

NR

2

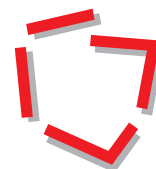
Lipiec 2019

Prowadzenie nadzoru nad szpitalami przez jednostki samorządu terytorialnego

– Marcin Kautsch



Warto wiedzieć więcej
Analizy samorządowe



ZWIĄZEK
POWIATÓW
POLSKICH

ISSN 2657-8638

Streszczenie

W niniejszym dokumencie przedstawiono wyniki badania dotyczącego sprawowania nadzoru przez powiaty nad podległymi im podmiotami leczniczymi. Badanie zostało zrealizowane w czerwcu i lipcu 2019 roku we współpracy ze Związkiem Powiatów Polskich. Jego celem było określenie, jakie narzędzia stosowane są w procesie nadzoru, jak ankietowani definiują pojęcie nadzoru oraz przedstawienie rekomendacji dotyczących tego, jak nadzór powinien być sprawowany. W badaniu wzięło udział 90 powiatów i 85 podmiotów leczniczych¹ (dla uproszczenia nazywanych dalej szpitalami). Badanie zostało przeprowadzone za pomocą kwestionariusza składającego się z pytań otwartych i zamkniętych. Część pytań była taka sama dla obu badanych grup. Powiaty biorące udział w badaniu nadzorują szpitale działające w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ, było 60 takich powiatów) i spółek (24 powiaty). Natomiast 6 powiatów jest właścicielami zarówno SP ZOZ-u jak i spółki. Szpitale udzielające odpowiedzi to 61 SP ZOZ-ów i 24 spółki kapitałowe.

Wyniki badania wskazują na bardzo zróżnicowane podejście do definiowania nadzoru i jego prowadzenia. Powiaty odpowiedzialne za nadzór nad SP ZOZ-ami definiują nadzór przede wszystkim przez pryzmat czynności, jakie są wykonywane do jego sprawowania. Podobne podejście do nadzoru deklarują same SP ZOZ-y. Natomiast te powiaty, które nadzorują spółki wskazują przede wszystkim na struktury, za pomocą których nadzór jest prowadzony, tak samo jak same szpitale spółki, które są przez nie nadzorowane. Część respondentów deklarowała, że nie ma struktur, za pomocą których prowadzi nadzór w stosunku do podległych jednostek, zakres danych przez nie zbieranych jest relatywnie mały, a same dane zbierane są w sposób wyrywkowy. Inni byli w stanie pokazać bardzo szczegółowy sposób jak prowadzą nadzór. Przedstawili różne narzędzia, jakie stosują w tym procesie – przede wszystkim różnego rodzaju sprawozdania, jakich wymagają powiaty od podległych jednostek. Sprawozdania te dotyczą różnych okresów, zazwyczaj rocznych.

W opinii większości powiatów stosowane przez nich narzędzia sprawdzają się, jednostki te stosunkowo wysoko oceniają tak prowadzony przez siebie nadzór, jak i funkcjonowanie rad społecznych i nadzorczych (te ostatnie uzyskały w badaniu wyższe oceny). Opinie szpitali są zbliżone, choć nieco bardziej krytyczne, tak jeżeli chodzi o nadzór, jak i przydatność rad (ponownie rady nadzorcze były lepiej ocenione przez respondentów).

Nadzór dotyczy w pierwszym rzędzie kwestii finansowych, w dużo mniejszym stopniu innych elementów funkcjonowania szpitali (np. kadry, majątek, kontrakty z NFZ). W nadzorze praktycznie nie funkcjonuje pojęcie jakości usług, jakie oferują szpitale.

Liczba osób zajmujących się nadzorem jest różna (najmniejszą liczbę osób zadeklarowały powiaty nadzorujące wyłącznie spółki, najwięcej – te, które nadzorują i SP ZOZ-y i spółki). Średnio to 2,33 osoby. Ponieważ pełnią one też inne obowiązki, w przeliczeniu na liczbę etatów zajmujących się nadzorem są to jeszcze niższe wartości niż te, dotyczące osób.

Różnice między powiatami (jeżeli chodzi o liczbę i formę prawnych nadzorowanych jednostek, możliwości kadrowe i finansowe powiatów) sprawiają, że nie sposób wskazać uniwersalnego wzorca pokazującego szczegółowo jak nadzór taki ma wyglądać. Jest to zrozumiałe ze względu na różnice między powiatami dotyczące ich wielkości, poziomu zasobności oraz liczby i rodzaju nadzorowanych podmiotów leczniczych. Można natomiast odnotować, że istniejące narzędzia prawne nie są wystarczające i organy nadzorujące powinny stworzyć własne rozwiązania. Do prawidłowego funkcjonowania nadzoru niezbędne jest (wspólne) wyznaczenie celów, jakie mają być realizowane przez szpitale, regularne zbieranie informacji na temat funkcjonowania podległej jednostki. Informacje te nie mogą się ograniczać do kwestii finansowych. Zalecane jest także bardziej pro-aktywne nastawienie do prowadzenia nadzoru. Wynika to także z głosów części respondentów, którzy działania właściciela (rady nadzorczej, zarządu powiatu lub zgromadzenia wspólników), czyli taką właśnie aktywną postawę uznali za najskuteczniejsze działania nadzorcze.

¹ Powiaty i szpitale nie musiały być ze sobą powiązane, tzn. powiaty biorące udział w badaniu nie musiały być tymi, które nadzorują szpitale biorące udział w badaniu



Zarys problemu nadzoru jednostek samorządu terytorialnego nad szpitalami

Polska ochrona zdrowia od lat zmagają się z problemami finansowymi i organizacyjnymi, a uzyskiwane wyniki, w porównaniu z tymi, jakie osiągają inne kraje rozwinięte zrzeszone w OECD (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju), najczęściej odbiegają na niekorzyść od średniej przywoływanych krajów (nawet przy porównaniu do krajów o bardzo zbliżonym poziomie zamożności)². Wspomniane problemy sprawiają, że system opieki zdrowotnej w Polsce oceniany jest bardzo nisko, tak w badaniach opinii publicznej^{3,4}, jak przy zastosowaniu porównań z innymi krajami o podobnym (a nawet dużo niższym) wskaźniku produktu krajowego brutto na mieszkańca⁵. Powyższe oznacza, że środki na ochronę zdrowia nie są efektywnie wykorzystywane. Dodatkowymi czynnikami, które wskazywałyby na konieczność efektywniejszego wydawania środków są rosnące potrzeby zdrowotne starzejącej się populacji. Coraz wyraźniej widoczne są też problemy z kadrami. Starzejąca się populacja, to także coraz starsi lekarze, pielęgniarki i pozostali personel mogący świadczyć usługi zdrowotne. Problem ten nie dotyczy tylko Polski, aczkolwiek emigracja personelu medycznego z Polski sprawia, że problemy kadrowe stają się coraz bardziej widoczne.

Zmiany dotyczące funkcjonowania systemu, powinny być prowadzone wielotorowo, by poradzić sobie z ww. problemami. Konieczne jest choćby lepsze powiązanie efektów działań podmiotów leczniczych ze sposobami płatania za wykonywane przez nie usługi (płatność za jakość i efektywność), zwiększenie odpowiedzialności obywateli za własne zdrowie, itd. W odniesieniu do tematyki niniejszego raportu można skonstatować, że istnieje konieczność weryfikacji, czy jest on prowadzony w sposób optymalny, dając najlepsze możliwe efekty, czy też należy dążyć do jego usprawnienia nadzoru prowadzonego nad publicznymi dostawcami usług zdrowotnych. Oczywiście poprawa tego nadzoru nie rozwiąże wszystkich problemów ochrony zdrowia. Natomiast osiąganie celów nadzoru (opisanych poniżej), może przyczynić się do zwiększenia efektywności funkcjonowania podmiotów leczniczych, wykorzystania dostępnych środków przeznaczanych na ten cel, a przez to, poprawę zdrowia społeczeństwa. Tym bardziej, że ww. starzenie się społeczeństwa powoduje, że zmniejsza się liczba osób pracujących i wypracowujących środki na zaspokojenie rosnących potrzeb zdrowotnych.

Analiza literatury dotyczącej kwestii nadzoru dowodzi, że jego prowadzenie nie jest proste tak w sektorze prywatnym jak i publicznym. Stworzenie samodzielnego podmiotu (szpitala) i przekazanie przez właściciela (w przypadku tematu niniejszego opracowania – powiat) innej osobie/firmie w zarządzanie tego bytu wywołuje szereg zjawisk, na które należy zwrócić uwagę, by zabezpieczyć tak interesy powiatu, jak i ludności obsługiwanej przez szpital.

Teoria agencji opisuje relacje kontraktowe między właścicielem firmy (pryncypałem = powiatem), a osobą (agentem) wynajętą do wykonania pewnych usług w imieniu tego pierwszego. Kontrakt taki zakłada też przekazanie uprawnień do podejmowania władczych decyzji⁶. Brak bezpośredniego zarządzania bytem (szpitalem) przez właściciela (powiat) sprawia, że:

- Występować mogą różnice między celami pryncypała i agenta, w tym różnice dotyczące stosunku do ryzyka⁷ i dzielenia się nim.

² OECD, OECD Health Statistics 2018, https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, dostęp: 2019-04-24.

³ Centrum Badań Opinii Społecznej, OPINIE O FUNKCJONOWANIU SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ A.D. 2014. Komunikat z badań CBOS NR 107/2014, Fundacja Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, lipiec 2014 ISSN 2353-5822, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_107_14.PDF, dostęp: 2019-04-24.

⁴ ciekaweliczby.pl, Poprawa służby zdrowia i oddzielenie Kościoła od państwa – to dziś kwestie najważniejsze dla Polaków (sondaż), http://ciekaweliczby.pl/najwazniejsze_sprawy/#more-2168, dostęp: 2019-04-24.

⁵ Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2017 Report, Health Consumer Powerhouse Ltd., 2018. ISBN 978-91-980687-5-7, <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>, dostęp: 2019-04-24.

⁶ M.C. Jensen, W.H. Meckling, Theory of the firm: Managerial agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 1976, 3(4), 305–360.

⁷ K.M. Eisenhardt, Agency Theory: An Assessment and Review, *The Academy of Management Review*, Vol. 14, No. 1 (Jan., 1989), pp. 57-74.



- Pojawiają się problemy z monitorowaniem działań agenta. Takie monitorowanie jest dla pryncypała utrudnione i kosztowne, wymaga bowiem stałego śledzenia działań agenta, a także działań jednostki, którą ten zarządza. Ponieważ takie rozwiązanie jest mało realne, pojawia się asymetria informacji między stronami⁸. Pryncypał nie wie wszystkiego, co wie agent. To z kolei może prowadzić do co najmniej dwóch niekorzystnych zjawisk:
 - Podejmowania przez agenda działań, które nie będą zgodne z oczekiwaniami czy wręcz interesami pryncypała⁹.
 - Pojawienia się tzw. pokusy nadużycia (niewykonywania / wykonywania w stopniu niewystarczającym działań opisanych w kontrakcie zawartym między pryncypałem a agentem)¹⁰

Dlatego też z punktu widzenia pryncypała konieczne staje się opracowanie narzędzi, za pomocą których będzie on mógł minimalizować wspomniane negatywne zjawiska, jednocześnie maksymalizując korzyści płynące z wynajęcia osoby o odpowiednich kompetencjach, która zapewni jak najlepsze wykorzystanie zasobów szpitala dla realizacji celów, do których ów szpital został powołany.

O ile ewentualne sankcje za działania agenta niezgodne z wolą pryncypała opisane są w przepisach (ustawa o działalności leczniczej¹¹, ustawa – kodeks spółek handlowych¹²), to ww. przepisy nie regulują zakresu i częstotliwości przekazywania informacji o stanie nadzorowanego podmiotu. Dlatego też wspomniane narzędzia muszą zapewnić pryncypałowi dostęp do informacji uznanych przez niego za kluczowe, by mógł wpływać na działania agenta w odpowiednim czasie, zanim pojawią się problemy zagrażające istnieniu szpitala, czy też w istotny, wpływający na efekty jego pracy (liczbę i jakość świadczonych usług). To z kolei powinno wymusić wcześniejsze zdefiniowanie przez pryncypała realistycznych oczekiwań wobec jednostki i przełożenie ich na cele jakie ów szpital ma osiągać. Brak stosownych działań w tym obszarze może prowadzić do pogarszania się sytuacji tak szpitali jak i jednostek je nadzorujących. Na możliwość rozwiązania problemu nadzoru wpływają też inne czynniki, wśród których można wymienić:

- Samo prawo regulujące kwestię nadzoru nad podmiotami leczniczymi należy uznać za mocno niedoskonałe. Ogranicza ono bowiem nadzór do kontroli, często wyrывkowej i formalnej¹³. Dlatego też to, co czasami bywa nazywane nadzorem jest, de facto, silnie rozbudowanym systemem kontroli.
- Kulturę kontroli w Polsce. W świetle literatury przedmiotu kontrola rozumiana jest jako upewnianie się, że organizacja podąża we właściwym kierunku. W praktyce w Polsce oznacza dowodzenie win jednostki kontrolowanej.
- Konstrukcję samego systemu ochrony zdrowia i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia na jakość nadzoru.¹⁴
- Powyższe powoduje, że można mówić o:
 - słabości jakości nadzoru jako takiego sprawowanego przez organy samorządu terytorialnego wskazanej w literaturze z początku obecnej dekady^{15,16,17} w tym:
 - słabej jakości nadzoru prowadzonego nad szpitalami¹⁸.

Mając świadomość tego, że wszystkie kwestie nadzoru nie mogą być precyzyjnie uregulowane na drodze prawnej, należałoby oprzeć się na własnych rozwiązaniach, doprecyzowujących zapisy prawne. Zdaniem autora, możliwe do wykorzystania w tym celu są zalecane przez Ministerstwo Skarbu Państwa w stosunku do organizacji publicznych, wytyczne OECD – opisane w dokumencie Zasady nadzoru korporacyjnego OECD¹⁹.

⁸ J. Jeżak, Ład wewnątrz korporacyjny w świetle różnych teorii a wyzwania współczesności, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Nr 690, Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia NR 51, 2012, s. 789-799

⁹ K.M. Eisenhardt, Agency Theory: An Assessment and Review, The Academy of Management Review, Vol. 14, No. 1 (Jan., 1989), pp. 57-74.

¹⁰ K.M. Eisenhardt, Agency Theory: An Assessment and Review, The Academy of Management Review, Vol. 14, No. 1 (Jan., 1989), pp. 57-74.

¹¹ USTAWA z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654 z późn. zm.

¹² USTAWA z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, Dz. U. 2000 Nr 94 poz. 1037 z późn. zm.

¹³ M. Kautsch, Nadzór właścicielski powiatów nad podmiotami leczniczymi, Zarządzanie Publiczne nr 42 (4), 63-76 2017, doi: 10.15678/ZP.2017.42.4.05

¹⁴ J. Bober, J. Hausner, H. Izdebski, W. Lachiewicz, S. Mazur, A. Nelicki, B. Nowotarski, W. Puzyna, K. Surówka, I. Zachariasz, M. Zawicki, M. Narastające dysfunkcje, zasadnicze dylematy, konieczne działania. Raport o stanie samorządności terytorialnej w Polsce. Kraków: Uniwersytet Ekonomiczny. Małopolska Szkoła Administracji Publicznej, 2013.

¹⁵ K. Barwacz, Problemy nadzoru właścicielskiego samorządowych jednostek organizacyjnych sektora finansów publicznych. Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie, 2012, 21 (2), 26-38.

¹⁶ P. Modzelewski, System zarządzania jakością a skuteczność i efektywność administracji samorządowej. Wydawnictwa Fachowe CeDeWu, Warszawa, 2009.

¹⁷ Najwyższa Izba Kontroli, Sprawozdanie z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2012 roku. Warszawa, 2013.

¹⁸ J. Klich, Dualne otoczenie organizacji opieki zdrowotnej. W: M. Kautsch (red.), Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania (s. 72-73), 2 wydanie rozszerzone. Wolters Kluwer, Warszawa, 2015.

¹⁹ Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, Zasady nadzoru korporacyjnego OECD, 2004, www.oecd.org/daf/corporateaffairs/corporategovernanceprinciples/34656740.pdf; dostęp 2019-05-11.



Rzecz jasna, stosowanie się do ww. wytycznych nie może oznaczać ich skopiowania. Propozycje tam zawarte mogą natomiast stanowić punkt wyjścia do stworzenia systemu, który pomoże w realizacji głównych zadań nadzoru, określonych we wspomnianym dokumencie. Interpretując zapisy tam zawarte można stwierdzić, że celem nadzoru nad szpitalami jest ochrona interesów właścicieli – prowadzenie jednostki w sposób, gwarantujący co najmniej jej bilansowanie się, minimalizację ryzyka i zapewnianie odpowiednich zwrotów z inwestycji – zabezpieczanie potrzeb zdrowotnych populacji obsługiwanej przez szpital. Działanie takie będzie nawiązywało do pojęcia nadzoru zgodnego z definicją podaną na stronie Sejmu, a opracowaną na bazie prac Zalegi²⁰ oraz grupy autorów – Colley, Doyle, Logan, Stettinius²¹ : „Nadzór właścicielski to system prawnych i ekonomicznych instytucji obejmujący zagadnienia związane z prawami akcjonariuszy do ich majątku powierzonego kadrze, która zarządza przedsiębiorstwem.”²²

²⁰ K.Zalega, Systemy corporate governance a efektywność zarządzania spółką kapitałową, wyd. SGH, Warszawa 2003

²¹ J.L. Colley, J.L.Doyle, G.W. Logan, W. Stettinius, Ład korporacyjny, wyd. K.E.LIBER, Warszawa 2005

²² Urszula Smołkowska, Nadzór właścicielski,
<http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/BASLeksykon.xsp?id=89F08EBB1D128E4DC1257A680032CD6F&litera=N>



Omawiane badanie zostało przeprowadzone w czerwcu i lipcu 2019 roku. Wzięły w nim udział powiaty i miasta na prawach powiatu (mnpp) oraz szpitale²³. Łącznie było to 175 jednostek – 90 powiatów i 85 szpitali. Powiaty i szpitale nie musiały być ze sobą powiązane, tzn. powiaty biorące udział w badaniu nie musiały być tymi, które nadzorują szpitale biorące udział w badaniu.

Przyjęto, że badanie będzie oparte na anonimowym kwestionariuszu, który składał się z pytań otwartych i zamkniętych. Część pytań była taka sama dla obu badanych grup.

W badaniu wzięły udział zarówno powiaty jak i szpitale. Korespondencja zachęcająca do udziału w badaniu została rozestana do starostów i prezydentów mnpp przez Związek Powiatów Polskich (ZPP) za pomocą tradycyjnych pism Poczta Polska oraz wykorzystując w tym celu sieć e-mail jednostek samorządu terytorialnego będącą narzędziem za pomocą których ZPP utrzymuje stały kontakt z powiatami/mnpp. Podobnie postąpiono w przypadku szpitali. Tradycyjne pismo zostało kierowane do starosty/prezydenta miasta na prawach powiatu z prośbą o poinformowanie dyrektora/prezesa o prowadzonym przez ZPP badaniu, dodatkowo przeprowadzono mailing do powiatów/mnpp z informacją, jak wyżej. Prócz tego odbył się mailing z wykorzystaniem bazy szpitali jaką posiada ZPP. Skierowano także pismo do Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych (OZPSP) informujące o prowadzonym badaniu z prośbą o przekazanie informacji członkom-szpitalem powiatowym zrzeszonym w OZPSP.

Celem badania było, stwierdzenie, jakiego rodzaju narzędzia są stosowane przez powiaty, jak wygląda definiowanie nadzoru przez samych zainteresowanych, by w oparciu o uzyskany materiał móc przedstawić rekomendacje do prowadzenia nadzoru.

Większość pytań miało charakter zamknięty, respondenci wybierali odpowiedzi z kafeterii. Natomiast część pytań zdecydowano się celowo pozostawić jako otwarte (poniżej zaznaczono, które z nich miały charakter otwarty). W ten sposób chciano sprawdzić, jak jednostki podchodzą do kwestii nadzoru, jak same go definiują i jak tematyka nadzoru jest postrzegana przez same powiaty i szpitale. Zgodnie z przewidywaniami respondenci bardzo różnie odpowiadali na tak postawione pytania. Po przeanalizowaniu odpowiedzi pogrupowano je w kategorie opisane w dalszej części dokumentu. Odpowiedzi były zazwyczaj krótkie, wręcz hasłowe, ale były także rozbudowane, szczegółowo opisujące np. rolę poszczególnych organów i czynności przez nie podejmowane. To też sprawiło, że nie zawsze możliwe było zakwalifikowanie odpowiedzi do przyjętych kategorii. Konieczna była ich pewna interpretacja, co może powodować, że nie zawsze jest zgodna ona z tym, jaka była intencja osoby wypełniającej ankietę.

Metoda, za pomocą której zrealizowano badanie (kwestionariusz) badała opinię respondentów, nie pozwalała natomiast na weryfikację odpowiedzi udzielanych przez badanych dotyczących deklarowanych przez nich narzędzi nadzoru.

Wyniki przedstawiono w podziale na kategorie (powiaty i szpitale) i subkategorie (por. poniżej) w kolejności pytań, jakie były przedstawione w ankiecie.

Odpowiedzi na pytania otwarte zostały pogrupowane wg kategorii, jakie można było określić analizując ww. odpowiedzi. Część z nich została pominięta ze względu na to, że np. nie dotyczyły pytania, albo były to pojedyncze głosy, które nie wpasowywały się w żadne ogólniejsze kategorie, stanowiąc niski odsetek odpowiedzi. Zdecydowano się je pominąć ze względu na czytelność tekstu.

²³ Planowano przeprowadzić badanie wyłącznie na szpitalach, ale uzyskane wyniki wskazują, że nie wszystkie zakłady były szpitalami. Mając na względzie, że tematem niniejszego opracowania jest nadzór, pozostawiono jednak i te odpowiedzi, które nie pochodziły od szpitali. Dla uproszczenia, w niniejszym dokumencie używane będzie pojęcie „szpital”, a nie „zakład opieki zdrowotnej” czy „podmiot prowadzący działalność leczniczą”, choć w ankiecie, zgodnie z obowiązującą obecnie nomenklaturą, używano ww. pojęcia (podmiot).

W związku z silnym zróżnicowaniem odpowiedzi i faktem, że wartość stosunkowo dużego odsetka z nich nie przekracza kilku procent, zdecydowano się nie przytaczać ich w niniejszej części opracowania, odnosząc się do odpowiedzi podzielanych przez większe grupy respondentów.

W związku z tym, że w części pytań można było udzielić więcej niż jednej odpowiedzi, mogą się one nie sumować do 100%. Pewne niezgodności (w pytaniach, gdzie badano opinię na temat rad społecznych/nadzorczych) są też efektem zaokrąglania przedstawianych wartości. Dla lepszej czytelności zdecydowano się bowiem podać wyniki z dokładnością do 1%.

a) Powiaty

Powiaty biorące udział w badaniu nadzorowały szpitale działające w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (60 jednostek), spółek (24 jednostki), natomiast 6 powiatów jest właścicielami zarówno SP ZOZ-u jak i spółki. Z uwagi na powyższe stworzono osobne podkategorie powiatów, opisujące ww. organy wg podziału form działania i własności tychże form.

Oznaczenia:

- Średnia – średnia w badaniu.
- Pow_SP ZOZ – powiat jest właścicielem (co najmniej jednego) szpitala działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
- Pow_Sp – powiat jest właścicielem (co najmniej jednego) szpitala działającego w formie spółki.
- Pow_SPiSp – powiat jest właścicielem szpitali działających w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz spółki.

