

Marcin Kautsch

Rady społeczne i nadzorcze w opinii dyrektorów szpitali

Zarządzanie Publiczne nr 32 (2), 54-66

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Marcin Kautsch

Rady społeczne i nadzorcze w opinii dyrektorów szpitali

Artykuł przedstawia wyniki badań dotyczących opinii zarządzających szpitalami na temat funkcjonowania oraz przydatności rad społecznych i nadzorczych. Wyniki te wskazują, że działalność rad nadzorczych jest przydatna dla organu właścicielskiego i samej placówki. W przypadku rad społecznych – większe korzyści uzyskuje organ właścicielski. Szczególnie wysoko jest oceniany nadzór rad nadzorczych nad kwestiami ekonomiczno-zarządczymi. Nie wskazano na większe problemy funkcjonowania rad. Respondenci podkreślili jednak, że ich członkowie nie zawsze są przygotowani do posiedzeń i nie zawsze mają odpowiednie kwalifikacje. Zarządzający szpitalami zdecydowanie wyżej cenią sobie wkład w zarządzanie szpitalami, jaki wnoszą rady nadzorcze. W porównaniu z nimi rady społeczne zostały ocenione stosunkowo nisko.

Słowa kluczowe: rada społeczna, rada nadzorcza, szpital.

Wprowadzenie

Do czasu wprowadzenia systemu powszechnego ubezpieczenia w roku 1999 na mocy ustawy z roku 1997¹ praktycznie wszystkie szpitale były jednostkami publicznymi. Wyjątek stanowiły mniejsze placówki będące własnością dużych zakładów pracy bądź te, które zostały oddane kościelnym osobom prawnym w ramach zwrotu majątku przejętego po II wojnie światowej. Na początku obecnego wieku zaczęto stosować nową formę prawną – tzw. niepubliczny zakład opieki zdrowotnej – w której mogły funkcjonować szpitale, stosowaną wcześniej do zakładów opieki ambulatoryjnej. Postępujący rozwój sektora prywatnego spowodował, że zaczęto tworzyć prywatne szpitale, rozbudowywać istniejące formy ambulatoryjne tak, by mogły udzielać także świadczeń stacjonarnych, oraz wykupować lub dzierżawić szpitale będące własnością jednostek samorządu terytorialnego. Wysokie koszty świadczeń stacjonarnych powodowały, że szpitale te starały się o kontrakt z publicznym płatnikiem, oferując pacjentom usługi (obok tych

płatnych ze środków prywatnych) w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Prócz powyżej opisanych zjawisk część jednostek samorządu terytorialnego, najczęściej w związku z trudną sytuacją podległych sobie szpitali, przekształciła je w spółki.

Rozwój sektora prywatnego sprawił, że w systemie pojawiły się dwa rodzaje podmiotów, które miały podobne zadania (realizacja świadczeń zdrowotnych), lecz różne cele. O ile celem placówek publicznych nie było osiąganie zysku (a przynajmniej nie powinno być – zob. Sąd Najwyższy 2005), to jest to cel podstawowy dla jednostek prywatnych. Bez względu na rodzaj szpitala powinno się ustanowić struktury nadzoru nad tymi podmiotami, by wspomagać realizację ich zadań statutowych.

Z mocy ustawowej² przy zakładach publicznych funkcjonowały/funkcjonują rady społeczne. Natomiast w związku z ułomnością prawa (co jest tematem na osobne opracowanie) przekształcone szpitale uzyskały status zakładów niepublicznych³,

Marcin Kautsch – Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu

¹ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. 1997, nr 28, poz. 153).

² Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991, nr 91, poz. 408); Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, nr 112, poz. 654).

³ Zgodnie z zapisami art. 205 ustawy o działalności leczniczej z 2011 r. „z dniem wejścia w życie ustawy niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stają się przedsiębior-

nawet jeżeli były w 100% własnością jednostek publicznych, a ponieważ funkcjonowały jako spółki, koniecznością stało się powołanie przy nich rad nadzorczych. Rady takie funkcjonowały/funkcjonują również przy szpitalach prywatnych.

W Polsce jest ponad 19 tys. zakładów opieki zdrowotnej, w tym prawie 1,4 tys. jednostek lecznictwa stacjonarnego⁴, z czego ponad połowę stanowią jednostki niepubliczne (tabela 1). W związku z zaprzestaniem stosowania przez Ministerstwo Zdrowia podziału na jednostki publiczne i niepubliczne nie wiadomo, jak wygląda on obecnie w odniesieniu do szpitali. Ostatnie dostępne dane wskazują, że w roku 2011 było 830 szpitali ogólnych (czyli takich, które nie są resortowe⁵ i nie mają profilu psychiatrycznego), w tym 517 publicznych i 313 niepublicznych (CSIOZ 2012, s. 90), przy czym te drugie były znacznie mniejsze niż pierwsze (średnia liczba łóżek w szpitalu publicznym wynosiła 302, a niepublicznym – 91).

Jak dotąd tematyka rad nie spotkała się z szerokim zainteresowaniem badaczy, opracowania naukowe na ich temat nie są liczne, a dostępne informacje o ich funkcjonowaniu nie są zbyt obszerne. Mając na względzie liczbę jednostek

szpitalnych, warto postawić pytanie, jaką rolę miałyby pełnić rady – czy stanowią wartość dodaną? Jest to istotne w przypadku rad społecznych, gdyż ponad 20 lat ich funkcjonowania w zasadzie nie zostało opisane, a obecnie większość szpitali wciąż je posiada. Z drugiej strony to, jak działają rady nadzorcze, ma coraz większe znaczenie, gdyż w świetle zapisów ustawy o działalności leczniczej z 2011 r. nowe, samodzielne publiczne zakłady (SP ZOZ-y) nie będą tworzone, a te mające problemy finansowe (których nie rozwiążą podmioty je tworzące) będą musiały być zlikwidowane – na co jednostki samorządu terytorialnego zapewne nie będą chciały pozwolić – lub przekształcane w spółki prowadzące zakłady niepubliczne (NZOZ-y). Oznacza to, że liczba tych ostatnich będzie rosła, a wraz z nimi liczba rad nadzorczych. O tym, że przekształcane placówki powinny być wspierane przez rady, może świadczyć to, iż spora część takich szpitali nie radzi sobie (Najwyższa Izba Kontroli 2011), przez co wymaga wsparcia.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie funkcjonowania rad społecznych i nadzorczych działających przy szpitalach, ich problemów związanych z pełnioną rolą, ich wpływu na zarządzanie szpitalami, współpracy między placówkami a radami, a wreszcie kompetencji członków rad. Praca powstała w oparciu o analizę literatury oraz badania funkcjonowania rad, przeprowadzone przez zespoły pod kierunkiem autora.

