I., Zawicki, M. (2013). *Narastające dysfunkcje, zasadnicze dylematy, konieczne działania. Raport o stanie samorządności terytorialnej w Polsce*. Kraków: Uniwersytet Ekonomiczny. Małopolska Szkoła Administracji Publicznej.
- Chmielnicki, P. (2003). Klasyfikacja środków nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. *Prawo i Medycyna*, 1 (13 Vol. 5).
- Gabryś, M., Lang, J., Łaszek, A., Pawłowska, D. (2012). Ile osób zatrudnia państwo polskie?. *Analiza FOR*, 14/2012, 19 lipca 2012.
- Izdebska, I. (2013). *Brakuje lekarzy w powiatowych szpitalach*, <http://wiadomosci.onet.pl/lublin/brakuje-lekarzy-w-powiatowych-szpitalach/hzt49> [dostęp: 13.08.2016].
- Jensen, M., Meckling, W. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and

ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3 (4), 305–360.

Klich, J. (2015). Dualne otoczenie organizacji opieki zdrowotnej. W: M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania* (s. 72–73), 2 wydanie rozszerzone. Warszawa: Wolters Kluwer.

Komańska, B. (2016). *Czy właściciele szpitali są zainteresowani ich sytuacją finansową?*, <http://stratemed.biuroprasowe.pl/22623/czy-wlasciciele-szpitali-sa-zainteresowani-ich-sytuacja-finansowa> [dostęp: 15.08.2016].

Kozioł, L. (2008). Problemy ładu korporacyjnego w sektorze prywatnym i publicznym. *Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe*, 6.

Krzeczewski, B. (2014). Wpływ organu założycielskiego na efektywność finansową szpitali w województwie łódzkim. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, 802: Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia, 65, 1–13.

Lipiec, K. (2013). *Interpelacja nr 23219 do prezesa Rady Ministrów w sprawie sytuacji w szpitalach powiatowych woj. świętokrzyskiego*, <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=56F0606E> [dostęp: 13.08.2016].

Lis, K., Sterniczuk, H. (2005). *Nadzór korporacyjny*. Kraków: Oficyna Ekonomiczna.

Magellan (2014). *Sytuacja finansowa szpitali w Polsce. Edycja 2014*, [http://www.magellansa.pl/Portals/1/Files/Raporty%20rynkowe/Raport\\_Sytuacja%20finansowa%20szpitali%20w%20Polsce.pdf](http://www.magellansa.pl/Portals/1/Files/Raporty%20rynkowe/Raport_Sytuacja%20finansowa%20szpitali%20w%20Polsce.pdf) [dostęp: 7.03.2015].

Magellan (2015). *Sytuacja finansowa szpitali publicznych w Polsce. Edycja 2015*, [http://www.magellansa.pl/Portals/1/Files/Raport\\_Sytuacja%20finansowa%20szpitali\\_edycja%202015.pdf](http://www.magellansa.pl/Portals/1/Files/Raport_Sytuacja%20finansowa%20szpitali_edycja%202015.pdf) [dostęp: 13.08.2016].

Malinowska-Misiąg, E., Misiąg, W., Tomalak, M. (2008). *Zarządzanie środkami publicznymi w polskich szpitalach* (118–119). Warszawa: Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową.

Ministerstwo Skarbu Państwa (2005). *Wytuczne OECD dotyczące nadzoru korporacyjnego w przedsiębiorstwie publicznym*. Warszawa.

Ministerstwo Skarbu Państwa (2013). *Zasady nadzoru właścicielskiego nad spółkami z udziałem Skarbu Państwa*. Warszawa.

Ministerstwo Zdrowia (2016). *Zadłużenie SPZOZ*, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spzoz/> [dostęp: 12.08.2016].

Ministerstwo Zdrowia (2005). *Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007–2013*. Warszawa, <http://www.fundusze-strukturalne.gov.pl/informator/npr/2/dokumenty%20strategiczne/strategia%20rozwoju%20ochrony%20zdrowia%20w%20polsce.pdf> [dostęp: 24.01.2015].

Modzelewski, P. (2009). *System zarządzania jakością a skuteczność i efektywność administracji samorządowej*. Warszawa: Wydawnictwa Fachowe CeDeWu.

Najwyższa Izba Kontroli (2013a). *Sprawozdanie z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2012 roku*. Warszawa.

Najwyższa Izba Kontroli (2013b). *Informacja o wynikach kontroli – Funkcjonowanie spółek komunalnych w województwie łódzkim*, LLO-4101-013-00/2013 Nr ewid. 162/2014/P/13/160/LLO. Warszawa.

PAP (2016). *CBOS: 74 proc. Polaków niezadowolonych z opieki zdrowotnej*, <http://www.pap.pl/aktualnosci/news,603282,cbos-74-proc-polakow-niezadowolonych-z-opieki-zdrowotnej.html> [dostęp: 13.08.2016].

Portal Samorządowy (2015). *Samorzady nie mają nadzoru nad spółkami komunalnymi*, <http://www.portalsamorzadowy.pl/prawo-i-finanse/samorzady-nie-maja-nadzoru-nad-spolkami-komunalnymi,68636.html> [dostęp: 13.08.2016].

Rabiej, U. (2013). Zadania samorządu powiatu jako organu założycielskiego w zakresie gospodarki finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W: J. Korczak (red.), *Województwo – region – regionalizacja 15 lat po reformie terytorialnej i administracyjnej: II Wydziałowa Konferencja Kół Naukowych Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego*, Wrocław, 21–22 listopada 2013 r. (345–360). Wrocław: Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/41668> [dostęp: 13.08.2016].

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, <https://rpwdl.csioz.gov.pl/> [dostęp: 9.01.2015].

Szostak, R. (2010). Kontrola zarządcza w jednostkach sektora finansów publicznych – charakterystyka ogólna. *Kontrola Państwowa, LV*, 5 (334).

Wojciechowski, E., Podgórnjak-Krzykacz, A., Dolewka, Z., Wojciechowski, M. (2014). *Samorząd terytorialny w Polsce. Raport*. Łódź: Instytut Diagnoz i Analiz Społecznych.

Wojtyna, A. (red.) (2005). *Instytucjonalne problemy transformacji gospodarki w świetle teorii agencji*. Kraków: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie.

Wójtowicz, M. (2012). *Antypowiatowy. Ogólnopolski Przegląd Medyczny*, 6, 6.

## **Can the county authorities effectively supervise their health care units?**

This article describes the results of a survey on the supervision by the counties on the subordinated therapeutic entities (hospitals). Action taken by counties in this area can be considered as insufficient. Despite the declarations of complex administrative structures responsible for the supervision, counties do not have the knowledge not only about the management processes used in the subordinate entities, but also the state of their finances. What counties call a supervision is to a large extent a control – sampling and formal. Information gap between the supervisor and the supervised is so large, that significantly affect the ability of supervision by the counties on the subordinated entities.

Keywords: hospitals, corporate governance, local government