Jak wspomniano powyżej, w pytaniach otwartych można było udzielić więcej niż jednej odpowiedzi (np. sprawowanie nadzoru w oparciu o narzędzia z kilku kategorii). Dlatego, w przypadku tych pytań, wyniki nie sumują się do 100%.

1. Jakie narzędzia nadzoru są obecnie stosowane przez powiat? (pytanie otwarte)

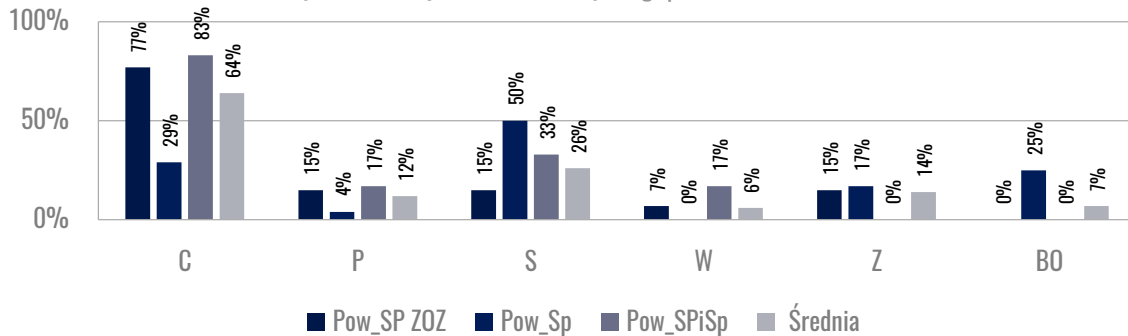
Odpowiedzi udzielone przez respondentów można podzielić na następujące kategorie:

- **C – czynnościowe**, tj, opisujące nadzór poprzez czynności, jakie są wykonywane w procesie nadzoru (np. „nadawanie statutu”, „bieżąca kontrola spraw związanych z działalnością szpitala”, „kontrola nad zobowiązaniami wymagalnymi”, „okresowe omawianie na Zarządzie Powiatu wyników finansowych”, itp.).
- **P – prawne**, odwołujące się do przepisów (np. „Kontrola i ocena działalności zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.)”).
- **S – strukturalne**, w których nie było podanych czynności, ale wymieniano organy/struktury, które nadzór sprawują.
- **W – własne** – pokazujące własne działania powiatu, wypracowanie dokumentów regulujących nadzór (np. „uchwała w sprawie wzorów i terminów składania oraz sposobu oceny planu finansowego, miesięcznych sprawozdań finansowych, rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego, programu naprawczego oraz raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala”).
- **Z – zdawkowe** – hasła, najczęściej ograniczające się do podania wyrazu lub dwóch, z których nie sposób wywnioskować, co, faktycznie, powiat rozumie jako nadzór (np. „kontrola w miejscu”, „nadzór ogólny”).
- **BO** – brak odpowiedzi na to pytanie.

Tabela 1. Rodzaje działań nadzorczych wg sposobu ich definiowania

	C	P	S	W	Z	BO
Pow_SP ZOZ	77%	15%	15%	7%	15%	0%
Pow_Sp	29%	4%	50%	0%	17%	25%
Pow_SPiSp	83%	17%	33%	17%	0%	0%
Średnia	64%	12%	26%	6%	14%	7%

Wykres 1. Rodzaje działań nadzorczych wg sposobu ich definiowania



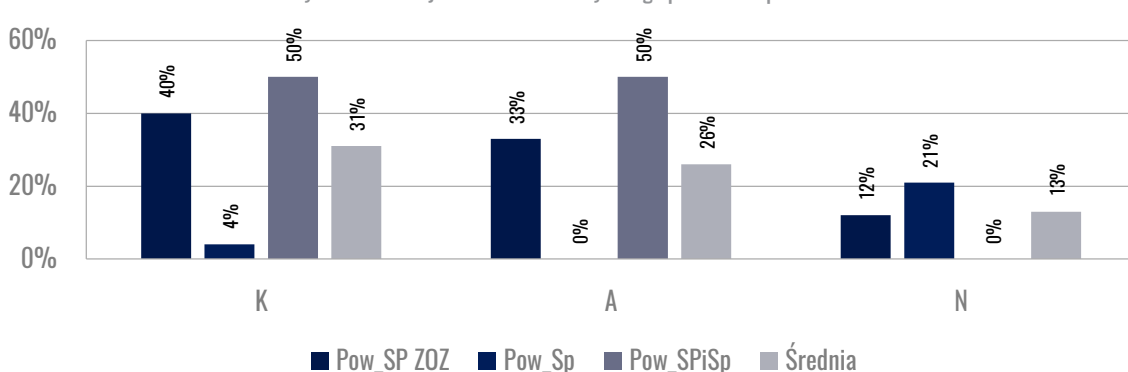
W odniesieniu do omawianego pytania wprowadzono także dodatkowy podział mówiący o tym, jak opisywane są działania nadzorcze. Podzielono je na następujące kategorie:

- **K – kontrolne** – odnoszące się do funkcji kontrolnych, używające określenia „kontrola” (np. „kontrola nad zobowiązaniami wymagalnymi”, „prowadzenie kontroli w sp zoz”).
- **N – nadzoru** – odnoszące się do funkcji nadzorczych, używające określenia „nadzór” (np. „nadzór nad gospodarowaniem mieniem”), zazwyczaj odwołujące się także do kontroli.
- **A – analityczne** – wskazujące na analizę danych uzyskiwanych od szpitala (np. „analiza sprawozdań”, „bieżąca analiza dokumentów finansowych i aktualnej sytuacji SPZZOZ”).

Tabela 2. Rodzaje działań nadzorczych wg sposobu ich prowadzenia

	K	A	N
Pow_SP ZOZ	40%	33%	12%
Pow_Sp	4%	0%	21%
Pow_SPiSp	50%	50%	0%
Średnia	31%	26%	13%

Wykres 2. Rodzaje działań nadzorczych wg sposobu ich prowadzenia



Analizując dane dotyczące rodzaju narzędzi, jakie stosują powiaty można dostrzec zróżnicowane podejście reprezentowane przez powiaty w zależności od rodzaju jednostek, jakie nadzorują. Te, które nadzorują spółki wydają się podchodzić do nadzoru w sposób bardziej zdystansowany. 50% takich respondentów odwołało się do przepisów prawa („są przepisy i się do nich stosujemy”), choć – jak wspomniano we wprowadzeniu – przepisy te trudno uznać za idealne, co więcej samo Ministerstwo Skarbu Państwa zaleca stosowanie wytycznych OECD w prowadzeniu nadzoru, a nie tylko do samych przepisów. Omawiana grupa podała też najmniej



narzędzi innego typu, a 25% w ogóle nie odpowiedziało na to pytanie [podobnie, odnotowano stosunkowo wysokie braki w odpowiedziach tej grupy na pozostałe pytania]. Powiaty odpowiedzialne za SP ZOZ-y, a także SP ZOZ-y i spółki opisują narzędzia przede wszystkim przez pryzmat czynności, jakie są wykonywane, w dużo mniejszym stopniu odwołując się do przepisów. Respondenci ci opisują też częściej czynności nadzoru jako kontrolne i analityczne w porównaniu do tych respondentów, którzy nadzorują tylko spółki.

Stosunkowo niewiele powiatów (średnia 6%) wypracowuje własne narzędzia do nadzoru. Najmniej te, które nadzorują tylko SP ZOZ-y. Była to też grupa, która – co prawda – odpowiedziała na to pytanie, ale relatywnie sporo (15%) zrobiło to w sposób zdawkowy.

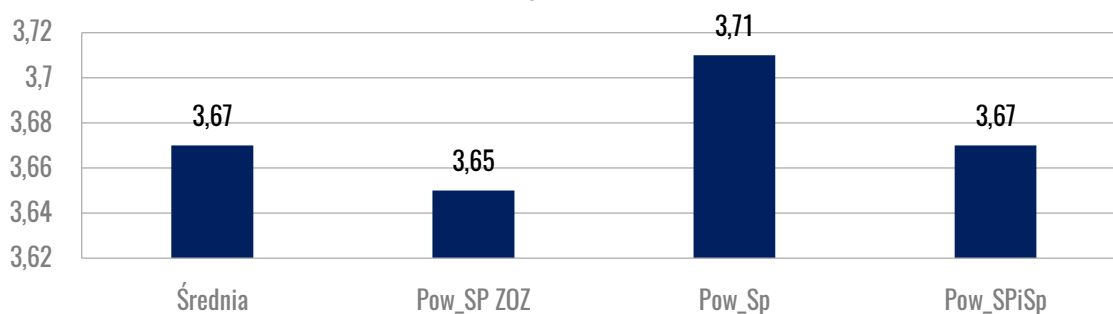
Najczęściej nadzór definiowany jest przez pojęcie kontroli. Choć i w tym przypadku widać zdecydowaną różnicę. Do tego pojęcia odwoływały się przede wszystkim powiaty nadzorujące SP ZOZ-y oraz te, które nadzorują i SP ZOZ-y i spółki. W tych grupach najczęściej też pojawiały się odpowiedzi mówiące o podejmowaniu działań analitycznych. Grupa nadzorująca tylko spółki praktycznie nie podawała odpowiedzi w tych dwóch kategoriach. Natomiast mówiła o nadzorze (i to na stosunkowo niskim poziomie – 21% odpowiedzi). Warto odnotowania jest wskazanie czynności zarówno kontrolnych jak i analitycznych, które wg grupy powiatów nadzorujących SP ZOZ-y i spółki składają się na nadzór.

2. Jaka, Pani/Pana zdaniem, jest skuteczność narzędzi nadzoru stosowanych przez powiat?

Tabela 3. Skuteczność narzędzi nadzoru stosowanych przez powiat

Średnia	Pow_SP ZOZ	Pow_Sp	Pow_SPiSp
3,67	3,65	3,71	3,67

Wykres 3. Skuteczność narzędzi nadzoru stosowanych przez powiat



(skala 0 – żadna [podmiot się nie bilansuje, ryzyko prowadzenia działalności jest wysokie, a potrzeby populacji nie są zabezpieczone] do 5 – wysoka [podmiot się bilansuje, ryzyko prowadzenia działalności jest minimalizowane, a potrzeby populacji są zabezpieczone])

Powiaty uznają stosowane przez siebie narzędzia za skuteczne. Średni wynik to 3,67 (przy punkcie „neutralnym” na poziomie 2,5). Różnice w odpowiedziach między poszczególnymi grupami zamykają się w przedziale 0,5%-1,1%. Mając na względzie, że w kwestionariuszu podano przytoczone powyżej wyjaśnienie skali skuteczności, uzyskane wyniki wskazują, że nadzór nad szpitalami jest uznawany za bardzo skuteczny. Zdają się też sugerować, że większość podmiotów bilansuje się, ryzyko prowadzenia działalności jest stosunkowo niewielkie, a szpitale w większości zabezpieczają potrzeby zdrowotne obsługiwanej populacji.

3. Jakie narzędzia/działania, Pani/Pana zdaniem, sprawdzają się w obecnym modelu nadzoru? (pytanie otwarte)

Narzędzia zostały podzielone wg klucza podanego poniżej:

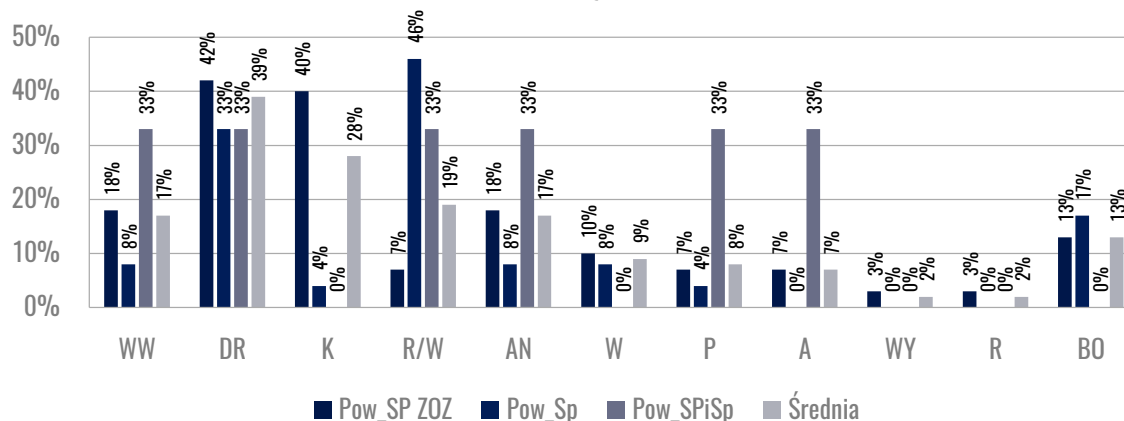
- **DR – działania regularne** – tj. takie, które były określane przez respondentów mianem „okresowe” / „bieżące”, najczęściej były to sprawozdania.
- **K – kontrola** – różnego typu działania kontrolne prowadzone przez powiat.
- **WY – żądanie wyjaśnień** przez powiat od podległego szpitala.
- **W – współpraca** – różnie opisywane działania, które podkreślały różne formy wspólnych przedsięwzięć / czynności między szpitalem a powiatem (np. „kontakt między dyrekcją a powiatem” / „bezpośredni kontakt”).

- **A – audyty.**
- **AN – analiza/ocena** – działań/sprawozdań przedstawianych powiatowi przez szpital.
- **R/W – działalność właściciela: rada społeczna/nadzorcza / zarząd powiatu/zgromadzenie wspólników, itp.** – ww. organy lub działania przez nie wykonywane.
- **P – prawne** – jak w poprzednim pytaniu – odwołujące się do przepisów prawa.
- **R – działania biegłego rewidenta.**
- **WW – te, które były wcześniej wymienione** – część jednostek powtarzała, że (w ich opinii) te, które same stosują są skuteczne; stworzono więc osobną kategorię, a same odpowiedzi (opisane jako WW) zostały dopisane do pozostałych kategorii.
- **BO – brak odpowiedzi** na to pytanie.

Tabela 4. Skuteczne narzędzia nadzoru

	WW	DR	K	R/W	AN	W	P	A	WY	R	BO
Pow_SP ZOZ	18%	42%	40%	7%	18%	10%	7%	7%	3%	3%	13%
Pow_Sp	8%	33%	4%	46%	8%	8%	4%	0%	0%	0%	17%
Pow_SPiSp	33%	33%	0%	33%	33%	0%	33%	33%	0%	0%	0%
Średnia	17%	39%	28%	19%	17%	9%	8%	7%	2%	2%	13%

Wykres 4. Skuteczne narzędzia nadzoru



Największą skuteczność, zdaniem respondentów dają działania regularne (39% odpowiedzi), powiaty nadzorujące SP ZOZ-y najwyżej oceniły takie działania (42%, w porównaniu z 33% dla obu pozostałych grup). Ta sama grupa wskazała też na narzędzia o charakterze kontrolnym (40%), w pozostałych grupach nie cieszyły się one uznaniem (4% powiaty nadzorujące spółki, 0% te, które mają i SP ZOZ-y i spółki). Natomiast ww. grupy uznawały, że działania właściciela (rady nadzorczej, zarządu powiatu lub zgromadzenia wspólników) za najskuteczniejsze (odpowiednio: 46% i 33%). Zdanie to podzieliła zaledwie 7% powiatów, które nadzorują tylko SP ZOZ-y. Stosunkowo dużo odpowiedzi (średnio 17%) wskazywało na stosowanie różnego rodzaju analiz, jako narzędzia nadzoru. Już dużo mniej natomiast (średnio 9%) mówiło, że skuteczna jest współpraca między jednostką nadzorującą i nadzorowaną.

4. Czego, Pani/Pana zdaniem, brakuje w obecnym modelu nadzoru? (pytanie otwarte)

Odpowiedzi udzielone przez respondentów można podzielić na następujące kategorie:

- **X – niczego nie brakuje.**
- **F – brak finansów**, za pomocą których powiat mógłby wspierać szpital lub brak możliwości wpływania na wielkość finansów ze źródeł zewnętrznych – Narodowego Funduszu Zdrowia lub Ministerstwa Zdrowia.
- **N – nie mam zdania/nie wiem.**
- **P – brak uregulowań prawnych**, nieprecyzyjność przepisów lub problemy z zastosowaniem istniejących



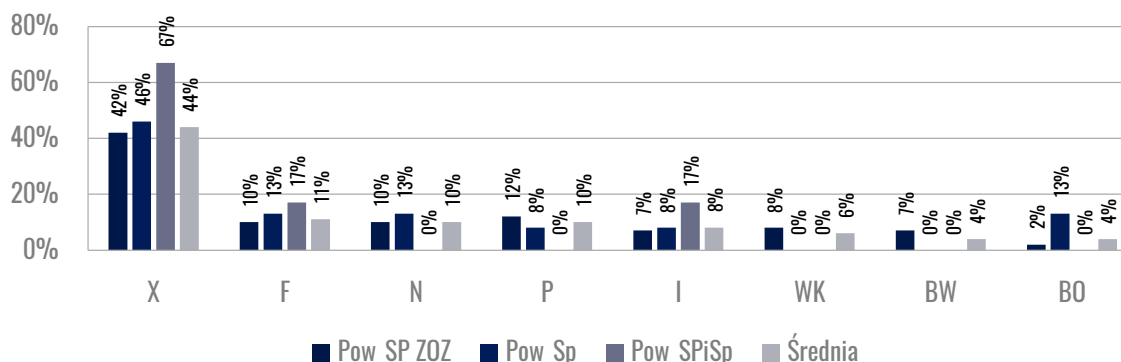
przepisów.

- **I – problemy z dostępem do informacji.**
- **WK – brak wykwalifikowanej kadry;** szerszej: kwalifikacji (po stronie powiatu, rady społecznej/nadzorczej, itp.); brak stosownych struktur.
- **BW – brak wzorców nadzoru** czy też narzędzi, które mogłyby być zastosowane.
- **BO – brak odpowiedzi na to pytanie.**

Tabela 5. Braki w obecnym modelu nadzoru

	X	F	N	P	I	WK	BW	BO
Pow_SP ZOZ	42%	10%	10%	12%	7%	8%	7%	2%
Pow_Sp	46%	13%	13%	8%	8%	0%	0%	13%
Pow_SPiSp	67%	17%	0%	0%	17%	0%	0%	0%
Średnia	44%	11%	10%	10%	8%	6%	4%	4%

Wykres 5. Braki w obecnym modelu nadzoru



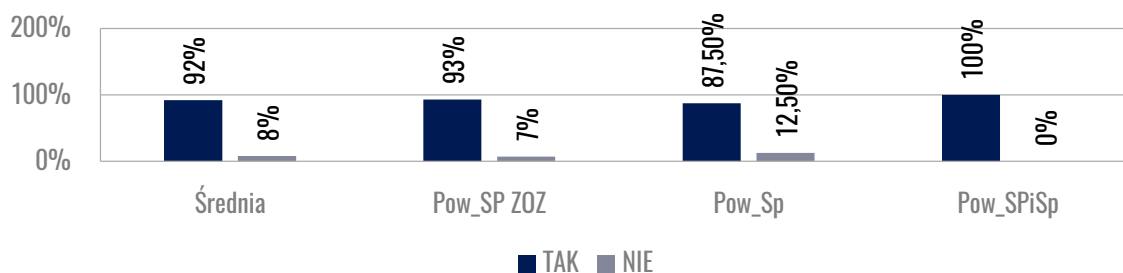
44% respondentów uznało narzędzia, jakie mają do dyspozycji za wystarczające do prowadzenia nadzoru, w tym 67% powiatów nadzorujących SP ZOZ-i spółki. Średnio po ok 10% respondentów: a) mówiło o braku finansów, czy możliwości wpywania na finanse będące w dyspozycji NFZ lub MZ, b) nie miało zdania lub c) stwierdziło, że brak jest uregulowań prawnych / uważało, że są one mało precyzyjne lub są problemy z ich stosowaniem. 8% powiatów wskazało także na problemy z dostępem do informacji.

5. Czy Pani/Pana zdaniem wiedza powiatu nt. podległego mu podmiotu jest wystarczająca?

Tabela 6. Wystarczająca wiedza powiatu nt. podległego mu podmiotu

	Średnia	Pow_SP ZOZ	Pow_Sp	Pow_SPiSp
TAK	92%	93%	87,5%	100%
NIE	8%	7%	12,5%	0%

Wykres 6. Wystarczająca wiedza powiatu nt. podległego mu podmiotu



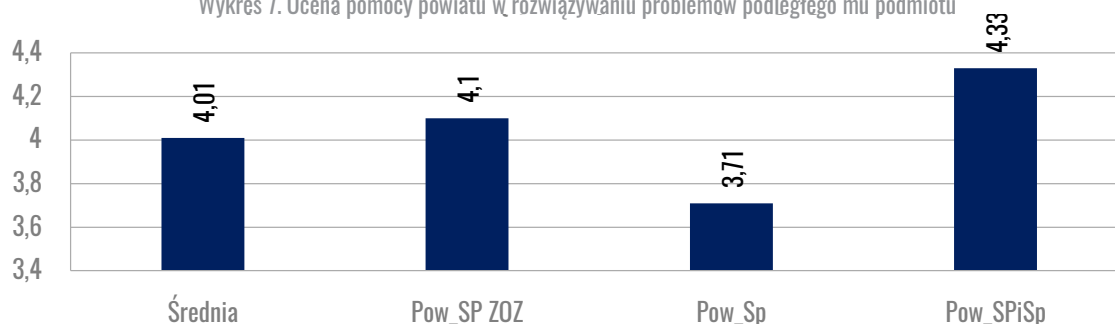
Zdaniem zdecydowanej większości respondentów (średnio 92%) ich wiedza na temat podległych jednostek jest wystarczająca. Wszyscy respondenci, którzy nadzorują i SP ZOZ-y i spółki zgodzili się z tym twierdzeniem. Najniższy wskaźnik (87,5%) zanotowano w przypadku powiatów nadzorujących spółki. Te powiaty, które wskazały na fakt, że ich wiedza nie jest wystarczająca [n=7] jako główny powód podawały to, że podmiot leczniczy nie przekazuje powiatowi istotnych informacji [n=5]

6. Jak pomocny jest powiat w rozwiązywaniu problemów podległego mu podmiotu?

Tabela 7. Ocena pomocy powiatu w rozwiązywaniu problemów podległego mu podmiotu

Średnia	Pow_SP ZOZ	Pow_Sp	Pow_SPiSp
4,01	4,10	3,71	4,33

Wykres 7. Ocena pomocy powiatu w rozwiązywaniu problemów podległego mu podmiotu



(skala 0 – wcale [działania powiatu nie przyczyniają się do rozwiązania problemów podmiotu] do 5 – bardzo [działania powiatu pomagają rozwiązać wszystkie/zdecydowaną większość problemów podmiotu])

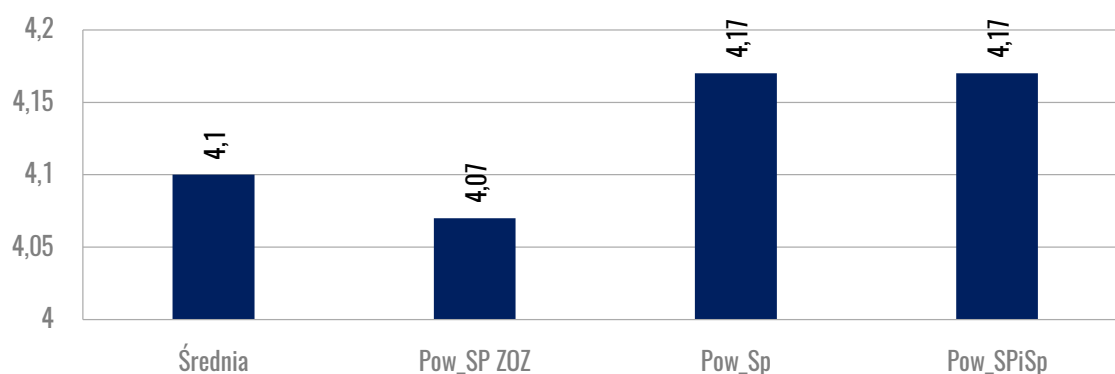
W odpowiedziach na omawiane pytanie odnotowano spore różnice. Średnia wartość to 4,01 (przy punkcie „neutralnym” – 2,5). Ponownie najwyższą wartość tego wskaźnika odnotowano w przypadku powiatów, które nadzorują SP ZOZ-y i spółki, a najniższą – tych, które nadzorują tylko spółki – 3,71.