Tabela 1. Liczba zarejestrowanych zakładów opieki zdrowotnej w kategorii lecznictwo stacjonarne i ogółem w podziale na publiczne i niepubliczne (stan na 13.02.2015)

Rodzaj zakładu	Ogółem	Publiczne	Niepubliczne
Leczenie stacjonarne	1 394	686	708
Razem	19 311	2 258	17 053

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ze strony: <http://rpwdl.csioz.gov.pl/RZOZ/> (dostęp: 13.02.2015).

stwami podmiotów leczniczych”. Ponieważ jednak samo Ministerstwo Zdrowia we własnych publikacjach używa określenia „niepubliczny zakład opieki zdrowotnej”, a nie „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego”, w niniejszym artykule stosowane jest to pierwsze określenie.

⁴ Oprócz szpitali lecznictwo stacjonarne obejmuje także sanatoria, hospicja i inne rodzaje jednostek.

⁵ Tzn. nie należą do Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych czy Ministerstwa Sprawiedliwości.

1. Rady społeczne

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej w pierwotnej wersji z 1991 r. wprowadzała rady jako ciała inicjujące i opiniodawcze podmiotu, który utworzył zakład, oraz organy doradcze kierowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Początkowo instytucje te nosiły nazwę rad nadzorczych, choć ich kompetencje były mocno ograniczone w stosunku do odpowiedników funkcjonujących przy spółkach prawa handlowego. Nowela tej ustawy w roku 1997 wprowadziła m.in. zmianę nazewnictwa – rady stały się „radami społecznymi”. Zniknął też istniejący wcześniej zapis mówiący o tym, że statut zakładu określa tryb rozstrzygania sporów pomiędzy kierownictwem a radą (wówczas „nadzorczą”),

z tym że ostateczne rozstrzygnięcie należało do organu, który utworzył zakład. Pokazuje to, że rola rady została jeszcze bardziej ograniczona, nie zakładano bowiem, iż takie spory mogą się w ogóle pojawić.

Zapisy dotyczące rad społecznych znajdujące się w przywołanej obecnie obowiązującej ustawie o działalności leczniczej nie uległy zmianie w stosunku do tych z ustawy o ZOZ-ach, którą zastąpiły. W myśl obowiązujących przepisów do zadań rad społecznych należy:

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

Zadania rady społecznej są więc mocno ograniczone, co sprawia, że można zakwestionować możliwość wsparcia przez nią procesu zarządzania jednostką i sprawowania faktycznego nadzoru, który obejmowałby opisane w literaturze funkcje (kontrolną, kadrową, motywacyjną, opiniodawczą i decyzyjną) (Bogacz-Miętka 2011, s. 56).

Wspomniane powyżej akty prawne nie regulują kwestii kompetencji, którymi mieliby się legitymować członkowie rad społecznych. Wymieniają jedynie instytucje, które delegują swoich przedstawicieli do zasiadania w radzie. Instytucje te są różne w zależności od podmiotu tworzącego zakład i obejmują przedstawicieli administracji państwowej, samorządu terytorialnego, stowarzyszeń profesjonalnych. Ów brak kryteriów kompetencji i polityczny charakter tych ciał, wybieranych przez upolitycznione instytucje (najczęściej samorządy), sprawia, że w skład rad społecznych wchodzi osoby, które nie są w stanie wspierać procesu zarządzania jednostką (Kautsch 2010, s. 84).

Dostępna literatura dotycząca rad społecznych jest bardzo uboga, a źródła nie zawsze mają charakter *stricte* naukowy. Jednak te nieliczne głosy mówiące o ich funkcjonowaniu są głosami krytycznymi. Zarzuty dotyczą tego, że rada nie uczestniczy aktywnie w zarządzaniu, wydłuża proces podejmowania decyzji, rozpraszając odpowiedzialność za jednostkę, i zajmuje się zbyt szerokim i niespójnym zakresem spraw – od ekonomicznych po kadrowe i medyczne (Dercz, Rek 2007, s. 315). Za niepotrzebne uznają rady sami przedstawiciele podmiotów tworzących (Stec-Fus 2006). Podobny jest ton innych wypowiedzi (Głuch 2006; Kautsch 2008; Staszewski, Kautsch, Woderska 2012). Głosy mówiące o niskiej przydatności rad, w tym kwestionowanie ich opinii, można znaleźć w wykładniach przepisów przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia (2008), popartych wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego (wyrok z 11.02.2000, I SA 1603/99, LEX nr 53750), czy też organy założycielskie („Skarga bezzasadna” 2004). Powyższe uwagi każą postawić pytanie o celowość istnienia organu, którego rola opiniotwórcza i doradcza nie ma istotnego znaczenia ani dla podmiotu tworzącego zakład (który *notabene* ją powołuje), ani dla samego zakładu, przy którym działa.

