

Wioletta BARAN*

 <https://orcid.org/0000-0002-1169-2343>

Zuzanna ŚWIERC**

 <https://orcid.org/0000-0002-0357-5956>

ZARZĄDCZE ASPEKTY ORGANÓW TWORZĄCYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH

(Streszczenie)

Celem artykułu jest wykazanie, że organy tworzące podmiotów leczniczych posiadają formalne możliwości sprawowania nadzoru, który wpisuje się w dobre praktyki zarządzania. W aspekcie wskazań koncepcji New Public Management i nadzoru korporacyjnego analizie poddano formalne zapisy dotyczące nadzoru organów tworzących. Mając na uwadze publiczny charakter funkcjonowania podmiotów w sektorze opieki zdrowotnej, w ramach 10 studiów przypadku, szczególną uwagę zwrócono na zagadnienia dotyczące gospodarowania finansami, w tym możliwość generowania informacji zarządczej. W wyniku krytycznej analizy regulacji prawnych definiujących zakres dokumentów stanowiących podstawę oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych wskazano na konieczność merytorycznej ich integracji. Przeprowadzone w podmiotach leczniczych badania, uwzględniające aspekt nadzorczy, nie wykazały jednak związku pomiędzy informacjami generowanymi przez narzędzia o potencjale zarządczym. Jako powód należy wskazać m.in. zbyt ogólny charakter delegacji dotyczących możliwości kształtowania polityki informacyjnej. Formalnie przypisany organom tworzącym nie znalazł odzwierciedlenia w analizowanych na potrzeby badania dokumentach. Tym samym wykazano, że organy tworzące nie wykorzystują w pełni swoich uprawnień, które realizowane wpisałyby się istotę dobrego zarządzania i zapewniałyby nadzór nad podmiotami leczniczymi w aspekcie efektywności ich funkcjonowania.

Słowa kluczowe: organy tworzące; podmioty lecznicze; nadzór korporacyjny

Klasyfikacja JEL: I18, H75, K23

* Dr hab., prof. SGH, Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie Szkoła Główna Handlowa, Katedra Rachunkowości Menedżerskiej; e-mail: wbaran1@sgh.waw.pl

** Mgr, asystent, Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie Szkoła Główna Handlowa, Katedra Rachunkowości Menedżerskiej; e-mail: zwier@sgh.waw.pl

1. Wstęp

W aspekcie koncepcji zarządzania New Public Management (NPM) nie tylko w stosunku do działalności podmiotów leczniczych¹, ale także ich organów tworzących oczekiwania należy działań zorientowanych na rezultaty, w tym wpisujące się w ekonomiczną perspektywę nadzoru korporacyjnego². Punkt wyjścia dla tej perspektywy, zorientowanej jednak na zarządzanie stanowić może tzw. perspektywa prawna. W przypadku organów tworzących podmiotów leczniczych będą to m.in. podstawowe regulacje w zakresie nadzoru i kontroli³ oraz dotyczące finansów publicznych⁴.

Celem artykułu jest wykazanie, że organy tworzące podmiotów leczniczych posiadają formalne możliwości sprawowania nadzoru, które wpisują się w dobre praktyki zarządzania. Tło rozważań stanowią wyniki badań literaturowych w obszarze koncepcji NPM i nadzoru korporacyjnego oraz przeprowadzonych w formie studium przypadku.

Najszersze spojrzenie na nadzór korporacyjny, przez pryzmat dążenia do utrzymania równowagi między celami gospodarczymi i społecznymi oraz między celami wspólnymi i indywidualnymi⁵, uzasadnia przeniesienie jego istoty także do sektora opieki zdrowotnej. Podobnie jak w korporacjach, także w podmiotach leczniczych, które do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz społeczeństwa wykorzystują powierzone przez nie środki, ważne jest to, w jaki sposób ich działalność jest regulowana oraz jak są zarządzane⁶. Regulacje w tym obszarze stanowić powinny ramy, które z jednej strony definiować będą odpowiedzialność za powierzone zasoby, z drugiej zachęcać będą do racjonalnego ich wykorzystania.

¹ **W. Baran**, *System informacyjny rachunku kosztów w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, Oficyna Wydawnicza SGH Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2017, s. 267–275.

² **C. Mesjasz**, *Ład (nadzór) korporacyjny. Geneza, definicje i podstawowe problemy*, w: **D. Dobija, I. Koładkiewicz**, *Ład korporacyjny*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011, s. 15–52.

³ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2015 r., poz. 1916).

⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 2077 ze zm.).

⁵ **A. Cadbury**, *Foreword*, w: **S. Classens**, *Corporrate Governance and Development*, Global Corporate Governance Forum, The International Bank for Reconstructions and Development, The World Bank, Washington 2003, s. vii.

⁶ **J. du Plessis, J. Mc Convill, M. Bagaric**, *Principles of Contemporary Corporate Governance*, Cambridge University Press, Cambridge 2005, s. xxi.

2. Metodyka badań

Na potrzeby opracowania dokonano krytycznej analizy podstawowych regulacji prawnych (tabela 1), dotyczących samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym m.in.:

- zakresu sprawowania nadzoru nad pomiotami leczniczymi oraz sporządzanych przez nie podstawowych dokumentów w obszarze gospodarki finansowej określonego w ustawie o działalności leczniczej;
- uszczegółowienia nadzoru nad podmiotami leczniczymi w obszarze gospodarki finansowej, na podstawie zapisów ustawy o finansach publicznych;
- istoty i zasad kształtowania polityki zdrowotnej z wykorzystaniem programów zdrowotnych realizowanych przez organy tworzące w ramach zadań i środków własnych, uregulowanych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych oraz w ustawie o zdrowiu publicznym.

W badaniach wykorzystano wyniki studium przypadku przeprowadzone w roku 2018 w 10 podmiotach leczniczych, z których każdy podlegał innemu organowi tworzącemu. Wybór podmiotów był celowy – wybrano podmioty, które zgłosiły potrzebę skorzystania z eksperckiej oceny. Większość podmiotów realizuje zadania z zakresu opieki zdrowotnej na terenie województwa mazowieckiego, dwa – na terenie województwa wielkopolskiego i jeden podmiot w województwie świętokrzyskim.

Badanie prowadziła jedna z autorek – ekspert, wykorzystując do oceny raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej zarówno formalne kryteria (zdefiniowane w ustawie), jak również merytoryczne stanowiące autorskie podejście (pkt 4). W trakcie badania, poza oceną za rok 2016, miało miejsce przygotowanie raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej za rok 2017. Ocenę i przygotowanie raportów poprzedziła krytyczna analiza pozostałych dokumentów, istotnych w obszarze gospodarowania finansami, w tym regulaminów organizacyjnych i statutów podmiotów leczniczych. Poza obligatoryjnymi planami finansowymi sporządzanymi przez podmioty lecznicze zwrócono uwagę na występowanie i zawartość programów polityki zdrowotnej. Ich przygotowanie i realizacja wpisane są w zadania własne władz publicznych, w tym gmin, jako te, które w szczególności powinny zapewniać równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiedzi na zidentyfikowane potrzeby zdrowotne⁷. Szczególną uwagę zwrócono na występowanie zadań dotyczących analizy adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej⁸.

⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.), art. 6–7.

⁸ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym..., art. 2 pkt 6.

3. Przesłanki nadzoru organów tworzących podmiotów leczniczych

Wyniki badań literaturowych, jak również doświadczenia naukowo-badawcze oraz zawodowe autorek opracowania wskazują na obecność przesłanek istotnych w rozwoju zarządczych aspektów nadzoru sprawowanego nad podmiotami leczniczymi. Jedne wpisują się w obecne już w praktyce funkcjonowania jednostek sektora finansów publicznych koncepcje zarządzania, jak nowe zarządzanie publiczne (New Public Management – NPM). Drugie, jak nadzór korporacyjny, zdają się dopiero pojawiać. Niemniej jednak jako zapisy prawne obecne są od kiedy funkcjonowanie podmiotów leczniczych, a uprzednio zakładów opieki zdrowotnej podlega regulacji.

3.1. Koncepcja NPM i istota nadzoru korporacyjnego w systemie opieki zdrowotnej

Wzrost złożoności procesów dotyczących usług publicznych, w tym oczekiwanie społeczeństwa wysokiej ich jakości, stanowi przyczynek rozwoju nowego stylu zarządzania. Jego początki datuje się na drugą połowę XX w., kiedy w wyniku zmiany warunków społeczno-gospodarczych mocnej krytyce poddano administrację publiczną⁹. Przeciwdziałając nieefektywnym, nieracjonalnym i niesprzyjającym warunkom tworzenia bezpieczeństwa obywateli miało wprowadzenie do funkcjonowania podmiotów sfery publicznej narzędzi wyzwalających działania proefektywnościowe zapewniające dostarczanie większej wartości dóbr w ramach tych samych środków¹⁰.