7. Jak ocenia Pani/Pan nadzór sprawowany przez powiat nad podległym mu podmiotem?

Tabela 8. Ocena nadzoru sprawowanego przez powiat nad podległym mu podmiotem

Średnia	Pow_SP ZOZ	Pow_Sp	Pow_SPiSp
4,10	4,07	4,17	4,17

Wykres 8. Ocena nadzoru sprawowanego przez powiat nad podległym mu podmiotem



(skala 0 – nisko 5 – wysoko)

O ile średnia ocen dla tego jak powiat bywa pomocny wyniosła 4,01, a skuteczność narzędzi nadzoru 3,67, to powiaty dużo wyżej oceniły nadzór sprawowany nad podległymi szpitalami. Średnia wartość dla oceny nadzoru jako takiego wyniosła bowiem 4,10. Największe rozbieżności były w przypadku powiatów

odpowiedzialnych za spółki. Ich ocena tego, na ile powiat bywa pomocny w rozwiązywaniu problemów szpitala była istotnie niższa od średniej (3,71 vs. 4,01), natomiast sam nadzór powiaty te oceniły najwyżej – na 4,17 (podobnie jak powiaty mające i SP ZOZ-y i spółki). Tego typu powiaty w największym stopniu (w badanych grupach) stwierdziły też, że w obecnym modelu nadzoru niczego nie brakuje.

8. Na ile zgadza się Pani/Pan z zamieszczonymi poniżej тезami dotyczącymi roli rady społecznej/nadzorczej w zarządzaniu podmiotem leczniczym:

UWAGA: ze względu na dużą ilość danych, zrezygnowano z podawania odsetka jednostek, który nie odpowiedział na to pytanie. Wyniki średnie są więc przedstawione dla średniej z udzielonych odpowiedzi.

Odpowiedzi dotyczące rad społecznych:

Tabela 9. Rada spełnia zamierzoną przez ustawodawcę rolę

	Średnia	Pow_SP ZOZ	Pow_SPiSp
Zdecydowanie się nie zgadzam	3%	3%	0%
Raczej się nie zgadzam	5%	3%	17%
Raczej się zgadzam	48%	47%	67%
Zdecydowanie się zgadzam	36%	38%	17%
Nie mam zdania	8%	9%	0%
	100%	100%	100%

Wykres 9. Rada spełnia zamierzoną przez ustawodawcę rolę

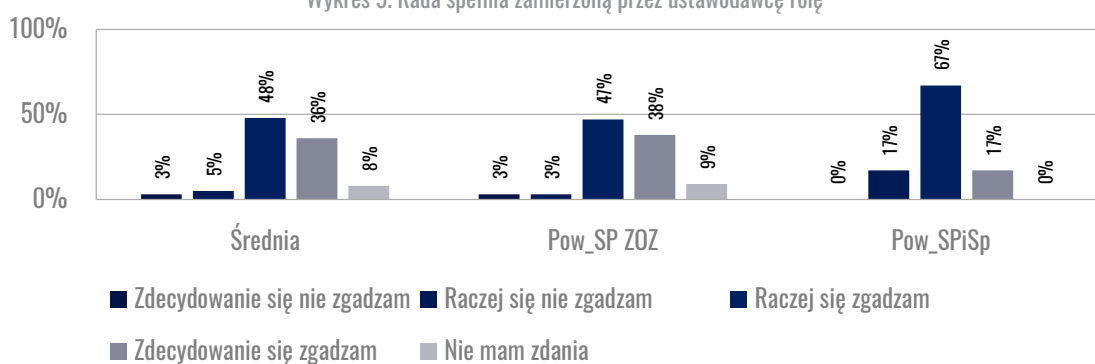


Tabela 10. Rada wydłuża procedury podejmowania decyzji

	Średnia	Pow_SP ZOZ	Pow_SPiSp
Zdecydowanie się nie zgadzam	16%	17%	0%
Raczej się nie zgadzam	48%	48%	50%
Raczej się zgadzam	20%	21%	17%
Zdecydowanie się zgadzam	8%	7%	17%
Nie mam zdania	8%	7%	17%
	100%	100%	100%

Wykres 10. Rada wydłuża procedury podejmowania decyzji

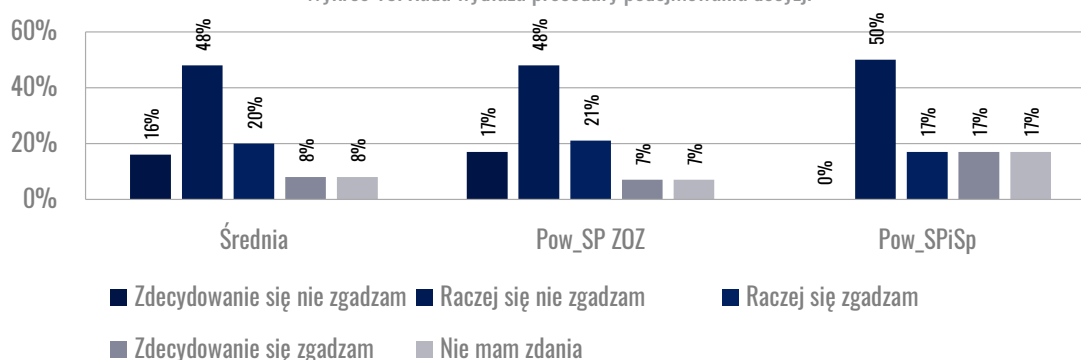


Tabela 11. Rada utrudnia proces zarządzania podmiotem

	Średnia	Pow_SP ZOZ	Pow_SPiSp
Zdecydowanie się nie zgadzam	38%	42%	0%
Raczej się nie zgadzam	46%	44%	67%
Raczej się zgadzam	8%	7%	17%
Zdecydowanie się zgadzam	0%	0%	0%
Nie mam zdania	8%	7%	17%
	100%	100%	100%

Wykres 11. Rada utrudnia proces zarządzania podmiotem

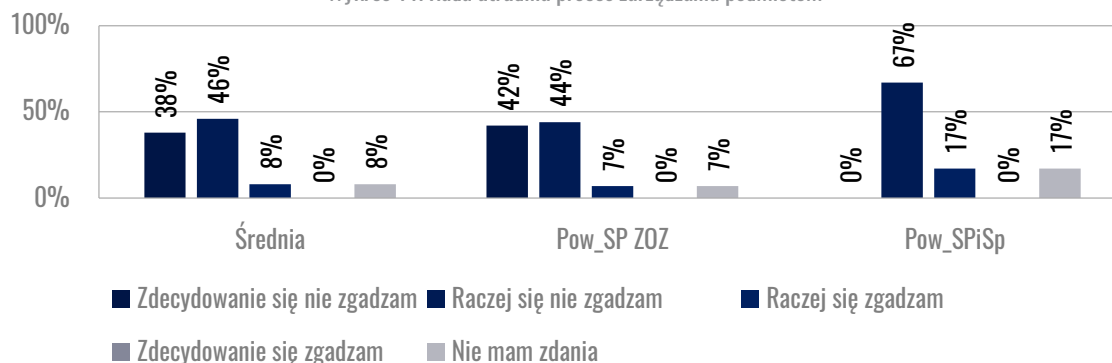


Tabela 12. Działania rady są pomocne w sprawowaniu nadzoru z punktu widzenia powiatu

	Średnia	Pow_SP ZOZ	Pow_SPiSp
Zdecydowanie się nie zgadzam	2%	2%	0%
Raczej się nie zgadzam	11%	10%	17%
Raczej się zgadzam	53%	53%	50%
Zdecydowanie się zgadzam	30%	32%	17%
Nie mam zdania	5%	3%	17%
	100%	100%	100%

Wykres 12. Działania rady są pomocne w sprawowaniu nadzoru z punktu widzenia powiatu

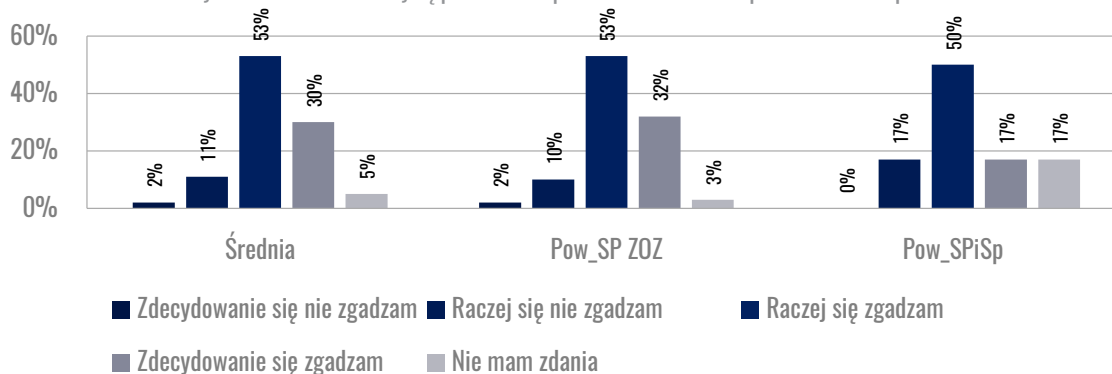
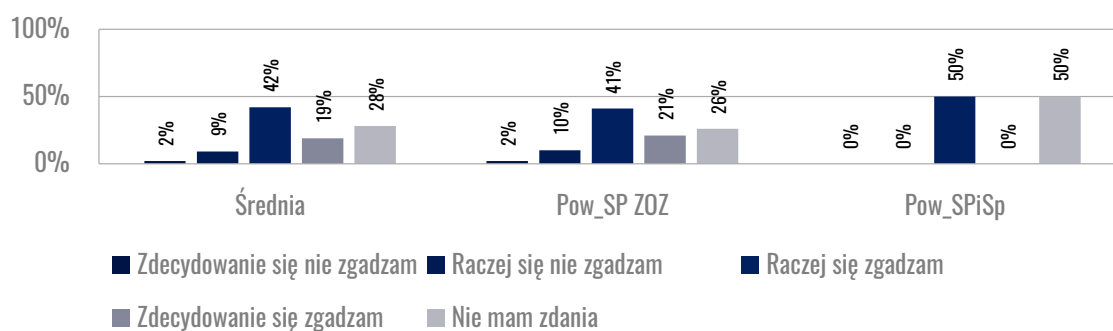


Tabela 13. Działania rady są pomocne w sprawowaniu nadzoru z punktu widzenia podmiotu leczniczego

	Średnia	Pow_SP ZOZ	Pow_SPiSp
Zdecydowanie się nie zgadzam	2%	2%	0%
Raczej się nie zgadzam	9%	10%	0%
Raczej się zgadzam	42%	41%	50%
Zdecydowanie się zgadzam	19%	21%	0%
Nie mam zdania	28%	26%	50%
	100%	100%	100%



Wykres 13. Działania rady są pomocne w sprawowaniu nadzoru z punktu widzenia podmiotu leczniczego



Odpowiedzi dotyczące rad nadzorczych:

Tabela 14. Rada spełnia zamierzoną przez ustawodawcę rolę

	Średnia	Pow_Sp	Pow_SPiSp
Zdecydowanie się nie zgadzam	4%	6%	0%
Raczej się nie zgadzam	4%	6%	17%
Raczej się zgadzam	33%	33%	67%
Zdecydowanie się zgadzam	21%	6%	17%
Nie mam zdania	38%	50%	0%
	100%	100%	100%

Wykres 14. Rada spełnia zamierzoną przez ustawodawcę rolę

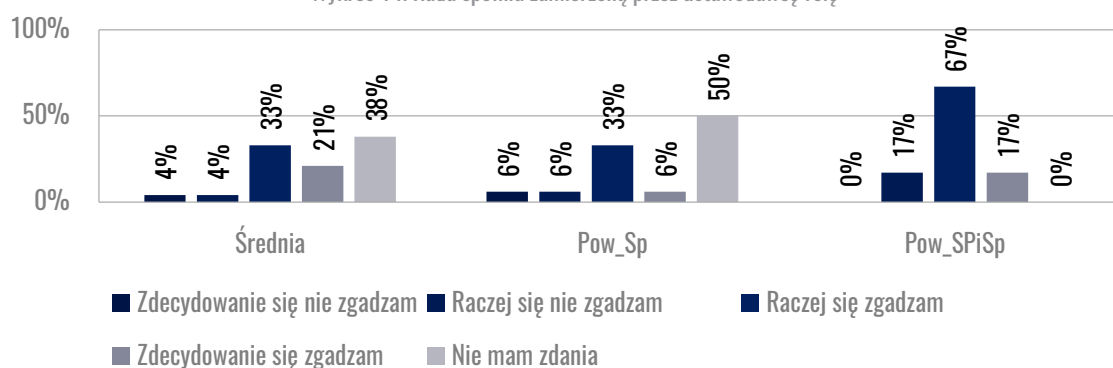


Tabela 15. Rada wydłuża procedury podejmowania decyzji

	Średnia	Pow_Sp	Pow_SPiSp
Zdecydowanie się nie zgadzam	9%	12%	0%
Raczej się nie zgadzam	26%	6%	50%
Raczej się zgadzam	30%	35%	17%
Zdecydowanie się zgadzam	4%	6%	17%
Nie mam zdania	30%	41%	17%
	100%	100%	100%

Wykres 15. Rada wydłuża procedury podejmowania decyzji

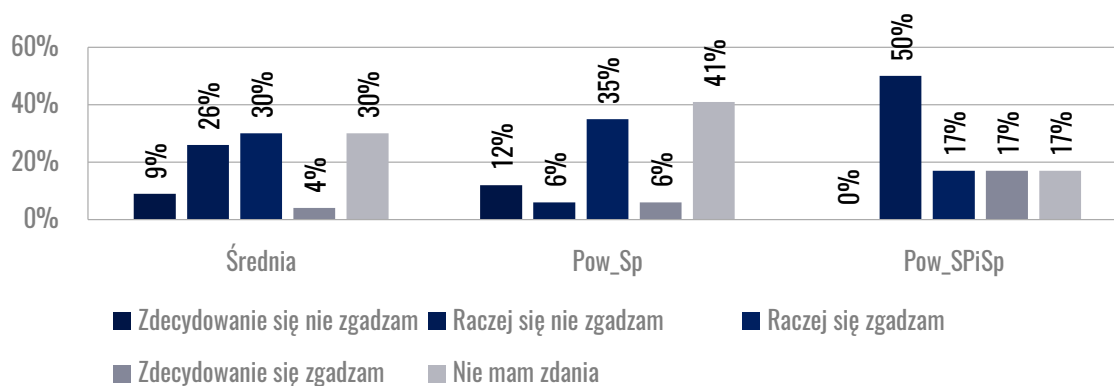


Tabela 16. Rada utrudnia proces zarządzania podmiotem

	Średnia	Pow_Sp	Pow_SPiSp
Zdecydowanie się nie zgadzam	17%	11%	0%
Raczej się nie zgadzam	29%	22%	67%
Raczej się zgadzam	17%	17%	17%
Zdecydowanie się zgadzam	0%	0%	0%
Nie mam zdania	38%	50%	17%
	100%	100%	100%

Wykres 16. Rada utrudnia proces zarządzania podmiotem

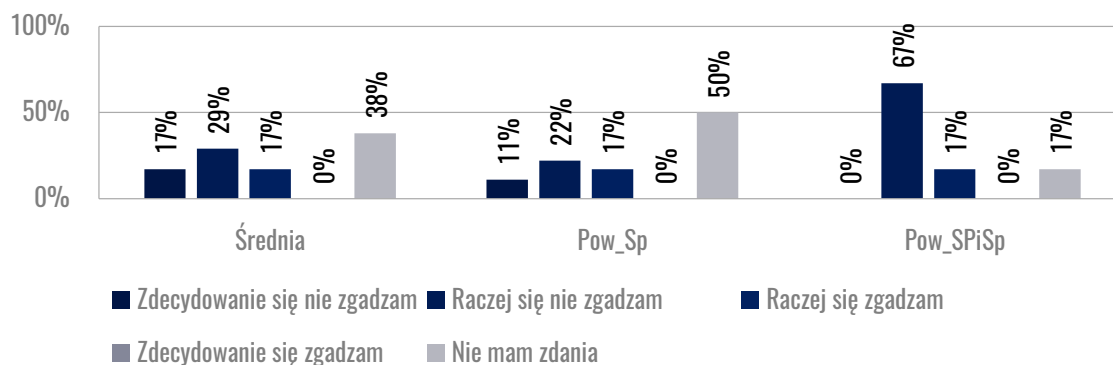


Tabela 17. Działania rady są pomocne w sprawowaniu nadzoru z punktu widzenia powiatu

	Średnia	Pow_Sp	Pow_SPiSp
Zdecydowanie się nie zgadzam	13%	6%	0%
Raczej się nie zgadzam	17%	6%	17%
Raczej się zgadzam	30%	35%	50%
Zdecydowanie się zgadzam	4%	6%	17%
Nie mam zdania	35%	47%	17%
	100%	100%	100%

Wykres 17. Działania rady są pomocne w sprawowaniu nadzoru z punktu widzenia powiatu

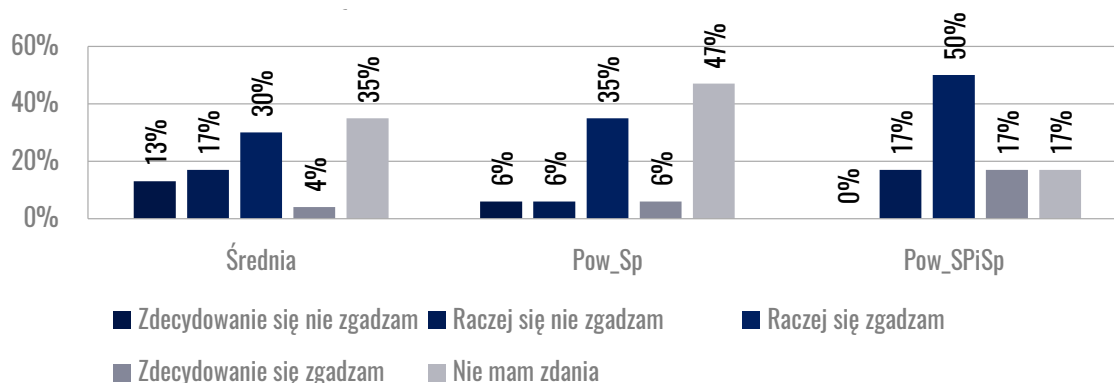


Tabela 17. Działania rady są pomocne w sprawowaniu nadzoru z punktu widzenia podmiotu leczniczego.

	Średnia	Pow_Sp	Pow_SPiSp
Zdecydowanie się nie zgadzam	5%	0%	0%
Raczej się nie zgadzam	5%	6%	0%
Raczej się zgadzam	14%	13%	50%
Zdecydowanie się zgadzam	18%	13%	0%
Nie mam zdania	59%	69%	50%
	100%	100%	100%

Wyniki odpowiedzi na pytania dotyczące rad społecznych i nadzorczych warto przeanalizować wspólnie, choć – rzecz jasna – nie są to ciała mające tę samą rolę. Takie podejście pozwoli na wychwycenie różnic w ocenie i może dać podstawy do wnioskowania na temat tego, które z ww. ciał lepiej się sprawdza, a przez to, w jakich kierunkach powinny iść zmiany systemowe (regulacje prawne).

Respondenci w większości zgadzali się ze stwierdzeniem, że rada spełnia zamierzoną przez ustawodawcę rolę. Aczkolwiek, te grupy, które oceniały radę nadzorczą wybierały częściej opcję „raczej się zgadzam” niż „zdecydowanie się zgadzam” (w porównaniu do grup oceniających radę społeczną). Zainteresowanie budzi odpowiedź grupy powiatów, które nadzorują wyłącznie spółki. Aż 50% respondentów stwierdziło, że nie ma zdania w tej kwestii. Ten brak zdania jest charakterystyczny także dla kolejnych wypowiedzi tej grupy respondentów.

Niejednorodny rozkład głosów dotyczył pytania nt. wydłużania przez radę procedur podejmowania decyzji. Najliczniejsze odpowiedzi wskazywały, że respondenci raczej nie zgadzają się z tą tezą – w przypadku rad społecznych. W przypadku rad nadzorczych powiaty, które mają i SP ZOZ i spółkę także się z tą tezą raczej nie zgadzają (50%), natomiast 35% jednostek raczej się z tą tezą zgadza, a 4% zdecydowanie się zgadza, przy 41% respondentów, którzy nie mają zdania w tej kwestii.

Większość respondentów nie zgadza się z tezą, że rada społeczna utrudnia zarządzanie szpitalem, przy czym wśród powiatów nadzorujących wyłącznie SP ZOZ-y 42% nie zgadza się zdecydowanie. W przypadku powiatów mających i SP ZOZ-y i spółki, 67% raczej się nie zgadza. Identycznych odpowiedzi udzieliła ta grupa powiatów na pytanie nt. rad nadzorczych. Natomiast połowa powiatów nadzorujących wyłącznie spółki po raz kolejny nie ma zdania na ten temat. Pozostała połowa raczej się nie zgadza; ten sam odsetek (17%) albo się zgadza zdecydowanie, albo raczej się nie zgadza.

Ponownie przy wysokim odsetku powiatów nadzorujących spółki, które nie mają zdania w tej kwestii (47%), większość respondentów raczej zgadza się z tezą, że rady są pomocne w sprawowaniu nadzoru z punktu widzenia powiatu (w przypadku rad społecznych jest też wysoki odsetek odpowiedzi wskazujących, że respondenci zdecydowanie zgadzają się z tą tezą).

Podobne odpowiedzi padły w przypadku tezy mówiącej, że rady są pomocne w sprawowaniu nadzoru z punktu widzenia szpitala. W tym przypadku bardzo wysoki jest odsetek respondentów twierdzących, że nie mają zdania w tej kwestii. W przypadku rad społecznych to średnio 28%, a rad nadzorczych aż 59%.