2. Rady nadzorcze

O ile rady społeczne funkcjonują przy szpitalach od dawna, o tyle rady nadzorcze zaczęły być powoływane dopiero na początku XXI w., wraz z ze wspomnianymi (początkowo powo-

nymi) przekształceniami w ochronie zdrowia. Rady nadzorcze przy szpitalach są stosunkowo nowym zjawiskiem, z drugiej strony są tworem, który funkcjonuje od dawna w innych sektorach.

Rady nadzorcze działają w oparciu o Kodeks spółek handlowych⁶. Dokument ten nadaje im znacząco większe uprawnienia i zadania od przysługujących radom społecznym. Zgodnie z przywołanym aktem prawnym **rada nadzorcza sprawuje stały nadzór nad działalnością spółki we wszystkich dziedzinach jej działalności**, a umowa spółki może jeszcze rozszerzyć te uprawnienia. Podobnie jak w przypadku rad społecznych, nie ma sprecyzowanych wymogów formalnych stawianych kandydatom na członków rady nadzorczej. Mimo niefortunnej nazwy (niepubliczny zakład opieki zdrowotnej) przekształcone szpitale pozostają (w większości przypadków) własnością jednostek publicznych. Te ostatnie stawiają kandydatom na członków rad nadzorczych spółek, w których Skarb Państwa jest jedynym akcjonariuszem⁷, odpowiednie wymogi. Są one stosunkowo precyzyjnie opisane, a ich spełnienie musi być potwierdzone państwowym egzaminem. Z egzaminu zwolnione są osoby posiadające stopień naukowy doktora nauk prawnych lub nauk ekonomicznych albo wpisane na listę radców prawnych, adwokatów, biegłych rewidentów lub doradców inwestycyjnych⁸.

Poza sprawdzenia kompetencji przy wyborze członków rad nadzorczych konieczna jest dbałość o to, by nie zaistniała możliwość konfliktu interesów oraz by osoby te nie były w bezpośredniej podległości w stosunku do zarządu spółki. Podobne zalecenia można znaleźć w *Dobrych praktykach spółek notowanych na GPW* (Giełda Papierów Wartościowych 2007). Ponadto dokument ten stwierdza, że członkowie rady powinni

być doświadczeni, mieć odpowiednią wiedzę i umiejętności, a także być dostępni na tyle, by móc się w pełni zaangażować w sprawy spółki.

Do różnic między członkami rad społecznych i nadzorczych można jeszcze zaliczyć ponoszenie przez tych drugich odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną działaniem lub jego zaniechaniem oraz otrzymywanie wynagrodzenia za zasiadanie w radzie.

3. Metoda

Celem badań, w oparciu o które powstał niniejszy artykuł, była odpowiedź na pytania: czy rada społeczna/nadzorcza spełnia swoją funkcję (nadzoru i kontroli)? czy zarząd szpitala odnosi korzyści z posiadania wspomnianych organów oraz jak one funkcjonują?

Badania zostało przeprowadzone na grupie 50 SP ZOZ-ów i 39 NZOZ-ów w okresie III kwartał 2011–II kwartał 2012 r.

Dobór do grup został nastąpił w oparciu o następujące kryteria:

1) SP ZOZ-y – do udziału w badaniu zaproszono dyrektorów tych szpitali, które w okresie pięciu lat poprzedzających badanie uzyskały wysokie pozycje w rankingu „Rzeczpospolitej” *Bezpieczny Szpital*. Chciano bowiem uzyskać opinie ekspertów, a za takich można uznać osoby kierujące placówkami, które mogą się poszczycić wysokimi miejscami w przywoływanym rankingu regularnie, w dłuższym okresie⁹.

2) NZOZ-y – w związku z tym, że szpitale niepubliczne (nawet te, których organem właścicielskim jest jednostka samorządu terytorialnego) są mniejsze niż ich publiczne odpowiedniki, zdecydowano się zaprosić do udziału w badaniu tylko placówki, które miały co najmniej dwa oddziały lub 50 łóżek. W tym celu dokonano

⁶ Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz. U. 2000, nr 94, poz. 1037).

⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 września 2004 r. w sprawie szkoleń i egzaminów dla kandydatów na członków rad nadzorczych spółek, w których Skarb Państwa jest jedynym akcjonariuszem (Dz. U. 2004, nr 198, poz. 2038).

⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 marca 2006 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szkoleń i egzaminów dla kandydatów na członków rad nadzorczych spółek, w których Skarb Państwa jest jedynym akcjonariuszem (Dz. U. 2006, nr 61 poz. 432).

⁹ W związku z metodologią przyjętą do badania SP ZOZ-ów w badaniu wzięły udział osoby kierujące szpitalami, w których nie występowały większe problemy. Wysokie miejsce w rankingu mogły zdobyć jednostki dobrze zorganizowane, stabilne pod względem finansowym i świadczące usługi o wysokiej jakości. Można więc przyjąć, że w badaniu nie odpowiadano na pytanie: „jak działa rada społeczna?”, ale na pytanie: „jak działa rada społeczna przy zakładzie znajdującym się w dobrej sytuacji?”. Należy to uwzględnić przy interpretacji wyników badania.

analizy danych z internetowej bazy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (RPWDL 2011). W rezultacie znaleziono 86 jednostek spełniających powyższe warunki. Choć początkowo chciano przeanalizować funkcjonowanie rad nadzorczych bez względu na organ właścicielski, uzyskano dane wyłącznie od tych szpitali, których właścicielami są jednostki samorządu terytorialnego. We wzmiankowanej bazie znaleziono 44 jednostki spełniające te kryteria, a odpowiedzi uzyskano od 39 z nich.

Charakterystyka grup szpitali biorących udział w badaniu – w podziale na SP ZOZ-y i NZOZ-y – została przedstawiona w tabelach 2 i 3 poniżej.

Organami założycielskimi/właścicielskimi wszystkich szpitali były jednostki publiczne, a w przypadku NZOZ-ów – wyłącznie jednostki samorządu terytorialnego. Strukturę badanej populacji w podziale na podmioty tworzące przedstawiono w tabeli 2.