Sektor ochrony zdrowia nie pozostał bez wpływu nowych koncepcji zarządzania, które chętnie adaptowano, mając na uwadze przesłanki racjonalności ekonomicznej. Należały do nich racjonalistyczne i mechanistyczne style i instrumenty zarządzania, w tym m.in. metoda zarządzania przez cele, metody pomiaru wyników działalności oraz zarządzanie strategiczne¹¹.

Realizacja polityki zdrowotnej w aktualnych warunkach zdaje się trudna, jeżeli nie została zdefiniowana i przyjęta na określonym szczeblu w hierarchii zarządzania w systemie ochrony zdrowia. Jest to postulat, który powinno kierować się do organów tworzących podmiotów leczniczych. Wpisuje się on w na-

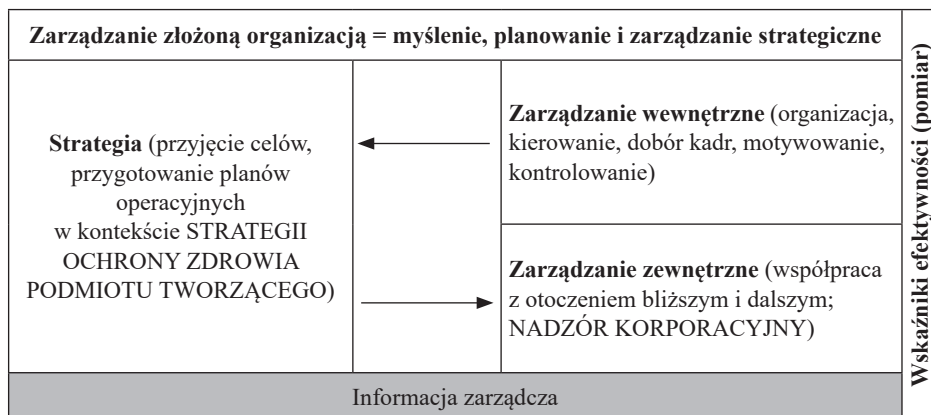
⁹ W. Baran, *op. cit.*, s. 267–275.

¹⁰ B. Bugarič, *Openness and Transparency in Public Administration: Challenges for Public Law*, Wisconsin International Law Journal 2004, s. 483–521.

¹¹ M. Zawicki, *Nowe zarządzanie publiczne*, PWE, Warszawa 2011, s. 39.

rządzenia planowania i zarządzania strategicznego, których zastosowanie wynikać powinno z koncepcji nowego publicznego zarządzania (rysunek 1).

RYSUNEK 1: *Koncepcja nowego publicznego zarządzania*



Źródło: opracowanie własne na podstawie: **W. Baran**, *System informacyjny rachunku kosztów w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, Oficyna Wydawnicza SGH Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2017, s. 269.

W praktyce funkcjonowania organów tworzących koncepcja NPM powinna wyrażać się w realizacji strategii zdefiniowanej i przyjętej przez dany organ na danym terenie, na którym realizowane są zadania z zakresu opieki zdrowotnej przez podległe i uprawnione podmioty lecznicze. W kompetencjach organów tworzących mieścić się zatem będzie określenie strategii opieki zdrowotnej, jak również określenie warunków zarządzania wewnątrz nadzorowanych podmiotów. Realizacja ustawowych uprawnień organów tworzących¹² sprawia, że zarządzanie wewnątrz podmiotów leczniczych odbywa się w określonej strukturze organizacyjnej, przy udziale osób odpowiedzialnych oraz wykorzystaniu ustalonych procedur działania i kontroli. Uzupełnienie podejmowanych działań o pomiar oczekiwanych efektów gwarantować powinno osiągnięcie przyjętych do realizacji w ramach strategii celów¹³.

¹² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm.), art. 42.

¹³ **M. Ochnio**, *Nowe Zarządzanie Publiczne (New Public Management) – podstawowe cechy modelu. Jego zastosowanie w Polsce*, Working Paper, No. 1, Stowarzyszenie Instytut Zmian, Warszawa 2012.