9. Jak zorganizowane są struktury do sprawowania nadzoru? (pytanie otwarte)

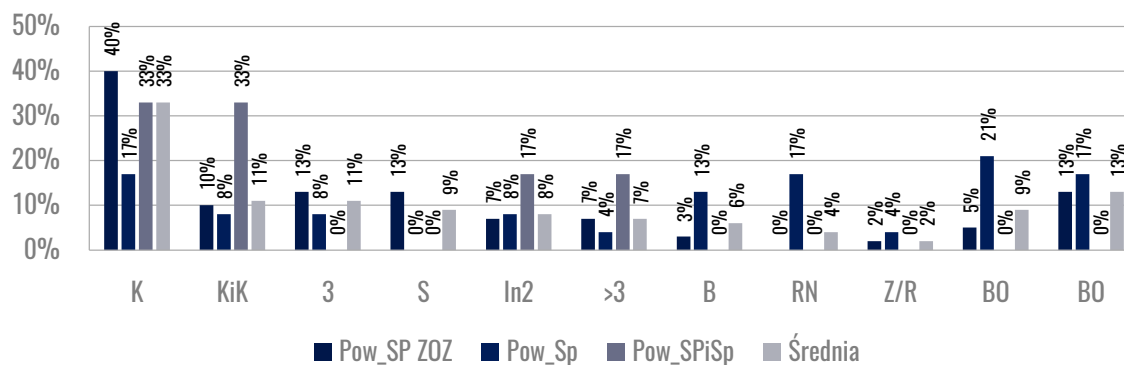
Respondenci odpowiadali na ww. pytanie w sposób bardzo zróżnicowany. Wyniki pokazują, jak bardzo różnie struktury tworzone są do sprawowania nadzoru. W związku z powyższym odpowiedzi przedstawiono w podziale na następujące kategorie:

- **S – pojedyncze stanowisko**, powyższe może być rozumiane także jako wydzielony element struktury komórki organizacyjnej – osobne stanowisko lub też stanowisko wydzielone do sprawowania nadzoru w komórce organizacyjnej, np. wydziale lub pojedyncza osoba zajmująca się nadzorem (lub szerzej: ochroną zdrowia); czasami była to też osoba oddelegowana z władz powiatu.
- **K – komórka organizacyjna** (wydział, oddział, itp. – w zależności od nazewnictwa stosowanego przez powiaty; najczęściej: wydział).
- **Z/R – zarząd, rada powiatu, komisja**, itp.; nie były to jednak rady społeczne/nadzorcze; w wielu przypadkach były to ciała działające z innymi komórkami/osobami – takie rozwiązania zostały ujęte w kategoriach In2, 3, >3 opisanymi poniżej.
- **RN – rada nadzorcza** lub jej wyznaczony przedstawiciel.
- **B – zadeklarowany przez powiat brak stałych struktur zajmujących się nadzorem.**
- **BO – brak odpowiedzi lub odpowiedź nie związane z pytaniem.**
- W związku z bardzo silnym zróżnicowaniem odpowiedzi, przedstawiono je w dwóch tabelach w nieco różniących się od siebie podziałach. W pierwszym układzie pokazano, w jakich kombinacjach stanowisk/komórek powiaty sprawują nadzór. Spowodowało to konieczność dodania (do wcześniej już zdefiniowanych) następujących kategorii:
- **KiK – dwie dowolne komórki.**
- **In2 – dowolny inny układ dwóch: stanowisk/komórek** (np. S i S, K i S, RN i S.... itp.).
- **3 – dowolny układ trzech stanowisk/komórek.**
- **>3 – dowolny układ więcej niż trzech stanowisk/komórek.**

Tabela 18. Struktury do sprawowania nadzoru pod kątem ich liczby

	K	KiK	3	S	In2	>3	B	RN	Z/R	BO
Pow_SP ZOZ	40%	10%	13%	13%	7%	7%	3%	0%	2%	5%
Pow_Sp	17%	8%	8%	0%	8%	4%	13%	17%	4%	21%
Pow_SPiSp	33%	33%	0%	0%	17%	17%	0%	0%	0%	0%
Średnia	33%	11%	11%	9%	8%	7%	6%	4%	2%	9%

Wykres 18. Struktury do sprawowania nadzoru pod kątem ich liczby

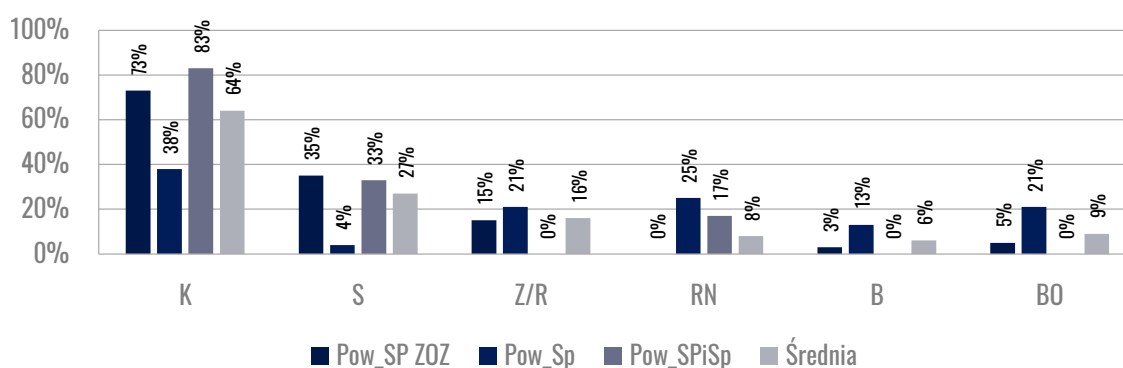


W drugim układzie pokazano wszystkie rodzaje struktur, które w powiatach odpowiedzialne są za nadzór w powiatach (czyli np. średnio 64% powiatów prowadzi nadzór za pomocą komórek, 27% pojedynczych stanowisk, itd.).

Tabela 19. Struktury stosowane w nadzorze

	K	S	Z/R	RN	B	BO
Pow_SP ZOZ	73%	35%	15%	0%	3%	5%
Pow_Sp	38%	4%	21%	25%	13%	21%
Pow_SPiSp	83%	33%	0%	17%	0%	0%
Średnia	64%	27%	16%	8%	6%	9%

Wykres 19. Struktury stosowane w nadzorze



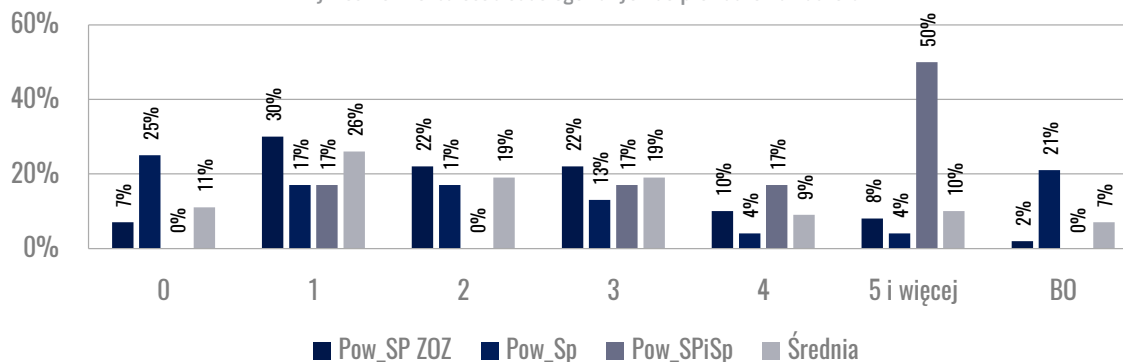
Powiaty prowadzą nadzór przede wszystkim za pomocą komórek organizacyjnych (wydziałów), dużo rzadziej – pojedynczych stanowisk. Najczęściej są to jednak mieszane / łączone struktury – wydział, inny wydział, stanowisko, itp. Pojedyncze stanowiska (9%) występują wyłącznie w przypadku powiatów nadzorujących SP ZOZ-y. Średnio 6% respondentów (a 13% wśród tych powiatów, które nadzorują wyłącznie spółki) zadeklarowało, że nie mają żadnych struktur, za pomocą których realizują nadzór.

Kolejna część tego pytania dotyczyła liczby osób zaangażowanych w prowadzenie nadzoru. Jak wspomniano powyżej, część respondentów wskazała zarządy/rady powiatów jako ciała odpowiedzialne za nadzór. Mając na uwadze, że są to wieloosobowe ciała, które nie są zaangażowane w stałe zajmowanie się nadzorem (poza np. posiedzeniami dotyczącymi szpitali), zdecydowano się usunąć z odpowiedzi te wartości, które odpowiadały ww. ciałom (np. rada powiatu, 21 osób), by nie zaburzać średnich wartości odpowiedzi.

Tabela 20. Liczba osób oddelegowanych do prowadzenia nadzoru

	0	1	2	3	4	5 i więcej	BO	Średnia
Pow_SP ZOZ	7%	30%	22%	22%	10%	8%	2%	2,32
Pow_Sp	25%	17%	17%	13%	4%	4%	21%	1,74
Pow_SPiSp	0%	17%	0%	17%	17%	50%	0%	4,33
Średnia	11%	26%	19%	19%	9%	10%	7%	2,33

Wykres 20. Liczba osób oddelegowanych do prowadzenia nadzoru



Średnio 2,33 osoby zajmują się w powiatach nadzorem nad szpitalami. Liczba tych osób jest bardzo różna w poszczególnych grupach. Najmniej – w powiatach nadzorujących spółki (1,74), najwięcej w tych, które nadzorują tak SP ZOZ-y jak i spółki (4,33). Te różnice można się starać wyjaśnić tym, że ta ostatnia grupa ma więcej niż 1 szpital, który podlega nadzorowi, co tłumaczyłoby większą liczbę osób, która się tą czynnością zajmuje. W pozostałych grupach także mogły być powiaty, które nadzorują więcej niż 1 szpital, jednak w związku ze sposobem zbierania danych nie sposób tego stwierdzić. Niska wartość omawianego wskaźnika dla powiatów nadzorujących wyłącznie spółki może być efektem tego, że w tej grupie występował największy odsetek respondentów, którzy zadeklarowali, że nikt nie zajmuje się nadzorem oraz faktu, że stosunkowo wiele z nich (17%) wskazało, że za nadzór odpowiada rada nadzorcza, nie podając jednak liczby członków rady.

Dodatkowo należy odnotować, że niektórzy respondenci podkreślali, iż wskazane przez nich osoby nie zajmują się wyłącznie nadzorem, ale mają też szereg innych obowiązków (np. „wieloosobowe stanowisko ds. ochrony zdrowia” „2 osoby, faktycznie ok. 0,5 etatu”, „3, ale poza tym mają inne zadania w zakresie czynności”).

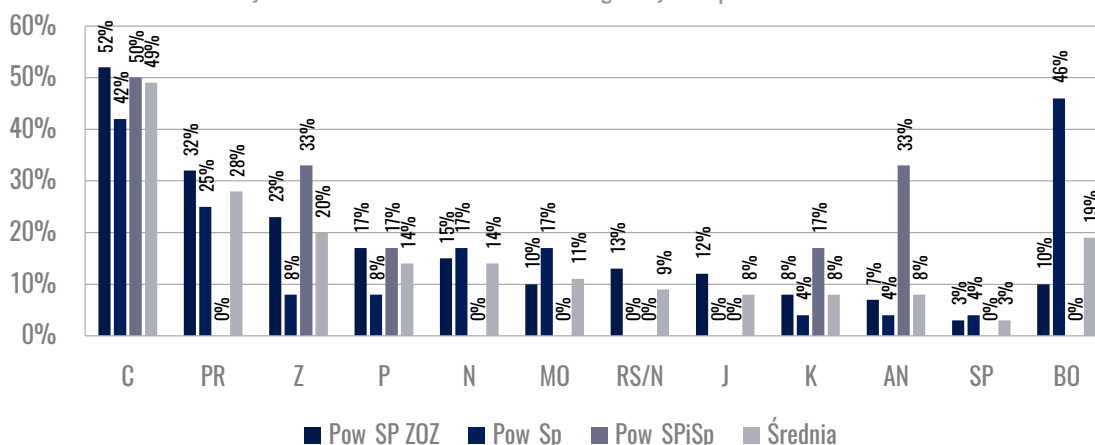
Ostatnia część tego pytania dotyczyła zadań wykonywanych przez wspomniane osoby/komórki w ramach nadzoru. I tym razem respondenci odpowiadali na to pytanie w sposób bardzo zróżnicowany. W związku z powyższym odpowiedzi przedstawiono w podziale na następujące kategorie:

- **C – czynnościowe**, tj. opisujące zadania poprzez czynności, jakie są wykonywane w procesie nadzoru.
- **PR – wskazujące na administracyjne procedury związane z prowadzeniem nadzoru** (np. „obsługa organizacyjno-administracyjna”, „sporządzanie umów, uchwał, aneksów związanych ze sprawami SP ZOZów...”, itp.).
- **Z – zdawkowe** – najczęściej pojedyncze słowa: „nadzór”, „kontrola” lub podobne.
- **P – prawne**, odwołujące się do przepisów.
- **N – nadzór** – bardzo często bez podawania szczegółów, czego ów nadzór dotyczy.
- **MO – monitorowanie sytuacji/działań szpitala.**
- **RS/N – rada społeczna/ nadzorcza** – obsługa działań rad (np. „Koordynowanie spraw Rady Społecznej”).
- **J** – zadania związane z **jakością**, opisywaną bardzo zdawkowo, najczęściej: „rozpatrywanie skarg”.
- **K – kontrola** – opisująca różnego rodzaju kontrole, jakie są prowadzone przez powiat.
- **AN – czynności analityczne** wykonywane przez struktury odpowiedzialne za nadzór.
- **SP – sprawozdawczość** – zajmujące się różnego rodzaju sprawozdawczością.
- **BO – brak odpowiedzi** lub odpowiedź nie związana z pytaniem.

Tabela 21. Zadania osób/ komórek oddelegowanych do prowadzenia nadzoru

	C	PR	Z	P	N	MO	RS/N	J	K	AN	SP	BO
Pow_SP ZOZ	52%	32%	23%	17%	15%	10%	13%	12%	8%	7%	3%	10%
Pow_Sp	42%	25%	8%	8%	17%	17%	0%	0%	4%	4%	4%	46%
Pow_SPiSp	50%	0%	33%	17%	0%	0%	0%	0%	17%	33%	0%	0%
Średnia	49%	28%	20%	14%	14%	11%	9%	8%	8%	8%	3%	19%

Wykres 21. Zadania osób/ komórek oddelegowanych do prowadzenia nadzoru



Zadania wykonywane przez osoby/komórki zajmujące się nadzorem zostały opisane przez respondentów przede wszystkim w oparciu o czynności, jakie są przez nie wykonywane (średnio 49% odpowiedzi). Najczęściej były to różnego rodzaju procedury (28%), przy czym żaden powiat nadzorujący zarówno SP ZOZ-y jak i spółki nie opisał ww. czynności w ten sposób. Wysoki odsetek stanowiły odpowiedzi zdawkowe oraz brak odpowiedzi. W tym ostatnim przypadku dotyczyło to aż 46% powiatów nadzorujących wyłącznie spółki. Z uwagi na tak wysoką wartość braku odpowiedzi, należałoby postawić pytanie o powód powyższego. Kolejne odpowiedzi opisywały omawiane pytanie przez pryzmat przepisów, czy też odwoływały się do pojęcia nadzoru (po 14%). 11% respondentów mówiło o monitorowaniu działań podległych jednostek. Kwestie jakości, kontroli i analiz padaty w odpowiedziach (po) 8% respondentów.

10. Jaki zakres danych (informacji) powiat (w sposób regularny) otrzymuje z podległych podmiotów leczniczych? (pytanie otwarte)

Z uwagi na różnorodność odpowiedzi zdecydowano się na ich podział w oparciu o 3 kryteria podane w osobnych tabelach poniżej: podejścia do zbierania danych (post i ante factum), okresy zbierania danych oraz zakresu danych, jakie były zbierane.

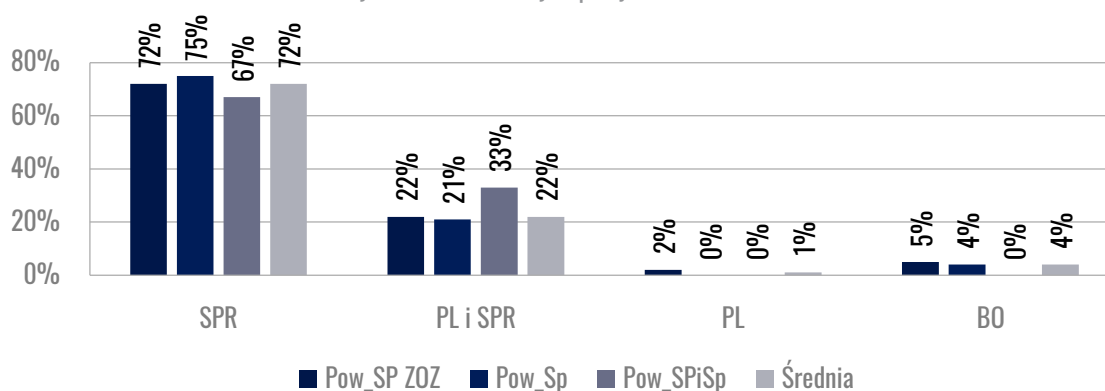
W odniesieniu do podejścia do zbierania danych, odpowiedzi udzielone przez respondentów podzielono na następujące kategorie:

- **SPR** – dane zbierane przez powiaty post factum w formie **sprawozdań z działalności**.
- **PL i SPR** – dane dotyczące zarówno planów, jak i ich wykonania (sprawozdanie z wykonania) zbierane przez powiaty.
- **PL** – dane dotyczące planów jednostek (ante factum) zbierane przez powiaty.
- **BO** – brak odpowiedzi na to pytanie.

Tabela 22. Zakres danych: podejście do ich zbierania

	SPR	PL i SPR	PL	BO
Pow_SP ZOZ	72%	22%	2%	5%
Pow_Sp	75%	21%	0%	4%
Pow_SPiSp	67%	33%	0%	0%
Średnia	72%	22%	1%	4%

Wykres 22. Zakres danych: podejście do ich zbierania



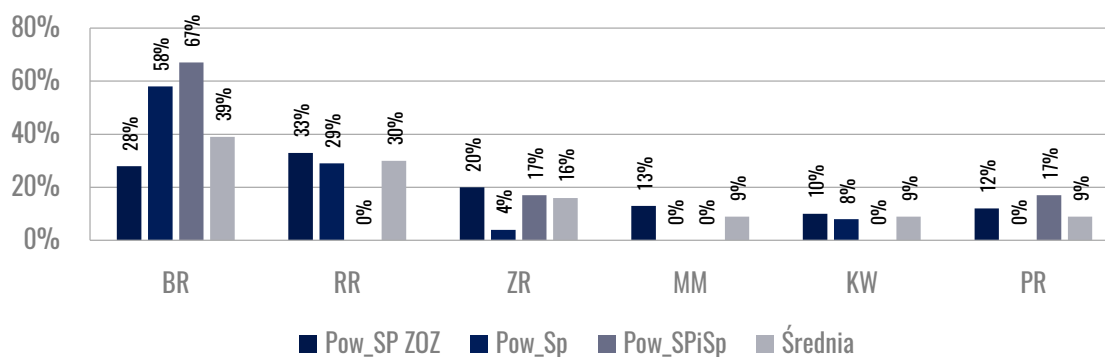
W odniesieniu do podejścia do okresów zbierania danych, odpowiedzi udzielone przez respondentów podzielono na następujące kategorie:

- **BR** – brak określenia ram czasowych, w których zbierane są dane.
- **RR** – dane zbierane w okresach **rocznych**.
- **ZR** – **zróżnicowane okresy zbierania danych** (co najmniej trzy różne, np. finansowe – co kwartał, dotyczące działalności – miesięcznie, kontraktów z NFZ – co pół roku).
- **MM** – dane zbierane w okresach **miesięcznych**.
- **KW** – dane zbierane **kwartalnie**.
- **PR** – dane zbierane w okresach **półrocznych**.

Tabela 23: Zakres danych: okresy zbierania

	BR	RR	ZR	MM	KW	PR
Pow_SP ZOZ	28%	33%	20%	13%	10%	12%
Pow_Sp	58%	29%	4%	0%	8%	0%
Pow_SPiSp	67%	0%	17%	0%	0%	17%
Średnia	39%	30%	16%	9%	9%	9%

Wykres 23: Zakres danych: okresy zbierania



Powiaty w bardzo zróżnicowany sposób zbierają dane z podległych sobie jednostek. Najczęściej jest to podejście retrospektywne. 72% ankietowanych deklaruowało, że zbiera dane w formie sprawozdań/raportów. 22% (w tym 33% tych, które nadzorują SP ZOZ-y i spółki) zadeklarowało, że gromadzi informacje tak na temat planów, jak i ich wykonania (sprawozdawczość). Odsetek braku odpowiedzi na to pytanie był relatywnie niski (średnio 4%). Natomiast jeżeli chodzi o ramy czasowe, to najczęściej powiaty nie podawały w jakich okresach zbierane są dane. Było to średnio 39% ankietowanych; 58% szpitali nadzorujących spółki, 67% nadzorujących tak SP ZOZ-y jak i spółki. Te, które odpowiedziały na to pytanie, najczęściej wskazywały, że zbierają dane w ujęciu rocznym (średnia 30%). Natomiast o 16% ankietowanych można powiedzieć, że stworzyli systemy, w których różne dane są zbierane w co najmniej trzech różnych okresach.

Zakres zbieranych danych podzielono na następujące kategorie:

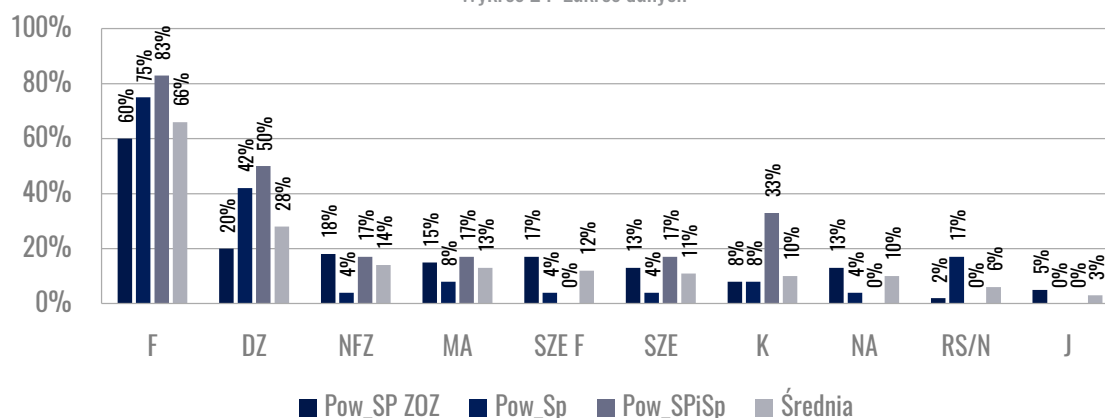
- **F** – dane o charakterze **finansowym** (zazwyczaj opisane zdawkowo, np. „budżet szpitala”).
- **DZ** – dane dotyczące **działalności** (najczęściej definiowanej jako działalność medyczna).
- **NFZ** – dane dotyczące **kontraktów z NFZ-em**.
- **MA** – dane dotyczące różnych składników **majątku** (przede wszystkim aparatury medycznej, ale także np. wynajmu, czy remontów).
- **SZE F** – dane o charakterze **finansowym, szeroki zakres** (zazwyczaj dość szczegółowo opisane).
- **SZE** – **szeroki zakres danych dotyczący finansów, kadry i działalności**.
- **K** – dane dotyczące **kadr**.
- **NA** – dane nt. realizacji **programów/planów naprawczych**.
- **RS/N** – dane dotyczące działań **rady społecznej/ nadzorczej**.
- **J** – dane dotyczące **jakości**, najczęściej: „rozpatrywanie skarg”.