Szpitala publiczne biorące udział w badaniu były istotnie większe od przeciętnej. Takie jednostki (wojewódzkie, nie powiatowe) są np. mniej zadłużone niż te mniejsze (Sobczak, Czechowska, Dmowski 2009), co ma przełożenie na ich obecność na wysokich miejscach w rankingu. Rozkład szpitali w zależności od liczby łóżek pokazano w tabeli 3.

Kwestionariusz ankiety

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą ankiety umieszczonej w internecie, zawierającej pytania zamknięte¹⁰. Została ona skierowana do dyrektorów/prezesów zarządów szpitali. Zadaniem respondentów była ocena funkcjonowania rad kierowanych przez nich zakładów. Do wskazanej grupy zwrócono się drogą mailową z prośbą o wypełnienie ankiety. Następnie przeprowadzono rozmowy telefoniczne, które miały zachęcić do wzięcia udziału w badaniu.

4. Wyniki badania

Wyniki badania przedstawiono w kolejnych tabelach, pokazujących odpowiedzi na pytania znajdujące się w ankiecie, i omówiono poniżej. Wyniki odnoszą się do opinii zarządzających jednostkami na temat rad; osoby kierujące SP ZOZ-ami oceniały rady społeczne (RS), a te, które kierowały NZOZ-ami – rady nadzorcze (RN)¹¹.

W opinii ankietowanych RN są bardziej przydatne niż RS – zarówno dla podmiotu tworzącego, jak i samej placówki. W przypadku RS odsetek odpowiedzi, według których rola opiniotwórcza rady dla podmiotu tworzącego jest duża lub

Tabela 2. Rozkład szpitali biorących udział w badaniu w zależności od podmiotu tworzącego

Podmiot tworzący	SP ZOZ		NZOZ	
	nominalnie	procentowo	nominalnie	procentowo
Województwo	14	28	3	8
Powiat	19	38	26	67
Miasto	4	8	10	26
Uczelnia medyczna	4	8	0	0
Minister lub centralny organ administracji rządowej	5	10	0	0
Brak odpowiedzi	4	8	0	0

Źródło: opracowanie własne.

¹⁰ Ze względu na ograniczoność miejsca w niniejszym artykule nie przedstawiono całej ankiety. Dane z metryk pokazano w tabelach 2 i 3, natomiast odpowiedzi na wspomniane pytania zamknięte przedstawiono w tabelach poniżej (4–12) przy omawianiu wyników badania.

¹¹ W związku z zaokrągleniem wartości do pełnych procentów część wyników dla rad nadzorczych sumuje się do 101%.

bardzo duża, wyniósł 46% – przy 56% takich odpowiedzi dla RN. Natomiast w przypadku samej placówki odsetek ten wyniósł odpowiednio 30 i 67%. Głosów mówiących, że rola ta jest mała lub żadna, było odpowiednio 28 i 11% dla podmiotów tworzących oraz 44 i 5% dla samych placówek. Innymi słowy zdecydowanie więcej osób uważa, że RS są organem nieprzydatnym dla placówki, a RN – wręcz przeciwnie. Rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawiono w tabeli 4.

Opinie RN są znacząco bardziej istotne niż RS w odniesieniu do wszystkich obszarów, których dotyczyła ankieta. Nawet przy działaniach projakościowych w szpitalu (w którym opinia rad w obu przypadkach była oceniona bardzo nisko) większe znaczenie mają opinie rady nadzorczej (tabela 5). Różnica ta jest szczególnie dobrze widoczna przy pytaniach nt. planowania strategicznego i planowania nowych obszarów działalności medycznej. Odpowiednio 30 i 38%

Tabela 3. Rozkład szpitali biorących udział w badaniu w zależności od liczby łóżek

Liczba łóżek	SP ZOZ		NZOZ	
	nominalnie	procentowo	nominalnie	procentowo
Do 200	7	14	33	85
> 200	37	74	6	15
Brak danych	6	12	0	0

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Rola opiniotwórcza rad dla podmiotu tworzącego oraz zarządu szpitala (%)

Rola opiniotwórcza rady	Bardzo duża		Duża		Przeciętna		Mała		Żadna	
	RS	RN	RS	RN	RS	RN	RS	RN	RS	RN
Dla podmiotu tworzącego	14	15	32	41	26	33	20	8	8	3
Dla zarządu szpitala	12	26	18	41	26	28	30	5	14	0

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Zakres, w jakim opinie rady są przydatne w zarządzaniu szpitalem (%)

Obszar:	Bardzo duży		Duży		Przeciętny		Mały		Żaden	
	RS	RN	RS	RN	RS	RN	RS	RN	RS	RN
Planowanie strategiczne	6	31	20	41	18	21	26	8	30	0
Planowanie nowych obszarów działalności medycznej	6	10	14	51	14	26	28	13	38	0
Nadzór ekonomiczny nad działalnością szpitala	10	49	16	26	30	18	32	8	12	0
Nadzór organizacyjny nad działalnością szpitala	8	15	16	54	24	21	28	5	24	5
Działania projakościowe w szpitalu	4	5	18	23	20	36	28	26	30	10

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6. Wpływ rady na zarządzanie szpitalem (%)

	Rada społeczna (SP ZOZ)	Rada nadzorcza (NZOZ)
Realny, pozytywny	58	82
Realny, negatywny	19	3
Brak realnego wpływu	23	15

Źródło: opracowanie własne.

respondentów odpowiedziało, że zakres opinii RS jest w tych kwestiach żaden. Taka opinia nie jest podzielana przez prezesów zarządów szpitali będących spółkami (0%).

W świetle odpowiedzi na omówione pytania nie dziwi, że zdaniem respondentów znacznie większy wpływ na zarządzanie szpitalem mają RN i jest to zdecydowanie wpływ pozytywny. Odpowiedzi mówiące o realnym negatywnym wpływie w przypadku RN prawie nie występują.