Zarządzanie zewnątrz w koncepcji NPM można natomiast postrzegać przez pryzmat sieci powiązań między organami tworzącymi podmiotów leczniczych, zarządzającymi tymi podmiotami i innymi podmiotami (interesariuszami) zainteresowanymi funkcjonowaniem podmiotów leczniczych. Takie ujęcie zarządzania zewnętrznego wpisuje się w nadzór korporacyjny, który odzwierciedla strukturę, w ramach której wyznaczane są strategiczne cele¹⁴, niezbędne środki oraz narzędzia służące ich realizacji, w tym monitorowaniu oczekiwanych efektów¹⁵.

W stosunku do podmiotów funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia, jak również innych działających w sektorze finansów publicznych, brak jest szczegółowych wytycznych dotyczących nadzoru. Do regulacji prawnych w tym zakresie, ujętych w ustawie o działalności leczniczej brak jest aktów wykonawczych. Nie występują też żadne dokumenty chociażby na wzór wytycznych czy zasad sprawowania nadzoru w odniesieniu do spółek z udziałem Skarbu Państwa¹⁶.

W literaturze krajowej przedmiotu trwa dyskusja, jak taki nadzór powinien być zorganizowany¹⁷. Czy nadzór organów tworzących nad podmiotami leczniczymi powinien mieć charakter właścicielski czy korporacyjny? Autorki opracowania opowiadają się za nadzorem korporacyjnym. Nadzór właścicielski ma miejsce wówczas, gdy celem nadzorowanego podmiotu jest pomnażanie kapitału jego właścicieli. Nadzór korporacyjny natomiast występuje wówczas, gdy celem podmiotu jest realizacja celów szerokiego grona interesariuszy¹⁸. Co powinno być celem nadzoru korporacyjnego, jeżeli jego istota odnosi się do procedur i procesów, zgodnie z którymi nadzorowane podmioty są kierowane i kontrolowane¹⁹, a jego postrzeganie nie odbiega od zasad i norm odnoszących

¹⁴ Na potrzeby opracowania chodzi o cele strategiczne dotyczące zadań z zakresu ochrony zdrowia przypisanych podmiotom tworzącym podmiotów leczniczych ustawowo do realizacji na danym terenie.

¹⁵ Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, *Zasady nadzoru korporacyjnego OECD*, 2004, http://www.ecgi.org/codes/documents/principles_pl_final.pdf; stan na 20.03.2019 r.

¹⁶ Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, wrzesień 2018, *Zasady nadzoru właścicielskiego nad spółkami z udziałem Skarbu Państwa*, <https://bip.kprm.gov.pl/download/75/21817/Zasady-nadzoruwlascielskiegonadspolkamiSP28092017.pdf>; stan na 20.03.2019 r.

¹⁷ **M. Kautsch**, *Nadzór właścicielski powiatów nad podmiotami leczniczymi*, *Zarządzanie Publiczne* 2017/4 (42), s. 63–76.

¹⁸ **M. Jerzemowska**, *Nadzór korporacyjny*, PWE, Warszawa 2006.

¹⁹ Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, *Wytyczne OECD dotyczące nadzoru korporacyjnego w przedsiębiorstwach publicznych*, OECD 2005, Ministerstwo Skarbu Państwa, <https://www.oecd.org/corporate/ca/corporategovernanceofstate-ownedenterprises/35678920.pdf>; stan na 20.03.2019 r.

się do szeroko rozumianego zarządzania organizacją, która zapewnia swoich interesariuszy, że jej cele są zbieżne z ich celami²⁰? Może na wzór Dobrych Praktyk Spółek Notowanych na GPW celem ładu korporacyjnego w sektorze ochrony zdrowia powinno być tworzenie narzędzi wspierających efektywne zarządzanie, skuteczny nadzór, poszanowanie praw interesariuszy oraz przejrzysta komunikacja podmiotów realizujących zadania w imieniu ich organów tworzących?