Tabela 24: Zakres danych

	F	DZ	NFZ	MA	SZE F	SZE	K	NA	RS/N	J
Pow_SP ZOZ	60%	20%	18%	15%	17%	13%	8%	13%	2%	5%
Pow_Sp	75%	42%	4%	8%	4%	4%	8%	4%	17%	0%
Pow_SPiSp	83%	50%	17%	17%	0%	17%	33%	0%	0%	0%
Średnia	66%	28%	14%	13%	12%	11%	10%	10%	6%	3%



Wykres 24: Zakres danych



Najczęściej zbierane są dane finansowe (średnia 66%), przy stosunkowo dużych różnicach między grupami. 83% powiatów nadzorujących SP ZOZ-y i spółki zbiera takie dane, 75% powiatów nadzorujących wyłącznie spółki i zaledwie 60% tych, którym podlegają wyłącznie SP ZOZ-y. 28% powiatów gromadzi dane nt. działalności podległych im podmiotów (znowu – najwięcej te, które nadzorują tak SP ZOZ-y jak i spółki, a najmniej – te, które nadzorują wyłącznie SP ZOZ-y). Odpowiednio 14% i 13% gromadzi informacje nt. kontraktów na usługi zawieranych z NFZ-em oraz kwestii dotyczących majątku (w pierwszym rzędzie – aparatury medycznej). O 12% powiatów można powiedzieć, że zakres zbieranych przez nie danych finansowych jest szeroki (duża liczba różnego rodzaju wskaźników i danych). O 11% – że jest to szeroki zakres danych, nie tylko finansowych, ale także dotyczących kadr i działalności. Informacje nt. kadr i programów naprawczych gromadzą po 10% ankietowanych (w tym ostatnim przypadku należy odnotować, że nie wszystkie szpitale realizują programy naprawcze). Jako niepokojący należy uznać praktyczny brak zainteresowania powiatów kwestiami jakości. Zaledwie 3% ankietowanych (wyłącznie powiaty nadzorujące SP ZOZ-y) wspominały o zagadnieniach dotyczących jakości, a i tak najczęściej były to skargi pacjentów.

Powiaty nadzorujące zarówno SP ZOZ-y jak i spółki wydają się dysponować najszerszym spektrum danych uzyskiwanych od podległych sobie jednostek. Choć fakt, że tak wiele z nich nie podało (poprzednia tabela) w jakich okresach zbierają ww. dane każe z ostrożnością podchodzić do tak sformułowanej tezy.

b) Szpitale

W ankiecie wzięto udział 85 szpitali. 61 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ) i 24 spółki kapitałowe. Wyniki poniżej podano w podziale na te dwie kategorie.

Oznaczenia:

- Średnia – średnia w badaniu.
- SP ZOZ – odpowiedzi udzielane przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.
- Spółka – odpowiedzi udzielane przez spółki.

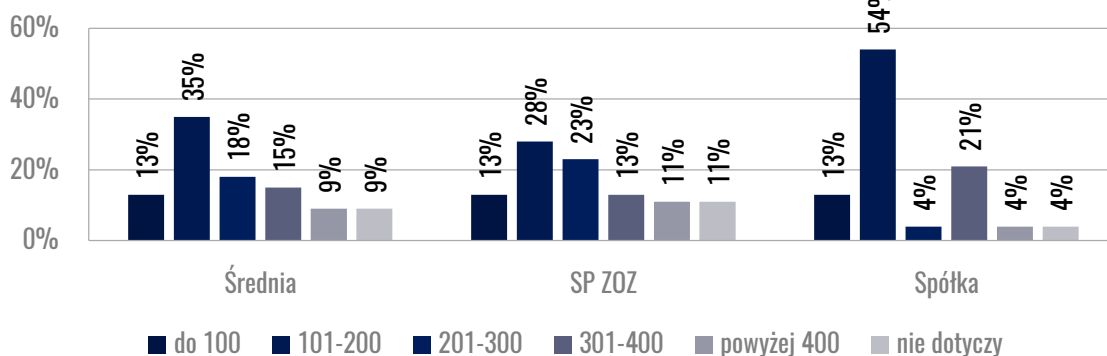
Jak wspomniano powyżej, w pytaniach otwartych można było udzielić więcej niż jednej odpowiedzi (np. sprawowanie nadzoru w oparciu o narzędzia z kilku kategorii). Dlatego, w przypadku tych pytań, wyniki nie sumują się do 100%.

Liczba łózek (stan na 31.12.2018)

Tabela 25. Liczba łózek

Liczba łózek	Średnia	SP ZOZ	Spółka
do 100	13%	13%	13%
101-200	35%	28%	54%
201-300	18%	23%	4%
301-400	15%	13%	21%
powyżej 400	9%	11%	4%
nie dotyczy	9%	11%	4%
	100%	100%	100%

Wykres 25. Liczba łóżek

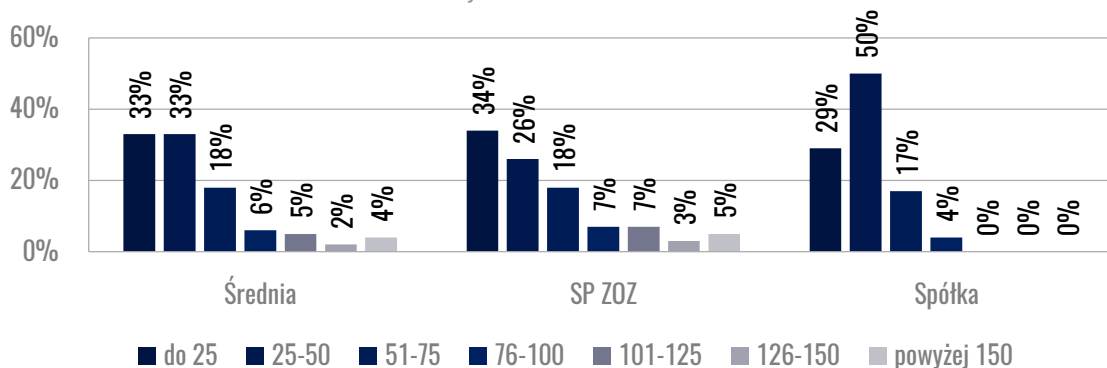


Budżet podmiotu leczniczego w roku 2018 [w mln zł]

Tabela 26. Budżet w mln zł

Budżet w mln zł	Średnia	SP ZOZ	Spółka
do 25	33%	34%	29%
25-50	33%	26%	50%
51-75	18%	18%	17%
76-100	6%	7%	4%
101-125	5%	7%	0%
126-150	2%	3%	0%
powyżej 150	4%	5%	0%
	100%	100%	100%

Wykres 26. Budżet w mln zł



Szpitaly biorące udział w ankiecie to zazwyczaj mniejsze jednostki, co jest typowe dla szpitali powiatowych, a szpitale prowadzone w formie spółek są mniejsze niż te, prowadzone w formie SP ZOZ-ów. Największy odsetek szpitali to te mające między 101 a 200 łóżek i budżet między 25 a 50 mln zł. Dane te dotyczą roku 2018. Mając na względzie zmiany prawne dotyczące wymaganej obsady pielęgniarskiej w szpitalach, a także średnią wartość obłożenia łóżka w Polsce należy przypuszczać, że spora część szpitali zapewne w 2019 roku dość istotnie zmniejszyła liczbę łóżek.

1. Jakie narzędzia nadzoru są obecnie stosowane przez powiat? (pytanie otwarte)

Odpowiedzi udzielone przez respondentów można podzielić na następujące kategorie (bardziej szczegółowe wyjaśnienia znajdują się w podrozdziale poświęconym powiatom):

- **C – czynnościowe**, tj., opisujące nadzór poprzez czynności, jakie są wykonywane w procesie nadzoru.

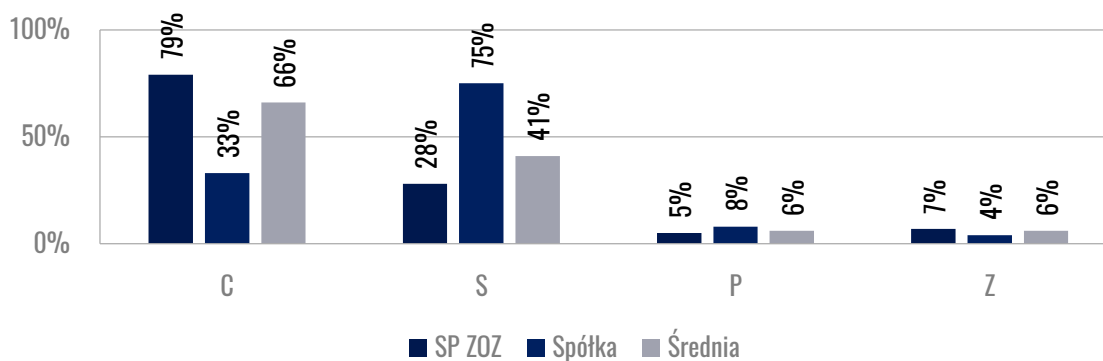


- **P – prawne**, odwołujące się do przepisów.
- **S – strukturalne**, w których nie było podanych czynności, ale wymieniano organy/struktury, które nadzór sprawują.
- **Z – zdawkowe** – hasła, najczęściej ograniczające się do podania wyrazu lub dwóch, z których nie sposób wywnioskować, co, faktycznie, jest rozumiane jako nadzór.

Tabela 27. Rodzaje działań nadzorczych wg sposobu ich definiowania

	C	S	P	Z
SP ZOZ	79%	28%	5%	7%
Spółka	33%	75%	8%	4%
Średnia	66%	41%	6%	6%

Wykres 27. Rodzaje działań nadzorczych wg sposobu ich definiowania



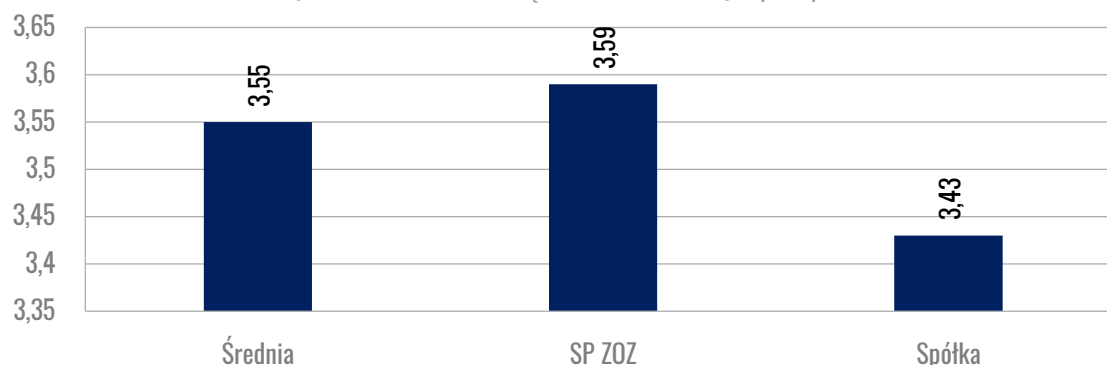
SP ZOZ-y definiowały sposób prowadzenia nadzoru przez pryzmat czynności (79% odpowiedzi), podczas gdy spółki – struktur (75%). Podobne rozkład odpowiedzi miał miejsce w przypadku powiatów nadzorujących SP ZOZ-y i tych, nadzorujących spółki.

2. Jaka, Pani/Pana zdaniem, jest skuteczność narzędzi nadzoru stosowanych przez powiat?

Tabela 28. Skuteczność narzędzi nadzoru stosowanych przez powiat

Średnia	SP ZOZ	Spółka
3,55	3,59	3,43

Wykres 28. Skuteczność narzędzi nadzoru stosowanych przez powiat



(skala 0 – żadna [podmiot się nie bilansuje, ryzyko prowadzenia działalności jest wysokie, a potrzeby populacji nie są zabezpieczone] do 5 – wysoka [podmiot się bilansuje, ryzyko prowadzenia działalności jest minimalizowane, a potrzeby populacji są zabezpieczone])

Szpitaly stosunkowo wysoko, ale nieco niżej niż powiaty oceniały skuteczność narzędzi stosowanych do nadzoru. O ile w przypadku szpitali średnia wyniosła 3,55, to w przypadku powiatów – 3,67.

3. Jakie narzędzia/działania, Pani/Pana zdaniem, sprawdzają się w obecnym modelu nadzoru? (pytanie otwarte)

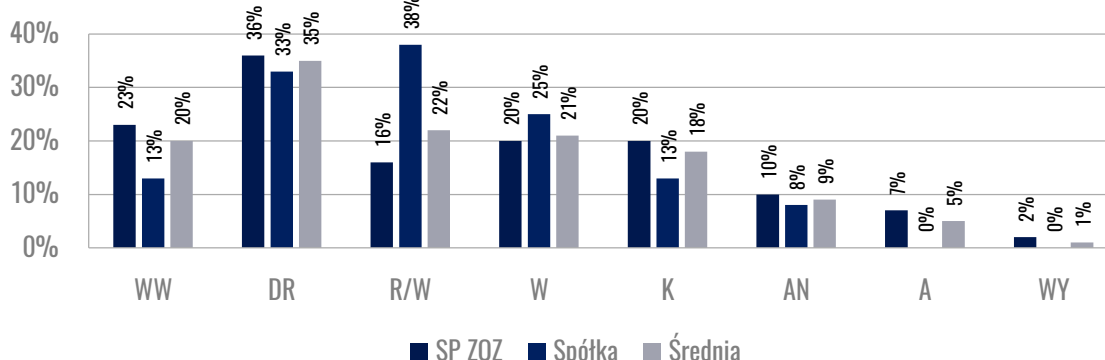
Odpowiedzi udzielone przez respondentów można podzielić na następujące kategorie:

- **DR – działania regularne** – tj. takie, które były określane przez respondentów mianem „okresowe”/ „bieżące”, najczęściej były to sprawozdania.
- **K – kontrola** – różnego typu działania kontrolne.
- **WY – żądanie wyjaśnień** od podległej jednostki.
- **W – współpraca** – różnie opisywane działania, które podkreślały różne formy wspólnych przedsięwzięć / czynności między jednostką nadzorującą a nadzorowaną (np. „kontakt między dyrekcją a powiatem” / „bezpośredni kontakt”).
- **A – audyty.**
- **AN – analiza/ocena** – działań/sprawozdań przedstawianych przez szpital.
- **R/W – działalność właściciela: rada społeczna/nadzorcza / zarząd powiatu/zgromadzenie wspólników, itp.** – ww. organy lub działania przez nie wykonywane.
- **WW – te, które były wcześniej wymienione** – część jednostek powtarzała, że (w ich opinii) te, które są stosowane są skuteczne; stworzono więc osobną kategorię, a same odpowiedzi (opisane jako WW) zostały dopisane do pozostałych kategorii.

Tabela 29. Skuteczne narzędzia nadzoru

	WW	DR	R/W	W	K	AN	A	WY
SP ZOZ	23%	36%	16%	20%	20%	10%	7%	2%
Spółka	13%	33%	38%	25%	13%	8%	0%	0%
Średnia	20%	35%	22%	21%	18%	9%	5%	1%

Wykres 29. Skuteczne narzędzia nadzoru



Wśród skutecznych narzędzi szpitale, podobnie jak powiaty, także wybierały działania regularne (35% odpowiedzi) wskazując także na działania rad / właścicieli (22%). W tym drugim przypadku wystąpiły istotne różnice między SP ZOZ-ami (16%) a spółkami (38%). Oba rodzaje jednostek (SP ZOZ-y – 20%, spółki – 25%) podkreślały też znaczenie współpracy między jednostką nadzorowaną, a nadzorującą. Na działania kontrolne wskazało 18% badanych (20% SP ZOZ, 13% spółka).

4. Czego, Pani/Pana zdaniem, brakuje w obecnym modelu nadzoru? (pytanie otwarte)

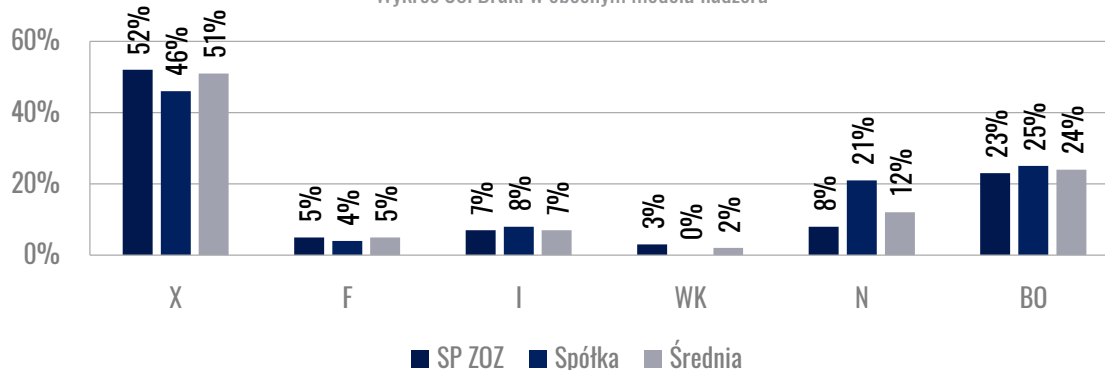
Odpowiedzi udzielone przez respondentów można podzielić na następujące kategorie:

- **X – niczego nie brakuje.**
- **F – brak finansów**, za pomocą których powiat mógłby wspierać szpital lub brak możliwości wpływania na wielkość finansów ze źródeł zewnętrznych – NFZ/MZ.
- **I – problemy z dostępem do informacji.**
- **WK – brak wykwalifikowanej kadry**; szerszej: kwalifikacji (po stronie powiatu, rady społecznej/nadzorczej, itp.); brak stosownych struktur.
- **N – nie mam zdania/nie wiem.**
- **BO – brak odpowiedzi na to pytanie.**

Tabela 30. Braki w obecnym modelu nadzoru

	X	F	I	WK	N	BO
SP ZOZ	52%	5%	7%	3%	8%	23%
Spółka	46%	4%	8%	0%	21%	25%
Średnia	51%	5%	7%	2%	12%	24%

Wykres 30. Braki w obecnym modelu nadzoru



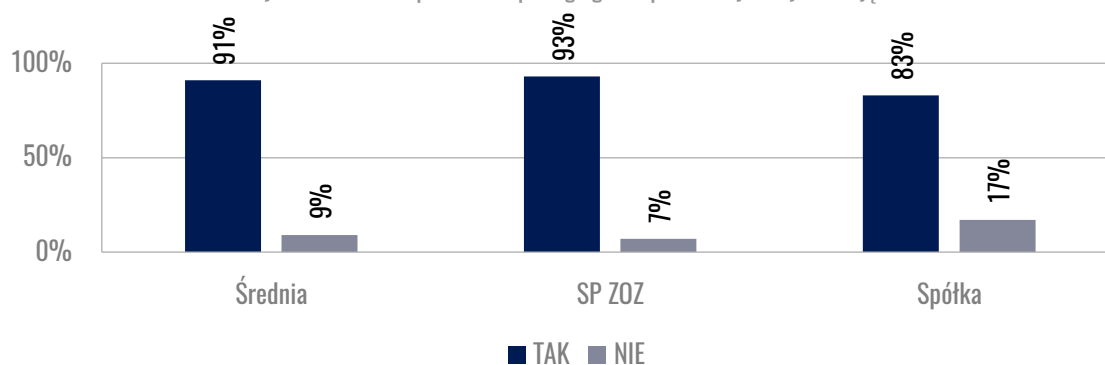
Zdaniem połowy ankieterów (51%) niczego nie brakuje w obecnym modelu nadzoru. Dość wysoki odsetek ankieterów nie udzielił przy tym odpowiedzi na to pytanie (24%), a 21% spółek nie ma zdania w tej kwestii. 7% badanych uważa, że problemem jest brak informacji, przy czym szpitale wskazują na powiaty, jako te, które informacji nie chcą otrzymywać.

5. Czy Pani/Pana zdaniem wiedza powiatu nt. podległego mu podmiotu jest wystarczająca?

Tabela 31. Wiedza powiatu nt. podległego mu podmiotu jest wystarczająca

	Średnia	SP ZOZ	Spółka
TAK	91%	93%	83%
NIE	9%	7%	17%
	100%	100%	100%

Wykres 31. Wiedza powiatu nt. podległego mu podmiotu jest wystarczająca



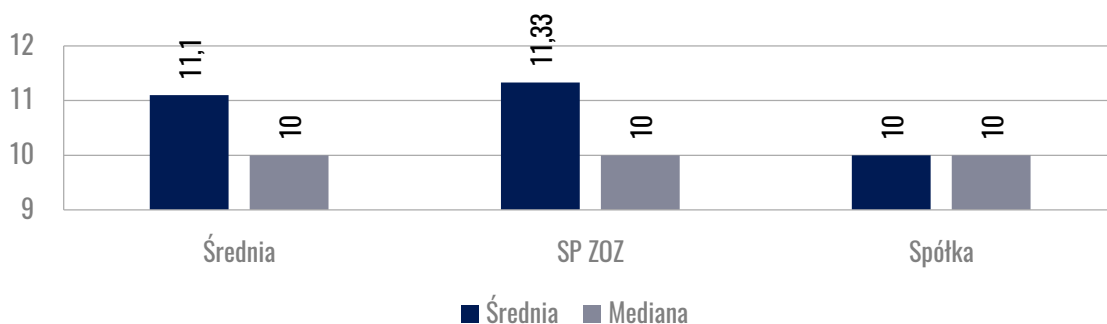
I tym razem opinie szpitali były zbliżone do tych, jakie wyrażały powiaty. Zdaniem 93% SP ZOZ-ów wiedza powiatów na temat szpitala jest wystarczająca, zdanie to podziela 83% spółek.

6. Ile było spotkań zarządu powiatu z dyrekcją podmiotu leczniczego w ciągu ostatnich 12 miesięcy? (pytanie otwarte)

Tabela 32: Liczba spotkań zarządu powiatu z dyrekcją podmiotu leczniczego w ciągu ostatnich 12 miesięcy

	Średnia	SP ZOZ	Spółka
Średnia	11,10	11,33	10
Mediana	10	10	10

Wykres 32: Liczba spotkań zarządu powiatu z dyrekcją podmiotu leczniczego w ciągu ostatnich 12 miesięcy



Kilka jednostek udzieliło odpowiedzi na pytanie dotyczące liczby spotkań w formie tekstowej, a nie liczbowej, niektóre wskazywały, że było to „kilkanaście spotkań”, „nieco ponad 20”. W związku z powyższym konieczne było przyjęcie wartości, które oddawałyby powyższe (np. w przypadku odpowiedzi „kilkanaście” przyjęto, że było 15 spotkań). Musiano też odrzucić część takich odpowiedzi jak np.: „często”, „cyklicznie”, itp.). Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności można przyjąć, że zarządzający szpitalami mniej więcej co miesiąc spotykają się z władzami powiatu. W przypadku spółek spotkania te są nieco rzadsze (10) niż w przypadku SP ZOZ-ów (11,33).

7. Czego dotyczyły spotkania zarządu powiatu z dyrekcją podmiotu leczniczego (najczęściej poruszane tematy) (pytanie otwarte)

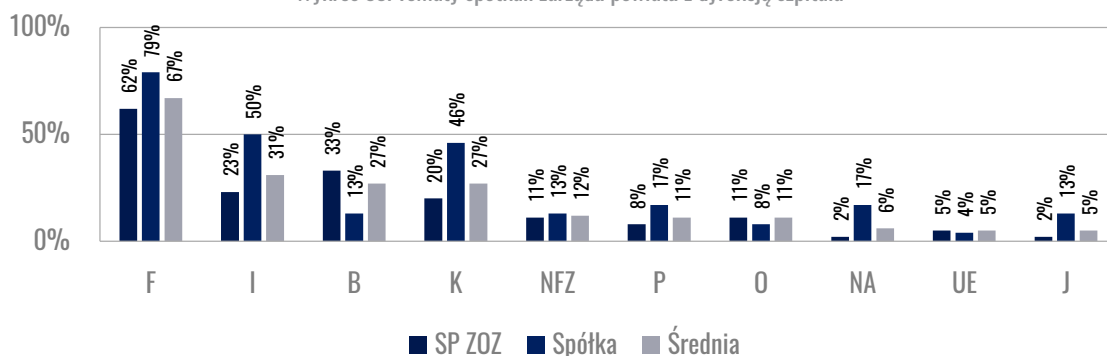
Odpowiedzi udzielone przez respondentów można podzielić na następujące kategorie:

- **F – finanse**, w tym zadłużenie, poręczenie kredytu, inne.
- **I – inwestycje**.
- **B – sprawy aktualne, bieżące** (czasami definiowane jako np. „bieżąca sytuacja finansowa”).
- **K – kadry i płace**.
- **NFZ – kontrakty, kontakty z NFZ**, problematyka z nimi związana.
- **P – plany szpitala**.
- **O – organizacja/funkcjonowanie jednostki**.
- **NA – program dostosowawczy / naprawczy**; w tym dostosowujący do wymogów prawnych albo potrzeb obsługiwanej populacji.
- **UE – projekty unijne**.
- **J – jakości usług**.