Tabela 7. Opinia zarządzających na temat funkcjonowania rad¹² (%)

	Nie zgadzam się		Nie mam zdania		Zgadzam się	
	RS	RN	RS	RN	RS	RN
Rada spełnia swoją rolę*	54	18	8	13	38	69
Rada wydłuża procedury podejmowania decyzji	30	48	4	26	66	26
Rada może utrudniać proces zarządzania zakładem**	34	57	6	18	60	26
Członkowie rady posiadają odpowiednie kwalifikacje, pozwalające im pełnić swoją funkcję	54	34	14	21	32	46

* Oryginalne stwierdzenia brzmiały: „Rada społeczna spełnia zamierzoną przez ustawodawcę rolę społecznej kontroli udzielania świadczeń zdrowotnych” (SP ZOZ) / „Rada spełnia rolę faktycznego nadzoru nad działalnością spółki we wszystkich jej dziedzinach” (NZOZ). Ze względu na format tabeli, zdecydowano się przedstawić pytanie w skróconej wersji.

** Oryginalne stwierdzenia brzmiały: „Rada społeczna, poprzez brak prawnej odpowiedzialności jej członków za podejmowane decyzje, może utrudniać proces zarządzania zakładem opieki zdrowotnej” (SP ZOZ) / „Rada poprzez stały nadzór nad działalnością spółki może utrudniać proces zarządzania podmiotem medycznym” (NZOZ). Ze względu na format tabeli, zdecydowano się przedstawić pytanie w skróconej wersji.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8. Zakres uprawnień rad w stosunku do zarządu (%)

Obecny zakres uprawnień rady w stosunku do zarządu	Rada społeczna (SP ZOZ)	Rada nadzorcza (NZOZ)
Zbyt duży	34	15
Odpowiedni	54	67
Zbyt mały	12	18

Źródło: opracowanie własne.

Znacznie mniejszy (w porównaniu z RS) jest też odsetek odpowiedzi, zgodnie z którymi RN nie mają wpływu na zarządzanie szpitalem (tabela 6).

Opinie na temat roli rad oraz jej członków w zarządzaniu szpitalem były zróżnicowane. Mimo to można zauważyć pewne prawidłowości. Większość respondentów stwierdziła, że RN spełniają swoją rolę nadzoru. RS natomiast nie realizują funkcji założonej przez ustawodawcę, do tego wydłużają one proces podejmowania decyzji (podobnego zdania o RN było 26% respondentów). Zdaniem większości ankietowanych oceniających RS mogą one utrudniać zarządzanie zakładem. Większość respondentów oceniających RN nie zgadza się z tezą mówiącą o utrudnianiu przez nie zarządzania placówką. Połowa osób,

¹² Ze względu na format połączono odpowiedzi „całkowicie się zgadzam” i „zgadzam się” oraz „całkowicie się nie zgadzam” i „nie zgadzam się”.

Tabela 9. Możliwe zmiany w kompetencjach rad (%)

Odpowiedź	Rada społeczna (SP ZOZ)	Rada nadzorcza (NZOZ)*
Nie należy nic zmieniać w kształcie i uprawnieniach rady	14	62
Należy wzmocnić rolę rady	24	18
Należy zlikwidować rady	46	18
Należy powrócić do formuły działania rad społecznych	n.a.	3
Należy ograniczyć rolę rady	16	0

* Wynik nie sumuje się do 100%, co wynika z zaokrąglania podanych wartości.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 10. Wpływ prezesa zarządu na zakres działań rad (%)

Wpływ dyrektora/prezesa na zakres działań rady	Rada społeczna (SP ZOZ)	Rada nadzorcza (NZOZ)*
Bardzo duży	16	5
Duży	40	21
Przeciętny	18	41
Mały	12	26
Bardzo mały	14	8

* Wynik nie sumuje się do 100%, co wynika z zaokrąglania podanych wartości.

Źródło: opracowanie własne.

według których RS mają pozytywny wpływ na zarządzanie zakładem, stwierdza jednocześnie, że jej członkowie nie mają odpowiednich kompetencji. Najbardziej zbliżone wartości odsetek głosów (co nie znaczy, że równe) dotyczą oceny kompetencji członków rad, przy czym i w tym zestawieniu RN wypadają lepiej (tabela 7).

Ocena roli rad przekłada się na opinie ankietowanych na temat zakresu uprawnień tych ciał w stosunku do zarządu szpitala. I tak, $\frac{2}{3}$ ankietowanych uznało obecny zakres uprawnień RN za odpowiedni (54% odpowiedzi dla RS); 15% uznało go za zbyt duży (34% dla RS), a 18% za zbyt mały (12% dla RS). Przedstawia to tabela 8.

Opinie te korelują z kolei z odpowiedziami na temat ewentualnych zmian kształtu i upraw-

Tabela 11. Trudności związane z bieżącą działalnością rad (średnia ważona wyników)

Trudności	Rada społeczna (SP ZOZ)	Rada nadzorcza (NZOZ)
Niedostateczne przygotowanie członków rady do posiedzeń	1,6	3,03
Utrzymanie rady nadzorczej jest zbyt drogie w stosunku do jej wkładu w zarządzanie spółką	–	2,67
Problemy organizacyjne, np. zapewnienie quorum niezbędnego do podejmowania uchwał	1,98	2,46
Brak (chęci) pomocy w rozwiązywaniu kluczowych problemów szpitala	1,96	2,36
Reprezentowanie interesów politycznych poszczególnych członków rady	1,92	2,36
Brak istotnej inicjatywy opiniodawczej wśród członków rady	1,84	2,18
Średnia	1,86	2,51

Uwaga: 0 – czynnik nieistotny, 5 – istotny.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 12. Częstość posiedzeń rad w ciągu roku (%)

Rada społeczna (SP ZOZ)		Rada nadzorcza (NZOZ)	
1–2 posiedzenia	6	–	–
3–6 posiedzeń	74	3–4 posiedzeń	31
powyżej 6 posiedzeń	20	5–10 posiedzeń	64
–	–	powyżej 10 posiedzeń	5

Źródło: opracowanie własne.

nień rad. Ankietowani w wyraźnej większości uznają, że nie należy wprowadzać takich zmian w odniesieniu do RN (tylko 14% dla RS). Około ¼ ankietowanych chciałaby wzmocnienia RS (18% dla RN), prawie połowa natomiast chciałaby je zlikwidować (18% dla RN). Spośród badanych 16% uważa, że rola RS powinna być ograniczona (nie odnotowano żadnej takiej odpowiedzi w stosunku do RN). Natomiast 3% ankietowanych wypowiadających się na temat RN uważało, że należy powrócić do formuły RS. Szczegółowe odpowiedzi przedstawiono w tabeli 9. Dyrektorzy SP ZOZ-ów mają dużo większy wpływ na RS niż prezesi zarządów NZOZ-ów na RN, co ilustruje tabela 10.

Ankietowani nie uważają, by działanie rad stanowiło zasadniczy problem dla szpitali, aczkolwiek na nieco większe wątpliwości wskazano przy ocenie RN. Największymi problemami są: nieprzygotowanie członków do posiedzeń (w przypadku RS była to najrzadziej wskazywana kwestia) oraz konieczność utrzymania tego organu (problem ten nie występował w przypadku RS, ich członkowie nie są bowiem wynagradzani za zasiadanie w radach). Natomiast w przypadku RS za najistotniejsze uznano problemy organizacyjne oraz brak chęci pomocy w rozwiązywaniu kluczowych wyzwań szpitala (były to także kolejne problemy zgłaszane w przypadku RN). Szczegóły przedstawiono w tabeli 11.

W przypadku RS istnieje ustawowy obowiązek zwoływania posiedzeń co najmniej raz na kwartał, w przypadku RN jest mowa o co najmniej trzech spotkaniach w roku. Większość respondentów deklarowała, że RS spotykają się 3–6 razy w roku. W przypadku RN najwyższy odsetek odpowiedzi dotyczył przedziału 5–10 spotkań. Szczegółowe odpowiedzi przedstawiono w tabeli 12.

Żaden z respondentów nie wskazał na to, by w RN kierowanego przez niego szpitala zasiadały osoby zatrudnione w konkurencyjnych zakładach. Przypadki takie były natomiast stosunkowo częste w RS (38%), a spośród tych osób 63% powołał do rady organ założycielski.

5. Dyskusja

Warto odnotować, że przedstawione dane statystyczne dotyczące badanych jednostek potwierdzają, iż samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej są większe niż niepubliczne.

Analizując opinie osób zarządzających na temat rad, należy brać pod uwagę fakt, że badano funkcjonowanie rad społecznych przy szpitalach, które nie miały większych problemów, szczególnie w kwestiach finansowych. W rankingu „Rzeczpospolitej” bowiem, który posłużył do wyboru SP ZOZ-ów do badania, kwestie te mają duże znaczenie. Szpitale, które zajmują w rankingu wysokie miejsca, to te, których sytuacja finansowa w dłuższym okresie przynajmniej nie jest zła. W tych przypadkach warunki działania rad społecznych były znacznie lepsze niż w przeciętnym szpitalu. Badane placówki nie potrzebowały bowiem istotnej pomocy ze strony rad, nie wywierały na nie presji, a same rady nie miały powodów, by zaognić sytuację. Wszystko to mogło wpływać na ocenę funkcjonowania rad przez dyrektora placówki. Można więc przyjąć, że ocena ta była wyższa, czy wręcz zdecydowanie wyższa, niż w przypadku przeciętnego szpitala.

Mimo komfortu sytuacji, w której działały oceniane rady społeczne, widać, że wyższe oceny uzyskiwały rady nadzorcze. Są one uznawane za organy mające realny pozytywny wpływ na za-

rządzenie szpitalem, a ich opinie mają znaczenie dla zarządu – przede wszystkim w kwestiach organizacyjnych i finansowych. Na taką pomoc nie wskazują natomiast dyrektorzy szpitali, przy których funkcjonują rady społeczne. Za najmniej przydatne uznano opinie rad w sprawach dotyczących działań projakościowych. Przy czym ponownie – przy stosunkowo niskiej ocenie obucia – opinie rad nadzorczych uznano za bardziej przydatne (28%) niż rad społecznych (22%). Wynik ten skłania do podniesienia dwóch kwestii. Po pierwsze świadczyłoby to, że rady nie wiążą zagadnień jakości z zagadnieniami finansowymi, mimo że koszty wynikające z niskiej jakości mają przełożenie na wyniki finansowe przedsiębiorstwa (Zymonik 2003). Po drugie wydawać by się mogło, że rada społeczna jako ciało z mandatem bardziej społecznym niż biznesowym będzie interesować się sprawami jakości. Warto też odnotować, że przydatność opinii rady społecznej w tej kwestii była niższa niż przywoływana wartość uśredniona dla wszystkich odpowiedzi (22% vs. 24%), co pokazuje, jak duży jest brak zainteresowania rady społecznej tematyką jakości usług.

Rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące przydatności rad ponownie pokazuje, że rada nadzorcza jest bardziej przydatna niż społeczna – tak dla podmiotu założycielskiego, jak i samej placówki. Bardzo mało respondentów poparło tezę o nieprzydatności rady nadzorczej dla szpitala, co stanowi kolejny argument za względnie niską przydatnością rad społecznych.