Tabela 33. Tematy spotkań zarządu powiatu z dyrekcją szpitala

	F	I	B	K	NFZ	P	O	NA	UE	J
SP ZOZ	62%	23%	33%	20%	11%	8%	11%	2%	5%	2%
Spółka	79%	50%	13%	46%	13%	17%	8%	17%	4%	13%
Średnia	67%	31%	27%	27%	12%	11%	11%	6%	5%	5%

Wykres 33. Tematy spotkań zarządu powiatu z dyrekcją szpitala



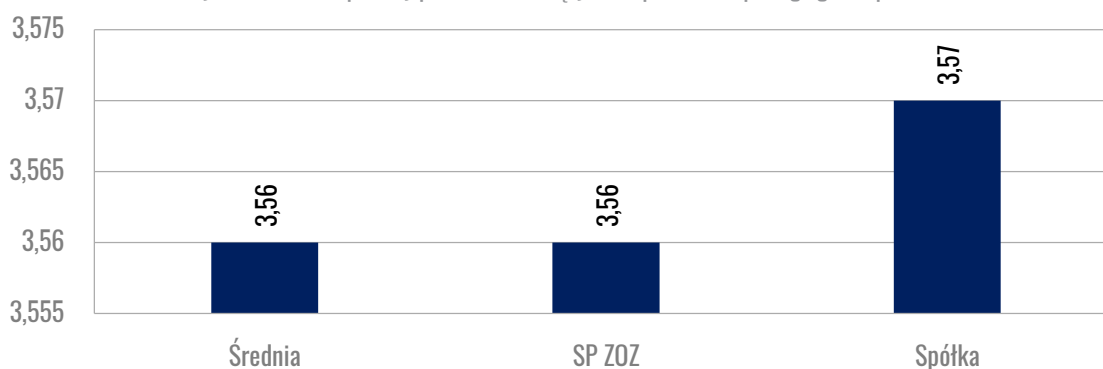
Jak można było założyć, spotkania te dotyczą w pierwszym rzędzie finansów (67% wskazań), przy czym zarządy spółek wskazywały ten temat znacznie częściej (79%) niż zarządy SP ZOZ-ów (62%). Drugim istotnym wątkiem są inwestycje, i w tym przypadku jest spora różnica w odpowiedziach spółek (50%) i SP ZOZ-ów (23%). Sprawy bieżące to z kolei 27% odpowiedzi (33% dla SP ZOZ-ów i 13% dla spółek). Taki sam odsetek wskazań dotyczył problemów kadrowo-płacowych, także przy dużym zróżnicowaniu odpowiedzi (46% dla spółek, 20% dla SP ZOZ-ów). 12% spotkań dotyczy kwestii kontraktów i kontaktów z NFZ-em, 11% – kwestii organizacyjnych/związanych z funkcjonowaniem szpitali. W tych dwóch przypadkach rozkład odpowiedzi był zbliżony. Spore różnice wystąpiły natomiast jeżeli chodzi o plany szpitali (8% SP ZOZ, 17% spółka), programy dostosowawcze/naprawcze (2% SP ZOZ, 17% spółka) oraz jakość (2% SP ZOZ, 13% spółka). Różnice dotyczące planów naprawczych można wytłumaczyć tym, że część szpitali była przekształcana w spółki w związku z problemami finansowymi jakich doświadczały (w efekcie wdrażano w nich programy naprawcze). Natomiast uderzające jest to, że powiaty nadzorujące SP ZOZ-y praktycznie nie poświęcają uwagi kwestiom planowania, czy też jakości. A i odsetek odpowiedzi spółek dotyczący powyższych kwestii nie jest wysoki.

8. Jak, Pani/Pana zdaniem, pomocny jest powiat w rozwiązywaniu problemów podległego mu podmiotu?

Tabela 34. Ocena pomocy powiatu w rozwiązywaniu problemów podległego mu podmiotu

Średnia	SP ZOZ	Spółka
3,56	3,56	3,57

Wykres 34. Ocena pomocy powiatu w rozwiązywaniu problemów podległego mu podmiotu



(skala 0 – wcale [działania powiatu nie przyczyniają się do rozwiązania problemów podmiotu] do 5 – bardzo [działania powiatu pomagają rozwiązać wszystkie/zdecydowaną większość problemów podmiotu])

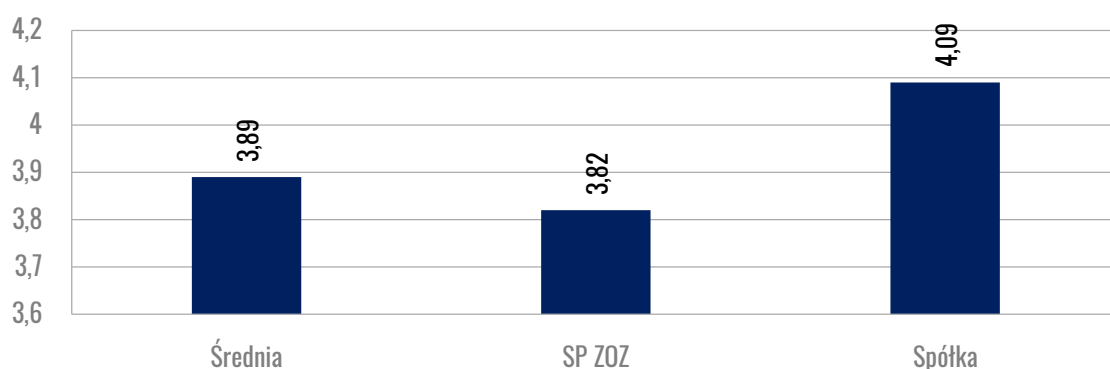
Odpowiedzi udzielone przez oba rodzaje podmiotów są identyczne. Jednocześnie istotnie różnią się od tych, jakie udzieliły powiaty. O ile powiaty nadzorujące spółki były bardziej zbliżone w swoich odpowiedziach do spółek, to powiaty nadzorujące SP ZOZ-y (4,01) i te, które nadzorują i SP ZOZ-y i spółki (4,33) w sposób istotnie wyższy oceniają swoją pomoc udzielaną podległym jednostkom.

9. Jaka ocenia Pani/Pan nadzór sprawowany przez powiat nad podległym mu podmiotem?

Tabela 35: Ocena nadzoru sprawowanego przez powiat nad podległym mu podmiotem

Średnia	SP ZOZ	Spółka
3,89	3,82	4,09

Wykres 35: Ocena nadzoru sprawowanego przez powiat nad podległym mu podmiotem



(skala 0 – nisko [podejmowane działania nadzorcze nie są adekwatne do sytuacji jednostki i nie są skuteczne] 5 – wysoko [podejmowane działania nadzorcze są adekwatne do sytuacji jednostki i są skuteczne])

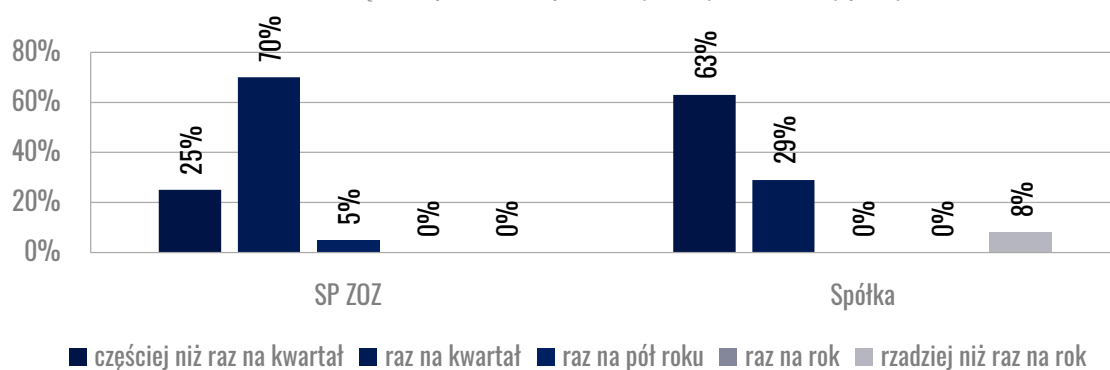
O ile szpitale na jednakowym poziomie oceniły pomoc powiatu w rozwiązywaniu ich problemów, to wystąpiły istotne różnice między tym, jak nadzór oceniają SP ZOZ-y (3,82), a spółki (4,09). Tym razem odpowiedzi powiatów także były wyższe niż szpitali, acz ta różnica była mniejsza niż w przypadku poprzedniego pytania. Ponownie, różnice między oceną powiatów nadzorujących spółki i samych spółek była najmniejsza.

10. Jak często (w ostatnich 3 latach) zazwyczaj odbywają się spotkania rady społecznej/nadzorczej?

Tabela 36. Częstość spotkań rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka)

	SP ZOZ	Spółka
częściej niż raz na kwartał	25%	63%
raz na kwartał	70%	29%
raz na pół roku	5%	0%
raz na rok	0%	0%
rzadziej niż raz na rok	0%	8%
	100%	100%

Wykres 36. Częstość spotkań rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka)



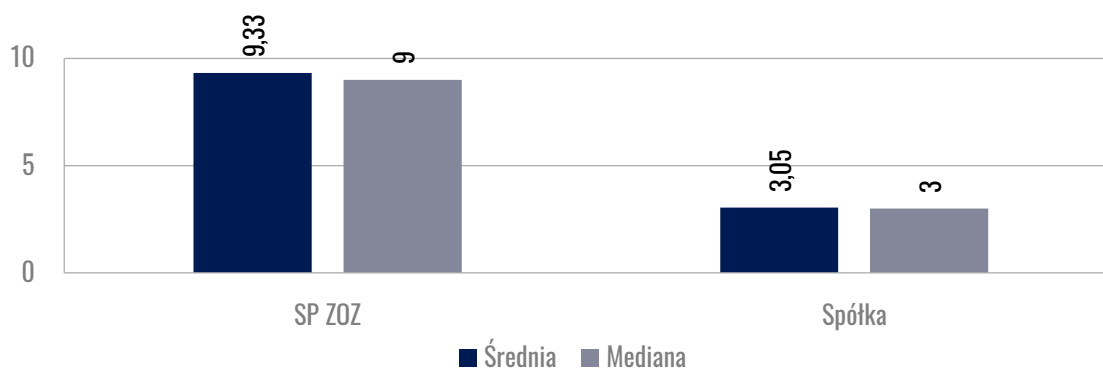
Rady społeczne szpitali spotykają się najczęściej raz na kwartał (70%), podczas gdy rady nadzorcze częściej niż raz na kwartał (63%) lub raz na kwartał (29%). Odpowiedzi mówiące o tym, że rada spotyka się rzadziej niż raz na rok są trudne do interpretacji i wymagałyby pogłębionych badań.

11. Ilu członków liczy rada? (pytanie otwarte)

Tabela 37: Liczba członków rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka)

	SP ZOZ	Spółka
Średnia	9,33	3,05
Mediana	9	3

Wykres 37: Liczba członków rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka)



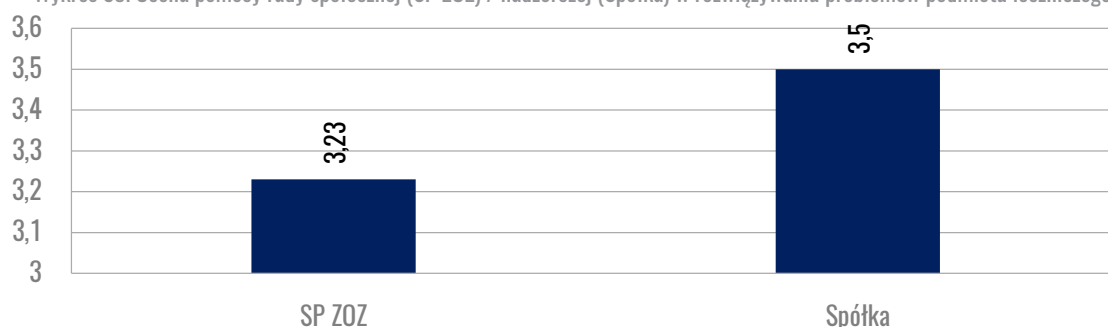
Rady społeczne szpitali są ponad trzy razy liczniejsze niż rady nadzorcze. Zapewne jest to efekt z jednej strony uwarunkowań ustawowych – wielość przedstawicieli różnych grup interesariuszy w przypadku rad społecznych zapisana w ustawie o działalności leczniczej. Z drugiej – racjonalnych rozwiązań, tj. ograniczanie liczby członków rad nadzorczych do pewnego minimum, z uwagi na konieczność wypłacania im wynagrodzeń, a także, być może braku osób spełniających kryteria członkostwa w takich radach.

12. Jak, Pani/Pana zdaniem, rada społeczna/nadzorcza pomocna jest w rozwiązywaniu problemów podmiotu leczniczego?

Tabela 38. Ocena pomocy rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka) w rozwiązywaniu problemów podmiotu leczniczego

	SP ZOZ	Spółka
Ocena	3,23	3,50

Wykres 38. Ocena pomocy rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka) w rozwiązywaniu problemów podmiotu leczniczego



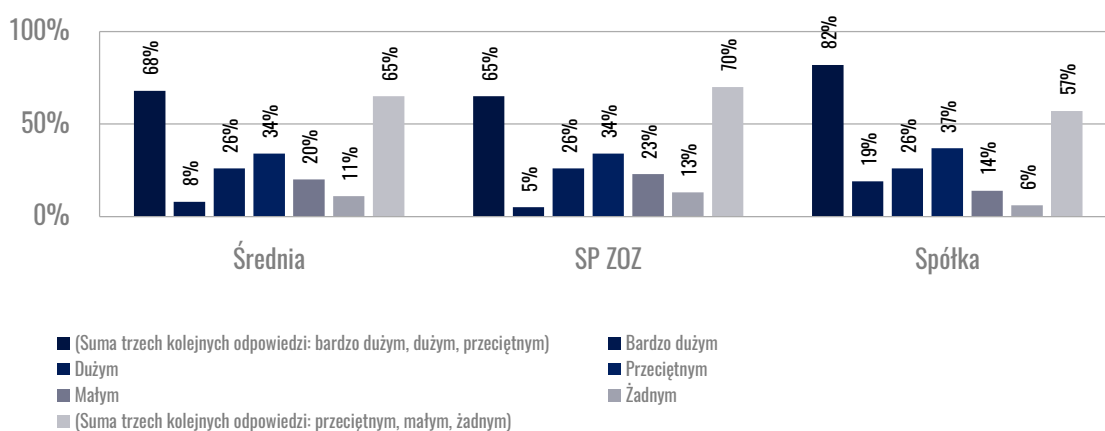
(skala 0 – wcale [działania rady nie przyczyniają się do rozwiązania problemów podmiotu] do 5 – bardzo [działania rady pomagają rozwiązać wszystkie/zdecydowaną większość problemów podmiotu])

Rady społeczne są niżej oceniane, jeżeli chodzi o pomoc w rozwiązywaniu problemów szpitala (3,23) niż rady nadzorcze (3,50). Pytania szczegółowe zaprezentowane poniżej wskazały to jednoznacznie. Uogólniając można skonstatować, że zarówno spółki jak i SP ZOZ-y nie widzą w radach ciał, które w istotny sposób są im pomocne (przy czym – jak wspomniano – rady nadzorcze są oceniane wyżej). Można to zilustrować zbiorczą tabelą (poniżej), w której wyliczone średnie odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące przydatności rad, a także sumę trzech kolejnych odpowiedzi dotyczących stopnia pomocy: znacząca pomoc vs. żadna.

Tabela 39. Uśrednione odpowiedzi dotyczące przydatności rad

	Średnia	SP ZOZ	Spółka
(Suma trzech kolejnych odpowiedzi: bardzo dużym, dużym, przeciętnym)	68%	65%	82%
Bardzo dużym	8%	5%	19%
Dużym	26%	26%	26%
Przeciętnym	34%	34%	37%
Małym	20%	23%	14%
Żadnym	11%	13%	6%
(Suma trzech kolejnych odpowiedzi: przeciętnym, małym, żadnym)	65%	70%	57%
	100%	100%	100%

Wykres 39. Uśrednione odpowiedzi dotyczące przydatności rad



Jak widać najczęstsza odpowiedź to „przeciętnie”. W przypadku SP ZOZ-ów widać, że różnica między odpowiedziami mówiącymi o istotnej pomocy jakiej udziela szpitalowi rada społeczna vs jej braku nie jest duża (z lekką przewagą braku tejże pomocy). Natomiast w przypadku spółek widoczna jest większa pomoc ze strony rady nadzorczej. Należy przy tym pamiętać, że powyższe zestawienie jest tylko ilustracją średnich z różnych pytań, prezentujących analizowane zjawisko, należy je zatem traktować właśnie jako ogólną ilustrację pewnego zjawiska, a nie utożsamiać z wartościami liczbowymi pokazanymi w tabeli.

13. Pani/Pana zdaniem w jakim zakresie opinie rady społecznej są przydatne w zarządzaniu podmiotem?

Tabela 40. W jakim zakresie opinie rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka) są przydatne w zarządzaniu podmiotem:

Planowanie strategiczne

	SP ZOZ	Spółka
Bardzo dużym	3%	21%
Dużym	20%	21%
Przeciętnym	39%	42%
Małym	23%	13%
Żadnym	15%	4%
	100%	100%

Wykres 40. W jakim zakresie opinie rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka) są przydatne w zarządzaniu podmiotem:
Planowanie strategiczne

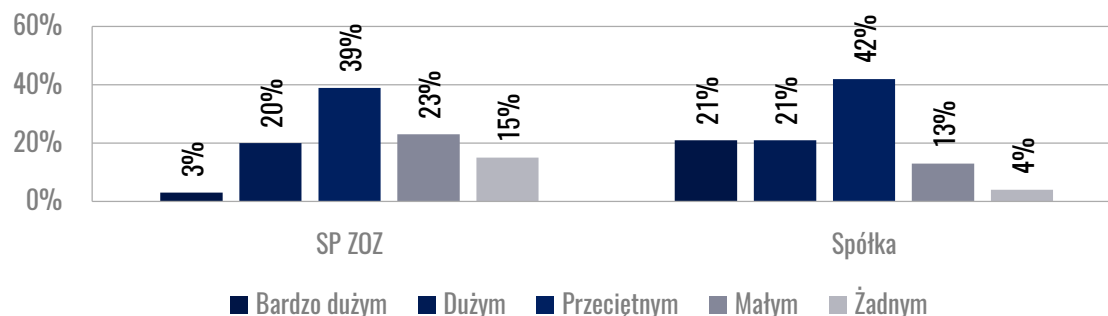


Tabela 41. W jakim zakresie opinie rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka) są przydatne w zarządzaniu podmiotem:
Planowanie nowych obszarów działalności medycznej

	SP ZOZ	Spółka
Bardzo dużym	5%	13%
Dużym	23%	17%
Przeciętnym	39%	50%
Małym	20%	13%
Żadnym	13%	8%
	100%	100%

Wykres 41. W jakim zakresie opinie rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka) są przydatne w zarządzaniu podmiotem:
Planowanie nowych obszarów działalności medycznej

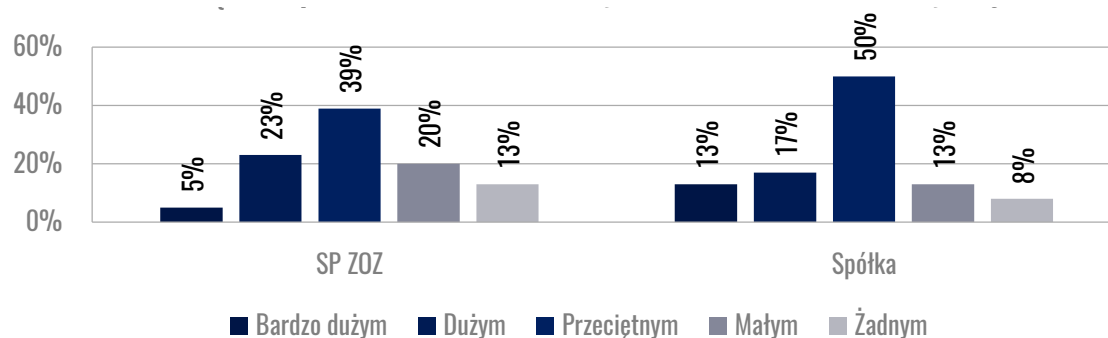


Tabela 42. W jakim zakresie opinie rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka) są przydatne w zarządzaniu podmiotem:
Nadzór ekonomiczny nad działalnością podmiotu leczniczego

	SP ZOZ	Spółka
Bardzo dużym	7%	25%
Dużym	33%	42%
Przeciętnym	31%	21%
Małym	18%	8%
Żadnym	11%	4%
	100%	100%

Wykres 42. W jakim zakresie opinie rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka) są przydatne w zarządzaniu podmiotem:
Nadzór ekonomiczny nad działalnością podmiotu leczniczego

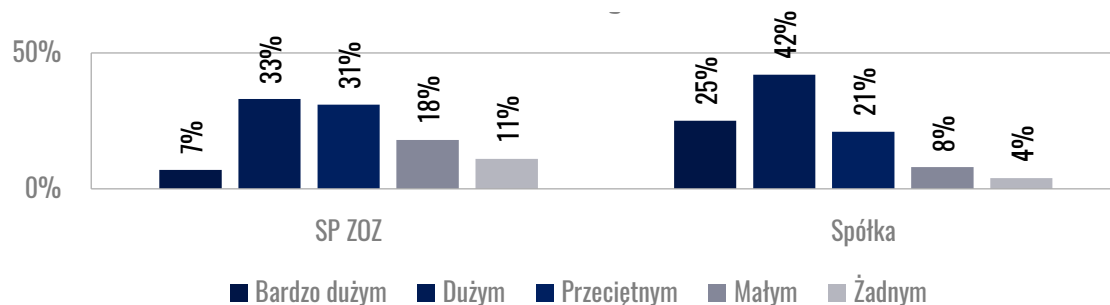


Tabela 43. W jakim zakresie opinie rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka) są przydatne w zarządzaniu podmiotem:
Nadzór organizacyjny nad działalnością podmiotu leczniczego

	SP ZOZ	Spółka
Bardzo dużym	5%	21%
Dużym	31%	21%
Przeciętnym	26%	38%
Małym	25%	17%
Żadnym	13%	4%
	100%	100%

* podana w tabeli suma ww. liczb po zaokrągleniu wynosi 99%, w rzeczywistości – 100%

Wykres 43. W jakim zakresie opinie rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka) są przydatne w zarządzaniu podmiotem:
Nadzór organizacyjny nad działalnością podmiotu leczniczego

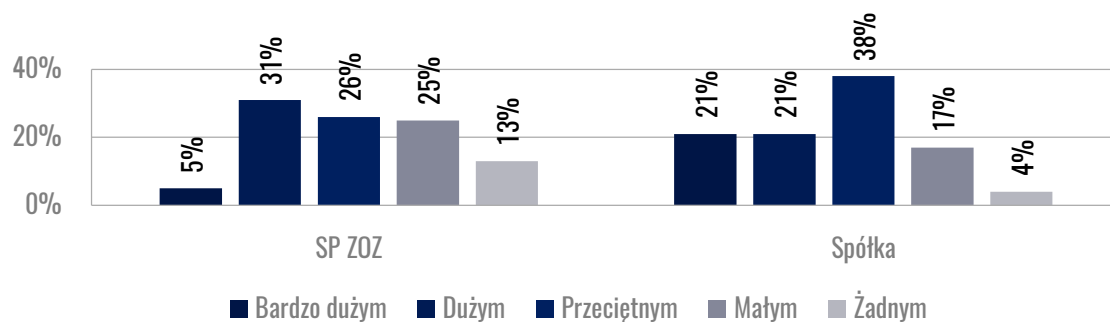
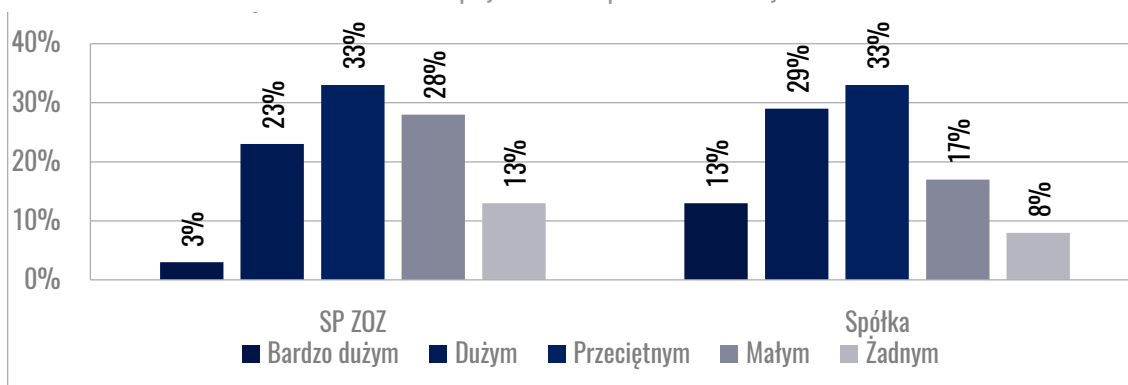


Tabela 44. W jakim zakresie opinie rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka) są przydatne w zarządzaniu podmiotem:
Działania projałociowe w podmiocie leczniczym

	SP ZOZ	Spółka
Bardzo dużym	3%	13%
Dużym	23%	29%
Przeciętnym	33%	33%
Małym	28%	17%
Żadnym	13%	8%
	100%	100%

* podana w tabeli suma ww. liczb po zaokrągleniu wynosi 101%, w rzeczywistości – 100%

Wykres 44. W jakim zakresie opinie rady społecznej (SP ZOZ) / nadzorczej (Spółka) są przydatne w zarządzaniu podmiotem:
Działania projakościowe w podmiocie leczniczym



14. Na ile zgadza się Pani/Pan z zamieszczonymi poniżej тезami dotyczącymi roli rady społecznej / nadzorczej w zarządzaniu podmiotem leczniczym:

Tabela 45. Rada spełnia zamierzoną przez ustawodawcę rolę

	SP ZOZ	Spółka
Zdecydowanie się nie zgadzam	11%	13%
Raczej się nie zgadzam	10%	4%
Raczej się zgadzam	44%	29%
Zdecydowanie się zgadzam	28%	42%
Nie mam zdania	7%	13%

Wykres 45. Rada spełnia zamierzoną przez ustawodawcę rolę

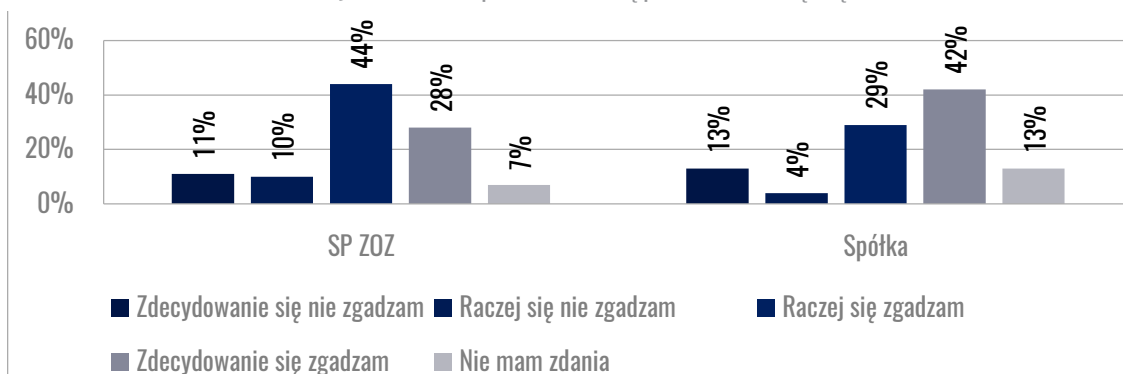


Tabela 46. Działania rady są pomocne w sprawowaniu nadzoru z punktu widzenia powiatu

	SP ZOZ	Spółka
Zdecydowanie się nie zgadzam	10%	13%
Raczej się nie zgadzam	18%	0%
Raczej się zgadzam	38%	39%
Zdecydowanie się zgadzam	21%	39%
Nie mam zdania	13%	9%
	100%	100%

Wykres 46. Działania rady są pomocne w sprawowaniu nadzoru z punktu widzenia powiatu

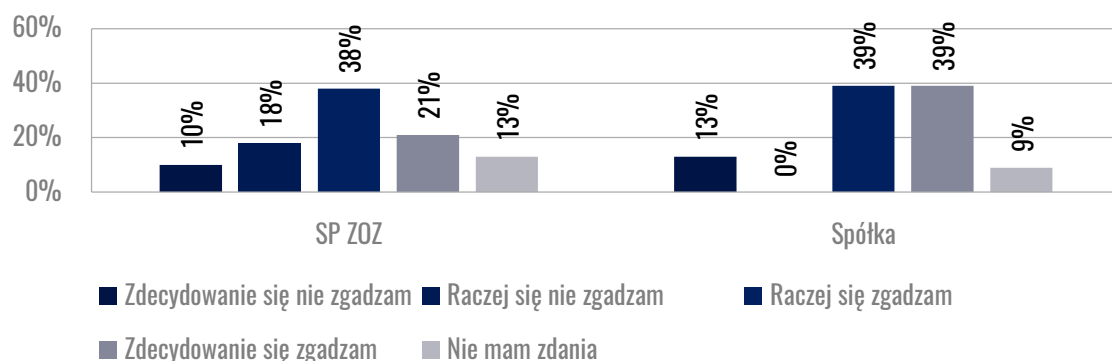


Tabela 47. Działania rady są pomocne w sprawowaniu nadzoru z punktu widzenia podmiotu leczniczego

	SP ZOZ	Spółka
Zdecydowanie się nie zgadzam	11%	13%
Raczej się nie zgadzam	20%	4%
Raczej się zgadzam	43%	26%
Zdecydowanie się zgadzam	25%	48%
Nie mam zdania	2%	9%
	100%	100%

Wykres 47. Działania rady są pomocne w sprawowaniu nadzoru z punktu widzenia podmiotu leczniczego

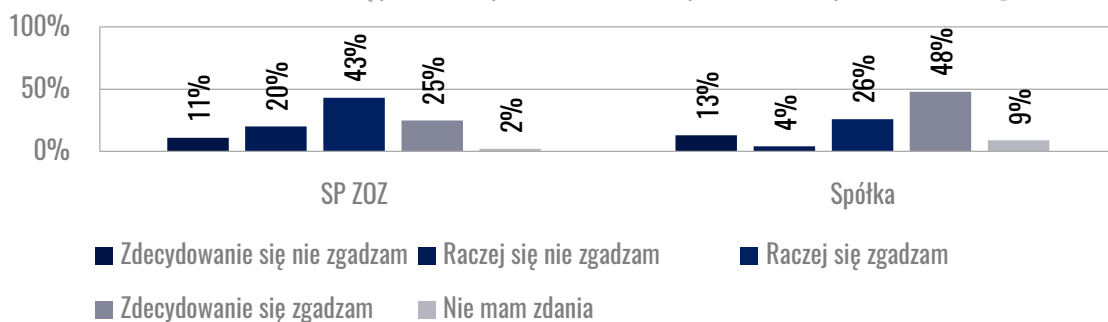


Tabela 48. Rada ma istotny, pozytywny wpływ na zarządzanie zakładem

	SP ZOZ	Spółka
Zdecydowanie się nie zgadzam	8%	4%
Raczej się nie zgadzam	30%	13%
Raczej się zgadzam	41%	39%
Zdecydowanie się zgadzam	18%	35%
Nie mam zdania	3%	9%
	100%	100%



Wykres 48. Rada ma istotny, pozytywny wpływ na zarządzanie zakładem

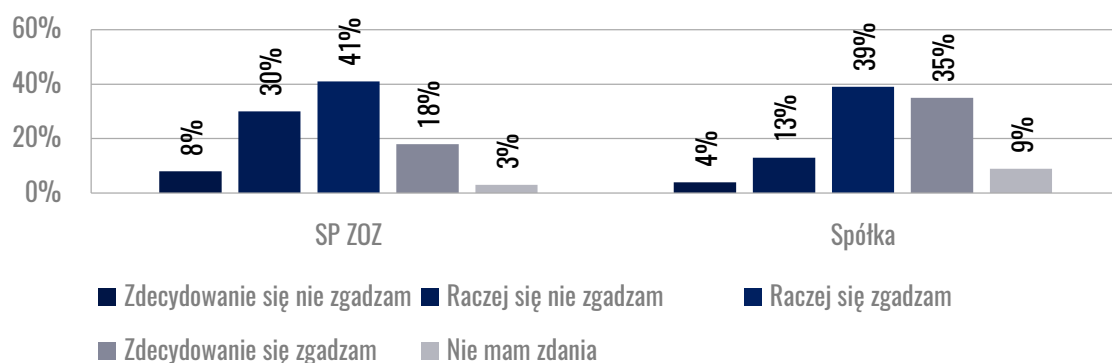


Tabela 49. Rada ma istotny, negatywny wpływ na zarządzanie zakładem

	SP ZOZ	Spółka
Zdecydowanie się nie zgadzam	56%	55%
Raczej się nie zgadzam	26%	36%
Raczej się zgadzam	10%	0%
Zdecydowanie się zgadzam	5%	0%
Nie mam zdania	3%	9%
	100%	100%

Wykres 49. Rada ma istotny, negatywny wpływ na zarządzanie zakładem

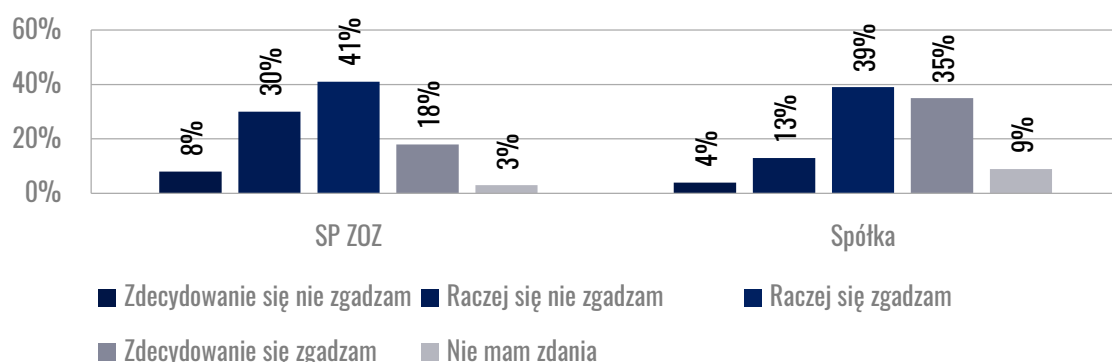


Tabela 50. Rada nie ma istotnego wpływu na zarządzanie zakładem

	SP ZOZ	Spółka
Zdecydowanie się nie zgadzam	28%	35%
Raczej się nie zgadzam	23%	35%
Raczej się zgadzam	34%	13%
Zdecydowanie się zgadzam	15%	4%
Nie mam zdania	0%	13%
	100%	100%

Wykres 50. Rada nie ma istotnego wpływu na zarządzanie zakładem

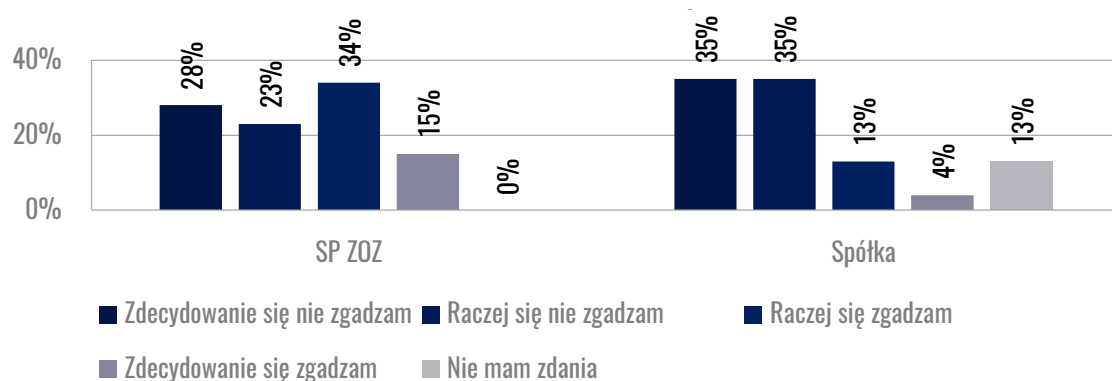


Tabela 51. Rada wydłuża procedury podejmowania decyzji

	SP ZOZ	Spółka
Zdecydowanie się nie zgadzam	25%	39%
Raczej się nie zgadzam	23%	43%
Raczej się zgadzam	38%	9%
Zdecydowanie się zgadzam	8%	0%
Nie mam zdania	7%	9%
	100%	100%

Wykres 51. Rada wydłuża procedury podejmowania decyzji

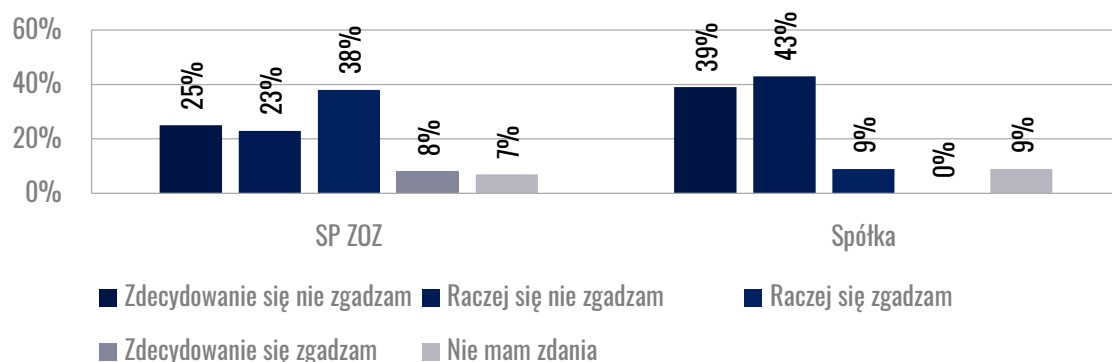


Tabela 52. Rada utrudnia proces zarządzania podmiotem

	SP ZOZ	Spółka
Zdecydowanie się nie zgadzam	26%	52%
Raczej się nie zgadzam	54%	39%
Raczej się zgadzam	10%	0%
Zdecydowanie się zgadzam	3%	0%
Nie mam zdania	7%	9%
	100%	100%

Wykres 52. Rada utrudnia proces zarządzania podmiotem

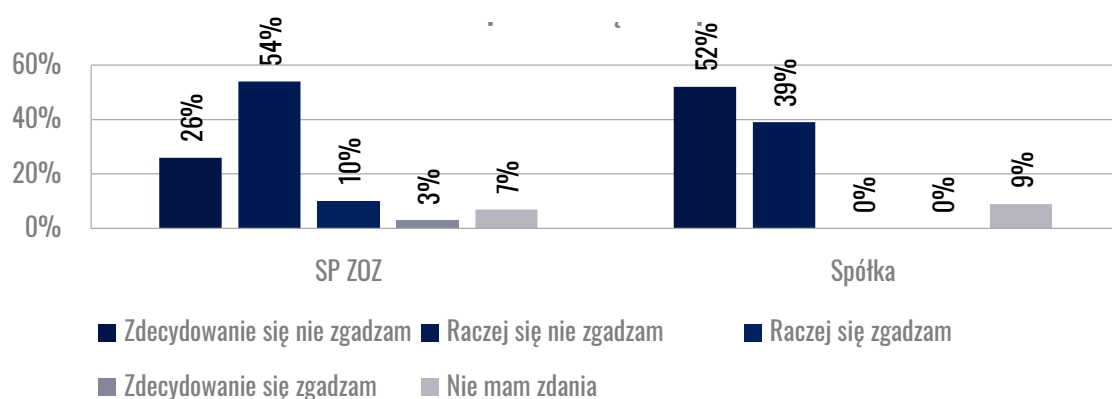


Tabela 53. Członkowie rady posiadają odpowiednie kwalifikacje, pozwalające im pełnić swoją funkcję

	SP ZOZ	Spółka
Zdecydowanie się nie zgadzam	15%	9%
Raczej się nie zgadzam	23%	4%
Raczej się zgadzam	38%	22%
Zdecydowanie się zgadzam	13%	57%
Nie mam zdania	11%	9%
	100%	100%

Wykres 53. Członkowie rady posiadają odpowiednie kwalifikacje, pozwalające im pełnić swoją funkcję

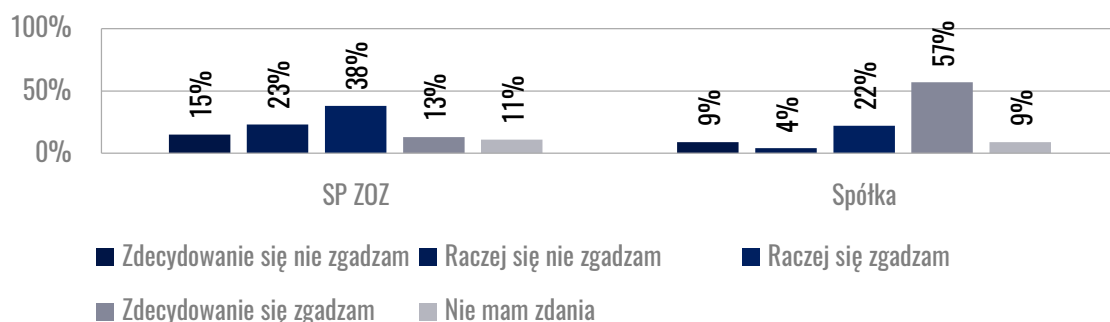


Tabela 54. Istotne problemy dotyczące podmiotu załatwiane są bezpośrednio z powiatem z pominięciem rady

	SP ZOZ	Spółka
Zdecydowanie się nie zgadzam	26%	35%
Raczej się nie zgadzam	33%	22%
Raczej się zgadzam	21%	35%
Zdecydowanie się zgadzam	16%	0%
Nie mam zdania	3%	9%
	100%	100%

Wykres 54. Istotne problemy dotyczące podmiotu załatwiane są bezpośrednio z powiatem z pominięciem rady

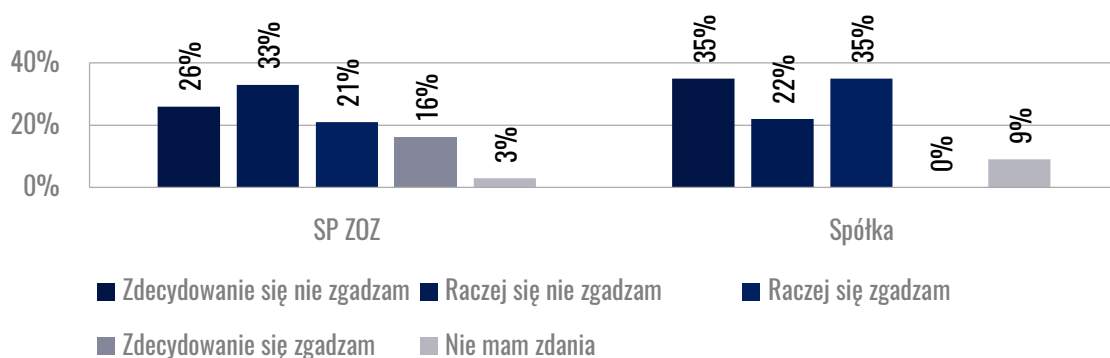


Tabela 55. W pracy rady pojawiają się istotne problemy organizacyjne (np. zapewnienie kworum niezbędnego do podejmowania uchwał, inne)

	SP ZOZ	Spółka
Zdecydowanie się nie zgadzam	46%	61%
Raczej się nie zgadzam	26%	22%
Raczej się zgadzam	13%	0%
Zdecydowanie się zgadzam	13%	9%
Nie mam zdania	2%	9%
	100%	100%

Wykres 55. W pracy rady pojawiają się istotne problemy organizacyjne (np. zapewnienie kworum niezbędnego do podejmowania uchwał, inne)

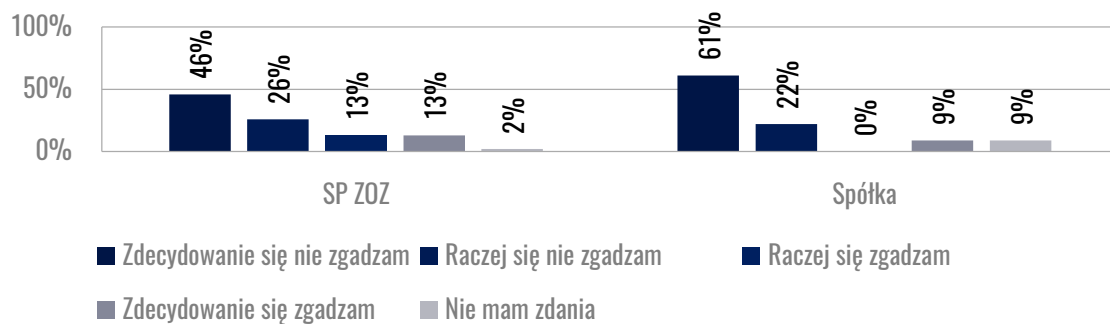
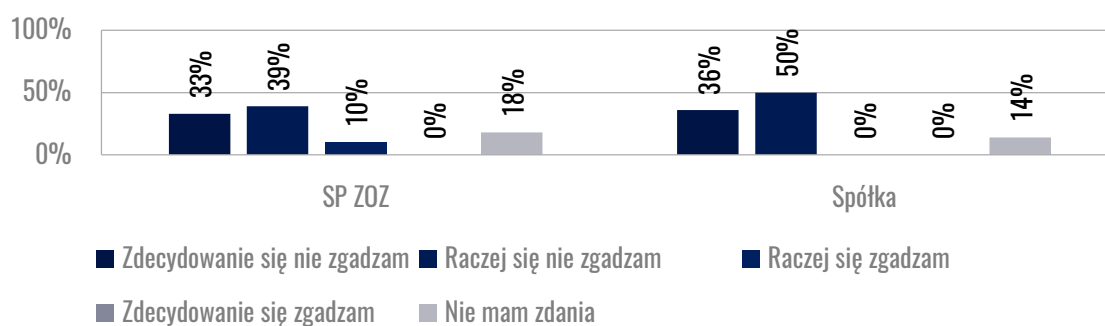


Tabela 56. Członkowie rady bardziej dbają o interesy polityczne powiatu niż interesy podmiotu leczniczego

	SP ZOZ	Spółka
Zdecydowanie się nie zgadzam	33%	36%
Raczej się nie zgadzam	39%	50%
Raczej się zgadzam	10%	0%
Zdecydowanie się zgadzam	0%	0%
Nie mam zdania	18%	14%
	100%	100%

Wykres 56. Członkowie rady bardziej dbają o interesy polityczne powiatu niż interesy podmiotu leczniczego



Analizując wyniki odpowiedzi na pytania dotyczące przydatności rad można odnotować, że rady w dużo mniejszym stopniu przydatne są do planowania rozwoju, natomiast bardziej w kwestii nadzoru ekonomicznego nad szpitalem. Nadzór organizacyjny jest wyżej oceniany w przypadku rad społecznych niż nadzorczych.