Istotne są także różnice w odpowiedziach na pytania dotyczące problemów w funkcjonowaniu rad. Na dużo większe problemy wskazywano w przypadku rad nadzorczych. Interpretując te wyniki, można przyjąć, że w związku z nikłym wpływem rad społecznych na działalność szpitali niewielkie są też oczekiwania wobec jej członków i pełnionej roli. W przypadku NZOZ-ów (w porównaniu z SP ZOZ-ami) groźba likwidacji jest dużo bardziej realna, jeżeli uzyskują one kiepskie wyniki finansowe. Można więc założyć, że w przypadku rad nadzorczych akceptacja błędów jest znacznie mniejsza. Dodatkowo ich członkowie mogą ponosić odpowiedzialność za wyniki zakładu. To wszystko powinno mobilizować radę nadzorczą (jak i zarząd spółki szpitalnej, któremu także grożą znacznie poważniejsze konsekwencje niż dyrektorom SP ZOZ-ów) do

większego zaangażowania w sprawy szpitala. Oczekiwania wobec jej członków rosną także w związku z tym, że pobierają oni wynagrodzenie. Być może właśnie te wyższe oczekiwania sprawiają, że prezesi spółek wskazują na istotniejsze problemy w funkcjonowaniu rad, z których za największy uznano nieprzygotowanie członków do posiedzeń. Odnotowując powyższe, należy powtórzyć, że mimo tej większej krytyki korzyści z posiadania rady nadzorczej, na które wskazują ankietowani, są znacznie wyższe niż te płynące z posiadania rady społecznej. Tym bardziej że – jak wspomniano – rada społeczna i tak nie pomaga w rozwiązywaniu kluczowych problemów organizacji.

Mimo wskazanych problemów dotyczących rad nadzorczych w opinii ankietowanych spełniają one swoją rolę w zarządzaniu szpitalem (czego nie można powiedzieć o radach społecznych). Nie wydłużają też procesu podejmowania decyzji, co ponownie jest zarzutem w stosunku do rad społecznych. Choć kwalifikacje członków rad nadzorczych nie są oceniane wysoko, to i tak znacznie wyżej niż członków rad społecznych. I jedni, i drudzy bywają zaś nieprzygotowani do posiedzeń. W opinii ankietowanych rada społeczna może utrudniać proces zarządzania zakładem, z czym nie zgadzają się ankietowani w przypadku rad nadzorczych. Taki rozkład głosów ponownie wskazuje na niską przydatność rad społecznych i niskie kompetencje jej członków. Co prawda niska ocena kompetencji może być pochodną przekonania zarządzających o tym, że ich własne kwalifikacje są wyższe (Jeżak 2010, s. 206–207). Przy tej okazji warto jednak odnotować, że nawet Ministerstwo Skarbu Państwa, przywołując wytyczne Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), wskazuje na konieczność stworzenie organu (rady) składającego się z kompetentnych osób, mogących dokonywać rzetelnych ocen, który pełniłby nadzór nad instytucją. Organ ten powinien składać się z osób zatrudnionych w sektorze prywatnym, by wzmocnić biznesowe nastawienie instytucji publicznych (Ministerstwo Skarbu Państwa 2005). Jednocześnie z pewnością istnieje niebezpieczeństwo powołania do rady nadzorczej osób bez odpowiedniego przygotowania, co ma związek z politycznym umocowaniem samorządu będącego właścicielem spółki (Pietrusińska, Pietrusiński 2011 s. 114).

Dyrektorzy SP ZOZ-ów mają duży lub bardzo duży wpływ na zakres działań rady, sytuacja ta nie ma miejsca w przypadku rad nadzorczych. Wydaje się, że wyjaśnieniem tego faktu jest umocowanie prawne rad społecznych i niskie kompetencje ich członków. Zapewne przekłada się to też na ocenę roli rad społecznych, która według 34% ankietowanych jest zbyt duża w stosunku do zarządu. Tylko 15% takich odpowiedzi odnotowano w przypadku rad nadzorczych. Rozwinięciem tych stwierdzeń są opinie na temat kompetencji rad: w odniesieniu do rad nadzorczych 80% ankietowanych nie chce w nich nic zmieniać lub wręcz je zwiększać. Natomiast niewielu respondentów wskazało na to, że nie należy nic zmieniać w kompetencjach rad społecznych, nieco więcej chce ich wzmocnienia, a najwięcej uważa, że należy je w ogóle zlikwidować.

Rady społeczne odbywają posiedzenia w zasadzie zgodnie z wytycznymi zawartymi w ustawie, częściej natomiast spotykają się rady nadzorcze (według zapisów ustawowych mogłyby ograniczyć liczbę posiedzeń do trzech rocznie). W przypadku tych drugich może to rodzić konsekwencje finansowe. Nie dziwi więc opinia prezesów spółek szpitalnych, którzy wskazywali, że koszt utrzymania rady nadzorczej był drugim największym problemem w funkcjonowaniu rad. Co prawda można stwierdzić, że przy kilkunasto- czy kilkudziesięciomilionowym budżecie nie jest to kwota duża (średnio wyniosła ona prawie 116 tys. zł rocznie), ale najwyraźniej odczuwalna przez respondentów.

Jak wspomniano, dobór członków rad nadzorczych powinien odbywać się w sposób, który wykluczyłby możliwość konfliktu interesów. W omawianym badaniu nie miał on miejsca w odniesieniu do NZOZ-ów, natomiast w radach 38% ankietowanych SP ZOZ-ów zasiadali członkowie konkurencyjnych placówek. Najbardziej dziwić może fakt, że w 63% przypadków osoby te zostały powołane do rady z nadania organu założycielskiego.

Reasumując powyższą dyskusję, można stwierdzić, że o ile istnienie rad nadzorczych faktycznie przynosi korzyści jednostce, o tyle rad społecznych – już nie. Co prawda inne są uwarunkowania prawne obu ciał, ale nie zmienia to faktu, że jedno z nich (w opinii prawie wszystkich, którzy mogli odpowiedzieć na to pytanie) są przydatne,

a drugie (w opinii tych, którzy działają w lepszych niż przeciętne warunkach) niezbyt przydatne. Ta różnica jest tym bardziej widoczna, że prezesi spółek kierujący NZOZ-ami (oceniający rady nadzorcze) najczęściej pracowali wcześniej jako dyrektorzy SP ZOZ-ów, mają więc doświadczenie pozwalające na porównanie funkcjonowania i przydatności obu analizowanych rad.