Ankietowani zgadzają się, że rady spełniają funkcję zamierzoną przez ustawodawcę, przy czym spółki częściej zdecydowanie zgadzają się z tą tezą w porównaniu do SP ZOZ-ów. Spółki nie zgadzają się natomiast z tezą, że rada nadzorcza wydłuża procedury podejmowania decyzji (co może się wiązać z większą częstością spotkań tego typu rad), natomiast SP ZOZ-y mają w tej kwestii zdanie podzielone – podobny odsetek zgadza się z tą tezą jak i się z nią nie zgadza. Spółki nie zgadzają się także z tezą mówiącą o tym, że rada nadzorcza utrudnia zarządzanie zakładem (91% odpowiedzi; w tym 52% „zdecydowanie się nie zgadza”). Podobnego zdania są SP ZOZ-y, acz w tym przypadku przeważa stwierdzenie „raczej się zgadzam”, do tego, 13% zgadza się z tezą mówiącą o utrudnianiu przez radę społeczną zarządzania zakładem. Zarówno spółki jak i SP ZOZ-y wskazują, że rady są pomocne w sprawowaniu nadzoru z punktu widzenia powiatu (w przypadku spółek to 78%, SP ZOZ-ów – 59%), acz ponownie 28% SP ZOZ-ów nie zgadza się z tą tezą. Podobny rozkład odpowiedzi odnotowano w przypadku pytania dotyczącego pomocy rad z punktu widzenia szpitala.

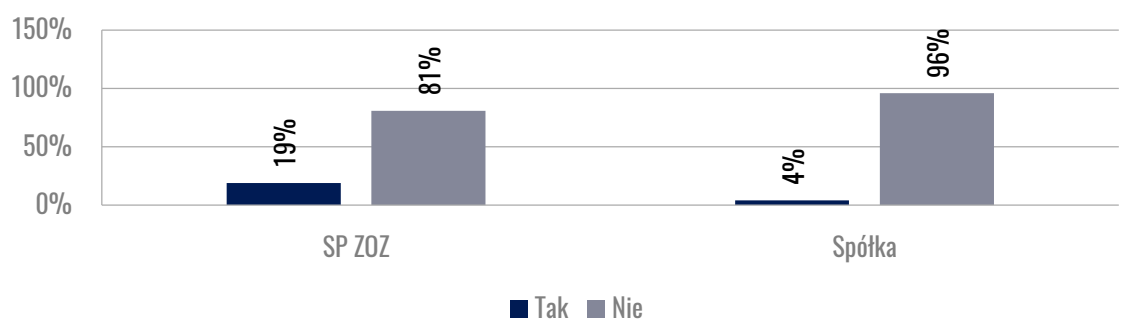
Zdaniem respondentów rada nadzorcza ma realny pozytywny wpływ na zarządzanie szpitalem (74%). W przypadku rady społecznej pogląd ten podziela 59% ankietowanych, ale 38% nie zgadza się z tą tezą. 91% spółek nie zgadza się z tezą, że rada nadzorcza ma realny negatywny wpływ na zarządzanie zakładem. 82% SP ZOZ-ów jest podobnego zdania w stosunku do rady społecznej, acz 15% uważa, że rada społeczna ma realny negatywny wpływ na zarządzanie szpitalem. Zdania na temat braku istotnego wpływu na zarządzanie są podzielone. O ile 70% spółek nie zgadza się z tą tezą, to w przypadku SP ZOZ-ów głosy rozkładają się po połowie. Wydaje się to być spójne z odpowiedziami na poprzednie pytania mówiące o realnym wpływie. 79% spółek wskazało, że przedstawiciele rady nadzorczej mają odpowiednie kwalifikacje pozwalające im pełnić swoje funkcje. Pogląd ten w stosunku do rady społecznej popiera 51% SP ZOZ-ów, jednak 38% nie zgadza się z nim. Opinie na temat tego, na ile istotne problemy dotyczące szpitala są rozwiązywane bezpośrednio z powiatem z pominięciem rady są podzielone. 57% spółek i 59% SP ZOZ-ów nie zgadza się z tą tezą, natomiast 35% spółek i 37% SP ZOZ-ów się z nią zgadza. 83% spółek i 72% SP ZOZ-ów uważa, że w pracy rad brak jest istotnych problemów organizacyjnych (takich np. jak brak quorum). Przeciwnego zdania jest 9% spółek i 26% SP ZOZ-ów. Ankietowani odrzucili tezę mówiącą o tym, że rady dbają bardziej o interesy powiatu niż szpitala (86% spółek, 72% SP ZOZ-ów).

15. Czy wśród członków rady Państwa jednostki są pracownicy konkurencyjnych podmiotów leczniczych?

Tabela 57. Czy wśród członków rady jednostki są pracownicy konkurencyjnych podmiotów leczniczych

	SP ZOZ	Spółka
Tak	19%	4%
Nie	81%	96%
	100%	100%

Wykres 57. Czy wśród członków rady jednostki są pracownicy konkurencyjnych podmiotów leczniczych



Przedstawiciele konkurencyjnych zakładów znajdują się częściej wśród członków rady społecznej (19%) niż rady nadzorczej (4%). Proceder taki został też stwierdzony we wcześniejszych badaniach autora.²⁴

²⁴ M. Kautsch, Rady społeczne i nadzorcze w opinii dyrektorów szpitali, Zarządzanie Publiczne 2/2015, doi: 10.15678/ZP.2015.32.2.05

Analiza wyników badania ankietowego

Zróznicowane ilościowo próby sprawiają, że wyniki należy traktować z pewną ostrożnością. Z drugiej strony rozkład ilościowy grup proporcjonalnie odzwierciedla istniejącą strukturę form prawnych, w jakich działają szpitale, a przez to – liczebność grup, jaka mogła odpowiadać na pytania. Mała liczba powiatów, które nadzorują zarówno SP ZOZ-y i spółki nakazuje szczególną ostrożność w formułowaniu wniosków. Z drugiej strony powiatów takich jest stosunkowo niewiele, są to też jednostki, które – nadzorując obie formy prawne – mają dobry wgląd w to, jak wyglądają różnice w nadzorze między nimi. Wydaje się, że grupa ta powinna stać się przedmiotem dalszych badań i źródłem wiedzy o różnicach między SP ZOZ-em i spółką oraz nadzorem nad nimi.

Celem omawianego badania było, między innymi określenie tego, jak wygląda definiowanie nadzoru przez samych zainteresowanych (co zostało zrealizowane za pomocą pytań otwartych). Uzyskane wyniki umożliwiają zamianę pytań otwartych na zamknięte, dzięki czemu, w kolejnych badaniach, można będzie lepiej zweryfikować wnioski wysnute z analizy obecnie zebranego materiału.

Analiza uzyskanych odpowiedzi wskazuje na kilka zjawisk, które warto odnotować:

- Wysokie oceny nadzoru nie pojawiają się w literaturze przedmiotu. Być może wytłumaczeniem tego, jest fakt, że to problemy przyciągają uwagę badaczy, a nie obszary, w których owych problemów brak. Być może te wysokie oceny wynikają z faktu, że respondenci nie łączą efektów, jakie przynosi nadzór z tym, jak jest sprawowany czy też nie widzą możliwości wpływania na funkcjonowanie podległych im szpitali.
- Bardzo często powiaty, które nadzorują szpitale-spółki nie miały zdania na temat kwestii, o które pytano (nawet do 69% odpowiedzi – sic!), miały też stosunkowo wysoki odsetek braku odpowiedzi. W oparciu o uzyskane informacje nie sposób rozstrzygnąć powodów tego zjawiska. Przy tak wysokim odsetku braku zdania na ww. tematy, powstaje pytanie, czy omawiana grupa ma wiedzę na temat tego, co faktycznie dzieje się w podległym im szpitalach. Jednocześnie grupa ta zadeklarowała najwyższą skuteczność stosowanych przez siebie narzędzi nadzoru i najwyższą (wraz z powiatami, które nadzorują SP ZOZ-y i spółki) ocenę sprawowanego przez siebie nadzoru. Brak odpowiedzi i brak zdania rodzi pytanie o podstawy do tak wysoko sformułowanych ocen prowadzonego przez siebie nadzoru. Przedstawiona kwestia powinna stać się przedmiotem dalszych badań.
- Powiaty, które nadzorują i spółki i SP ZOZ-y miały najniższe wskaźniki braku odpowiedzi czy braku zdania. Być może wynika to z faktu, że sprawując odpowiedzialność za więcej niż jeden zakład muszą one mieć bardziej rozbudowane struktury do nadzoru. Jak wspomniano, stosunkowo mała liczność próby tego typu jednostek każe z dużą ostrożnością formułować wnioski dotyczące tej grupy.
- Niektórzy ankietowani wskazywali na problem z dostępem do informacji. Z jednej strony jest to problem podnoszony w literaturze przedmiotu. Z drugiej – to w gestii powiatu leży, czy wyegzekwuje przesyłanie aktualnych danych z podległej sobie jednostki, wszak ma do tego narzędzia. Badania autora (na niewielkiej grupie powiatów) wskazują, że powiaty nie mają dostępu do aktualnych danych z podległych jednostek²⁵. Ponieważ szpitale wskazywały na to, że powiaty, jako podmioty, które nie chcą otrzymywać danych/nie proszą o nie, powyższa kwestia powinna zostać zweryfikowana w toku pogłębionych badań.
- Pojawiły się też pojedyncze głosy mówiące z jednej strony o braku kompetencji powiatu, nieposiadaniu stosownych komórek/struktur do prowadzenia nadzoru (np. w związku z rozproszeniem odpowiedzialności), czy też dobrej współpracy na linii powiat-szpital, systematyczności w prowadzeniu

²⁵ M. Kautsch, Nadzór właścicielski powiatów nad podmiotami leczniczymi, Zarządzanie Publiczne 4(42)/2017, doi.org/10.15678/ZP.2017.42.4.05

nadzoru. Wydaje się, że i w tym przypadku warto te głosy odnotować i zweryfikować, czy problem ten nie dotyczy większej populacji.

- Wśród problemów z narzędziami nadzoru, część powiatów wskazywała też na brak możliwości wpływu na wielkość finansów jakie otrzymują szpitale (w ramach kontraktów z NFZ-em, czy programów MZ). Wpływ na zewnętrzne finansowanie trudno uznać za narzędzie nadzoru. Wydaje się, że należałoby to interpretować jako brak działań dostosowawczych (brak zgody na takie działania) szpitala w warunkach, w jakich przychodzi mu funkcjonować.
- Część jednostek wskazała rady lub zarządy powiatu jako te, które sprawują nadzór nad podległymi szpitalami. Rzecz jasna, z formalnego punktu widzenia trudno odmówić poprawności takiej odpowiedzi. Aczkolwiek, jeżeli odpowiedzialności zarządu nie towarzyszą struktury na niższych szczeblach organizacyjnych, to rozwiązanie takie można uznać za mało praktyczne, czy też w ogóle faktycznie sprawnie funkcjonujące. Rzeczywiste sprawowanie nadzoru na tak wysokim szczeblu bez systemów wspomagających (stosowych struktur) wydaje się być mało realistycznym rozwiązaniem.
- Liczba osób zajmujących się nadzorem jest bardzo różna w poszczególnych powiatach. To, że średnio jest ich najwięcej w tych powiatach, którym podlegają i SP ZOZ-y i spółki można tłumaczyć tym, że powiaty te mają co najmniej dwa szpitale do nadzorowania. Ponieważ nie wymagano, by powiaty deklarowały ile jednostek nadzorują, nie sposób stwierdzić, w ilu innych powiatach podobna sytuacja ma miejsce. Najmniej osób oddelegowanych do prowadzenia nadzoru deklarowały powiaty, które nadzorują spółki. (Jest to średnio ponad dwa razy mniej osób niż w przypadku powiatów odpowiadających za SP ZOZ-y i spółki.) Wynik ten może być też pochodną tego, że relatywnie często powiaty te udzielały odpowiedzi „zarząd”, czy „rada nadzorcza”, jednak bez informacji ile rada liczy osób.
- Udzielone odpowiedzi sugerują także, iż osoby zajmujące się nadzorem mają sporo innych obowiązków. Cytując wypowiedzi dwójki ankietowanych, powyższe przedstawia się następująco: „2 osoby, faktycznie ok. 0,5 etatu”, „4 osoby na pełnym etacie, w tym: 2,5 etatu zajmuje się nadzorem nad szpoc”. Jeżeli przyjąć, że powyższe wartości odzwierciedlają rzeczywistą wartość przeliczników etatowych to przelicznik osób/etatów mieściłby się w przedziale 0,25-0,625 (średnio: 0,44). Uwzględniając powyższe i stosując taki przelicznik do średnich uzyskanych w badaniu można stwierdzić, że między 0,76 etatu (powiaty nadzorujące tylko spółki), a 1,89 etatu (powiaty posiadających i SP ZOZ i spółkę) „przeznacza się” do nadzoru nad szpitalami. Jest to etat dzielony na kilka osób.
- W badaniu praktycznie brak było wątków dotyczących jakości usług. A jeżeli takowy się pojawiał, to zazwyczaj dotyczył kwestii skarg pacjentów. Powyższe może sugerować, że kwestie jakości nie są priorytetowe w prowadzenia nadzoru nad funkcjonowaniem szpitali. Szczególnie, jeżeli chodzi o powiaty, które nadzorują szpitale spółki i te, które nadzorują i spółki i SP ZOZ-y. W żadnej z odpowiedzi pochodzącej z tych jednostek nie pojawiła się wzmianka na temat jakości usług.
- Badanie potwierdziło, że w spółki przekształcane były zazwyczaj mniejsze jednostki. Ich wielkość liczona tak liczbą łóżek, jak i wartością budżetu jest mniejsza niż SP ZOZ-ów.
- Odpowiedzi dotyczące nadzoru udzielane przez szpitale były zbieżne z tymi, których udzielały powiaty, choć szpitale oceniały nadzór i działalność rad zazwyczaj nieco bardziej krytycznie, podobnie jak pomoc udzielaną im przez nadzorujące powiaty. Dużo rzadziej stwierdzały także, że nie mają zdania.
- Choć pojawiały się pojedyncze głosy mówiące o rzadkich spotkaniach zarządu szpitala i zarządu powiatu, to należy odnotować, że w przeważającej większości spotkania takie są regularne (z częstością nieco mniejszą niż raz na miesiąc).
- Natomiast warto odnotować, jak niski odsetek tematów tych spotkań dotyczy planów szpitala. Średnio zaledwie w 11% przypadków strony rozmawiają o planach (przy czym odsetek ten jest dwukrotnie wyższy dla spółek niż dla SP ZOZ-ów). Oczywiście, inwestycje, o których rozmowy prowadzone są znacznie częściej dotyczą zdarzeń przyszłych, ale ta przyszłość, to wszak nie tylko inwestycje, ale też i zmiana polityki, nowe podejście do działań, czy nowe przedsięwzięcia o charakterze nieinwestycyjnym.



Wnioski i rekomendacje dla prawidłowego funkcjonowania nadzoru jednostek samorządu terytorialnego nad szpitalami

Uzyskane wyniki pokazują, że definiowanie pojęcia nadzoru oraz stosowane modele nadzoru różnią się i to w sposób istotny.

Powiaty odpowiedzialne za nadzór nad SP ZOZ-ami definiują nadzór przede wszystkim przez pryzmat czynności, jakie są wykonywane do jego sprawowania. Podobne podejście do nadzoru deklarują same SP ZOZ-y. Natomiast te powiaty, które nadzorują spółki wskazują przede wszystkim na struktury, za pomocą których nadzór jest prowadzony, tak samo jak same szpitale spółki, które są przez nie nadzorowane.

Część respondentów, zadeklarowała, że nie posiadają struktur do prowadzenia nadzoru nad swoimi szpitalami, zakres danych przez nie zbieranych jest relatywnie mały, a same dane zbierane są w sposób wyrywkowy. Są też tacy, którzy przedstawili dane mówiące o posiadaniu uporządkowanych struktur, zróżnicowanych narzędziach, które powiat te stosują w różnych okresach. Można więc stwierdzić, że są wzorce, które warto wykorzystywać. Rzecz jasna powiaty istotnie różnią się między sobą jeżeli chodzi o wielkość, przychody, liczbę nadzorowanych jednostek i ich formę prawną. Z pewnością więc nie wszystko, co działa w jednym powiecie może być przeniesione na grunt innego powiatu. Choćby z przyczyn finansowych i kadrowych. Powiaty, które nadzorują więcej niż jedną jednostkę tworzą bardziej rozbudowane struktury, w przypadku większych miast, czy województw (kilkanaście lub więcej nadzorowanych jednostek) struktury te są jeszcze większe.

Choć brak jednolitego wzorca, jeżeli chodzi o wielkość struktur i rodzaj narzędzi, można wskazać na rozwiązania, które mają szansę się sprawdzić, a w każdym razie na pewien sposób myślenia o kwestii nadzoru, które znajdują się w gestii powiatów (bez względu na ich stopień zamożności). Obejmuje on działania planistyczne i regularne weryfikowanie wyników uzyskiwanych przez podległy podmiot w oparciu o szeroki zakres (kluczowych) danych dotyczących nie tylko finansów.

Badani deklarowali, że powiaty gromadzą dane ze szpitali dotyczące przede wszystkim zdarzeń przeszłych (sprawozdania), stosunkowo niewiele jednostek zadeklarowało, że dysponują także danymi dotyczącymi planów, podobnie jak niewiele jednostek mówiło o wspólnych działaniach (współpracy między starostwem a podległym podmiotem). Powyższe oznacza, że wspólne planowanie celów jest stosunkowo rzadkim zjawiskiem. Na co wskazały same szpitale – odsetek tych, które rozmawiają ze swoimi powiatami nt. planów jest niski.

Jak wspomniano powyżej, między pryncypałem a agentem mogą występować różnice w postrzeganiu celów, jakie ma realizować jednostka. Dlatego też z punktu widzenia zarządzania jednostką, a także tego, jak ma być ona nadzorowana, jako punkt wyjścia należy uznać wspólne określanie realistycznych celów, jakie szpitale miałyby osiągać. Cele nadają organizacji poczucie kierunku. Sprawiają, że pracownicy wiedzą, czego się od nich wymaga, mogą skoncentrować się na działaniach, które przyczyniać się będą do realizacji tychże celów. Samo wspólne zaplanowanie celów będzie pomocne w lepszym rozumieniu przez powiaty problemów/potrzeb swoich jednostek, a także powoduje, że obie strony będą zmotywowane do ich osiągnięcia. Brak wyznaczonych celów stawia też pod znakiem zapytania prowadzenie nadzoru, skoro bowiem nie wiadomo, czego pryncypał wymaga od podległej sobie jednostki, to co miałyby być przedmiotem nadzoru?

Do tego niezbędne jest stworzenie systemu przepływu informacji między szpitalem i powiatem. System ten powinien zapewniać dostęp powiatu do różnego typu informacji, a ich zakres powinien obejmować nie tylko kwestie finansowe. Zbierane informacje powinny dotyczyć także takich kwestii jak problematyka kadrowa (szczególnie kwestie niedoboru kadr), kontrakty z NFZ-em, stan infrastruktury i wyposażenia (aparatura medyczna i techniczna) oraz – co nie mniej istotne – jakość usług oferowanych przez szpital. System ten powinien

uwzględniać różne okresy sprawozdawczości dotyczące różnego typu danych. Stosowane najczęściej przez powiaty sprawozdania roczne nie wydają się najlepiej dobranym narzędziem; należałoby zalecić dużo częstsze sprawozdawanie kluczowych informacji. Gromadzenie przez powiat informacji powinno też dotyczyć planów szpitala, a nie tylko przeszłych zdarzeń.

Odpowiedzi ankietowanych wskazują też na dwie kwestie, które należałoby poruszyć: stosowanie narzędzi określonych przepisami prawa oraz badanie sprawozdań przez biegłego rewidenta.

To, że należy stosować się do przepisów jest oczywiste. Wspomniane odpowiedzi zdają się jednak sugerować, że niektóre powiaty zdają się stosować bardzo mechanistyczne podejście do przepisów. Wydają się nie uwzględniać tego, że przepisy te nie są doskonałe, samymi przepisami rangi ustawy czy rozporządzenia nie można też uregulować wszystkich elementów nadzoru, np. częstości i zakresu przekazywanych danych. Powyższe sprawia, że należy rozwijać własne narzędzia do nadzoru (w oparciu o istniejące wzorce / sposoby myślenia). Jeżeli chodzi o badanie sprawozdań przez biegłego rewidenta, to również trudno nie stosować tego narzędzia. Warto natomiast pamiętać, że opinia rewidenta nie dotyczy sensowności działań szpitala, ale prawidłowego księgowania zdarzeń finansowych. Badanie takie pokaże, że pogarszający się wynik finansowy szpitala został zaraportowany zgodnie z przepisami. Ale nie odpowie na pytanie o jego przyczyny i nie wskaże co należy zrobić, by sytuacja uległa poprawie.

Szerzej podchodząc do kwestii nadzoru można wskazać, że kluczowe dla powodzenia szpitala (a więc pośrednio – dla rozwiązania części problemów nadzoru) jest odpowiedni dobór osoby zarządzającej (agenta), wypracowanie z nią/nim wspólnie celów/rozwiązań, które miałyby być wdrażane, a następnie wspieranie tej osoby w realizacji tych wspólnie ustalonych celów. Innymi słowy pro-aktywne, a nie wyczekujące nastawienie do nadzoru. Tym bardziej, że – jak podkreśliła znaczna część ankietowanych odpowiedzialnych za spółki (oraz spółki i SP ZOZ-y) – działania właściciela (rady nadzorczej, zarządu powiatu lub zgromadzenia wspólników), czyli taka właśnie aktywna postawa została, uznana za najskuteczniejsze działania nadzorcze.



Spis treści

• Streszczenie	2
• Zarys problemu nadzoru jednostek samorządu terytorialnego nad szpitalami.	3
• Uwagi metodologiczne	6
• Wyniki badania ankietowego.	7
• Analiza wyników badania ankietowego	43
• Wnioski i rekomendacje dla prawidłowego funkcjonowania nadzoru jednostek samorządu terytorialnego nad szpitalami	45



Copyright by
Związek Powiatów Polskich



Warto wiedzieć więcej
Analizy samorządowe



ZWIĄZEK
POWIATÓW
POLSKICH

ISSN 2657-8638

Wydawca:
Związek Powiatów Polskich
Pałac Kultury i Nauki (27 piętro, pokój 2704)
00-901 Warszawa, Plac Defilad 1
www.zpp.pl
tel. +48 22 656 63 34
fax +48 22 656 63 33