Podsumowanie i wnioski

Mając na uwadze przywoływaną krytykę, z jaką spotykają się rady społeczne, a co ważniejsze wyniki przedstawionych badań, należy zapytać o sens istnienia tych ciał. Po co utrzymywać organy, których wpływ na zarządzanie jest tak mocno ograniczony, z których opinią dyrektorzy nie muszą się liczyć, a której działania i tak sami inicjują? Rzeczywista władza nad szpitalem i możliwość udzielania mu wsparcia jest w rękach podmiotu tworzącego. Skoro w opinii dyrektorów ponadprzeciętnych szpitali działalność rady jest oceniana tak nisko, to jakie są opinie tych, których placówki mają problemy? Być może przy samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej powinny działać rady nadzorcze (na co wskazywała część ankietowanych, a co nie jest zgodne z obecnym stanem prawnym) lub też należałoby rozważyć likwidację rad i przekazanie ściślejszego nadzoru podmiotom tworzącym. Mogłoby to mieć pozytywny wpływ na funkcjonowanie zakładów. Obecnie muszą one przygotowywać się do posiedzeń rad społecznych, z których – jak pokazują wyniki badania – niewiele dla nich wynika. Gdyby czas niezbędny na te czynności był przeznaczony na tę samą aktywność, ale spotkanie odbywało się bezpośrednio z podmiotem tworzącym, korzyści mogłyby być duże. W każdym razie jest mało prawdopodobne, by były mniejsze.

Wyniki opisanego badania wskazują natomiast na fakt, że rady nadzorcze działające przy szpitalach sprawdzają się, mimo iż są powiązane ze światem biznesu. Chociaż ich funkcjonowanie nie jest idealne, przygotowanie członków nie zawsze odpowiednie, a kwestia jakości usług jest zaniedbywana, cieszą się one dobrą opinią prezesów zarządów. Wygląda więc na to, że przeszczerzenie rozwiązań komercyjnych na grunt

ochrony zdrowia – przynajmniej w odniesieniu do kwestii poruszonych w niniejszym artykule – przynosi pozytywne rezultaty.

Bibliografia

Bogacz-Miętka O. (2011). *Kompendium wiedzy o nadzorze i kontroli nad przedsiębiorstwem*. Warszawa: CeDeWu.

CSIOZ (2012). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Dercz M., Rek T. (2007). *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer.

Giełda Papierów Wartościowych (2007). *Dobre Praktyki Spółek Notowanych na GPW*, dokument uchwalony w lipcu 2007 r., z późniejszymi zmianami i uzupełnieniami dokonanymi w latach 2010 i 2011, Warszawa, <http://www.corp-gov.gpw.pl/publications.asp> [dostęp: 14.09.2012]

Głuch A. (2006). „Kwiatek do kozucha?”, *Polska Gazeta Krakowska*, 31 marca.

Jeżak J. (2010). *Ład korporacyjny. Doświadczenia światowe oraz kierunki rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

Kautsch M. (2008). *Ani rady, ani społeczne*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Ani-rady-ani-spoeczne,50795,2.html> [dostęp: 13.06.2012].

Kautsch M. (2010). „Specyfika zarządzania zakładem opieki zdrowotnej”, w: idem (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*. Warszawa: Wolters Kluwer.

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

Ministerstwo Zdrowia (2008). *Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia na zapytanie*

poselskie nr 1181, <http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/main/0B59BE6A> [dostęp: 15.02.2014].

Najwyższa Izba Kontroli (2011). *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006–2010*, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,3393,vp,4298.pdf> [dostęp: 25.04.2012].

Pietrusińska E., Pietrusiński R. (2011). „Publiczny i niepubliczny sektor opieki zdrowotnej w Polsce w ujęciu ekonomicznym – zasoby, efektywność, zarządzanie”, w: K. Ryc, A. Sobczak (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna*, Warszawa: Wolters Kluwer.

RPWDL (2011). Strona internetowa Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, <http://rpwdl.csioz.gov.pl/RZOZ/> [dostęp: 13.02.2015].

Sąd Najwyższy (2005). Uchwała z dnia 11 maja 2005 r., III CZP 11/05, <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia1/III%20CZP%2011-05.pdf> [dostęp 14.02.2014].

Skarga bezzasadna (2004). Strona internetowa Moja Ostrołęka, <http://www.archiwum.moja-ostroleka.pl/skarga-bezzasadna,1083919373,2.html> [dostęp: 15.02.2014].

Sobczak A., Czechowska D., Dmowski M. (2009). *Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – analiza wskaźnikowa*. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=1> [dostęp: 13.02.2014].

Staszewski R., Kautsch M., Woderska E. (2012). „Funkcjonowanie i znaczenie rad społecznych w zarządzaniu publicznymi szpitalami”, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, t. XIII, nr 5, s. 23–41.

Stec-Fus D. (2006). „Jaka rada na rady?”, *Dziennik Polski*, 6 kwietnia.

Zymonik Z. (2003). *Koszty jakości w zarządzaniu przedsiębiorstwem*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej.

Hospital managers' opinions on social supervisory boards and supervisory boards

The paper presents the results of research on the opinions of hospital managers concerning the operation and usefulness of social supervisory boards and supervisory boards. The results of the research suggest that supervisory boards are useful for hospitals and their owners. Social supervisory boards are more beneficial to the owners. The impact of supervisory boards on economic and management issues is particularly important. The boards themselves operate without significant problems. Respondents stress, however, that board members are not always prepared for meetings and do not always have appropriate qualifications. Hospital managers appreciate the contribution of supervisory boards much more than that of social supervisory boards.

Keywords: social supervisory boards, supervisory boards, hospital.