W literaturze anglojęzycznej dotyczącej nadzoru korporacyjnego na to, co powinno stanowić dobre zarządzanie i jak można je wdrożyć w placówkach medycznych i systemach opieki zdrowotnej, uwaga zwrócona została wcześniej w aspekcie pojawiających się nacisków na poprawę wyników dotyczących samego zdrowia, jak również problemów w zarządzaniu przedsiębiorstwami²¹. Wskazuje się jednak, iż jest ona niewspółmierna do ogromu wyzwań będących wynikiem zmian politycznych, ekonomicznych, postępu naukowo-technicznego, rosnących kosztów i oczekiwań co do jakości oferowanych świadczeń, ale także niepokojącego obniżenia poziomu bezpieczeństwa pacjentów²². W konsekwencji w wielu systemach opieki zdrowotnej pojawiły się dochodzenia w sprawie błędów medycznych²³, co wywołało dyskusję na temat konieczności uwzględnienia w zarządzaniu placówkami medycznymi zagadnień dotyczących zarządzania klinicznego i zarządzania personelem²⁴. Zarządzanie staje się tym trudniejsze, gdyż poza presją poprawy wydajności i efektywności funkcjonowania placówek medycznych, złożonymi problemami etycznymi pojawiły się wezwania do zrównoważonego rozwoju, w tym gospodarowania odpadami tak w stosunku do pojedynczych jednostek, ale także całej opieki zdrowotnej²⁵.

W odpowiedzi na pojawiające się problemy w literaturze wskazuje się na nadzór korporacyjny. Rozumiany jako skuteczne zarządzanie wymaga profesjonalnego, także klinicznego zarządzania, w tym kompetentnych struktur zarząd-

²⁰ **K. Lis, H. Sterniczuk**, *Nadzór korporacyjny*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005.

²¹ **K. Eeckloo, G. Van Herck, C. Van Hulle, A. Vleugels**, *From corporate governance to hospital governance: Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management*, *Health Policy* 2004/68, s. 1–15.

²² **E. Kulman, J. Allsop, M. Saks**, *Professional governance and public control*, *Current Sociology* 2009/57 (4), s. 511–528.

²³ **J. Cowan**, *Good medical practice should improve patient safety*, *Clinical Governance*, *An International Journal* 2007/12 (2), s. 136–141.

²⁴ **W.D. Petasnick**, *Hospital – physician relationships: Imperative for clinical enterprise collaboration*, *Frontiers of Health Services Management* 2007/24 (1), s. 3–10.

²⁵ **L. Bennington**, *Review of the corporate and healthcare governance literature*, *Journal of Management & Organization* 2010/16, s. 314–333.

czych, efektywnego wykorzystania zasobów, odpowiedzialnego i skutecznego wydatkowania funduszy, w tym uczciwości i ich przejrzystości, a wszystko to w celu zaspokojenia interesów wielu grup interesariuszy systemu opieki zdrowotnej²⁶. I choć nadzór korporacyjny zdaje się przynosić korzyści wszystkim uczestnikom sektora opieki zdrowotnej, jego zasady formułowane są m.in. dla podmiotów bezpośrednio realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, np. szpitali²⁷. Uzasadnienie stanowić może fakt zabezpieczenia przez nie istotnych dla danego obszaru świadczeń zdrowotnych oraz złożona, w tym kosztochłonna działalność. Niewykluczone, że z tego powodu wśród zasad dobrego ładu korporacyjnego zapewniających efektywność ich funkcjonowania wskazuje się na konieczność dalekosiężnego planowania, w tym m.in. finansowego. Duże znaczenie przypisuje się także formułowaniu i realizacji strategii. Ma to istotne znaczenie ze względu na silny aspekt społeczny, gdyż strategia uwzględniać powinna potrzeby zdrowotne, w tym interesariuszy systemu opieki zdrowotnej. Jako narzędzie wpisuje się także w obszary skutecznego zarządzania, w tym ujawniania i przejrzystości, które przyjmuje się za wiodące w aspekcie sprawowania nadzoru korporacyjnego²⁸.

3.2. Formalne aspekty nadzoru organów tworzących podmiotów leczniczych

W aspekcie funkcjonowania jednostek w systemie opieki zdrowotnej trudno wskazać na zasady, które w sposób bezpośredni wpisywałyby się w wytyczne charakterystyczne dla nadzoru korporacyjnego. Z analizy przedmiotu literatury dokonanej w obszarze zdefiniowanego w artykule problemu wynika, że wy-

²⁶ Healthcare Governance & Transparency Association (HeGTA), 2014, *Principles & Guidelines for Governance in Hospitals*, Egypt, https://cipe-arabia.org/wp-content/uploads/2018/08/Principles_and_Guidelines_for_Governance_in_Hospitals_EN.pdf; stan na 19.02.2019 r.

²⁷ Zasady i wytyczne ładu korporacyjnego opracowane dla szpitali w Egipcie mają na celu m.in. usprawnić praktyki w zakresie zarządzania i przejrzystości. Sformułowano je w pięciu obszarach: 1) Zarządzanie korporacyjne i kliniczne, gdzie wskazuje się, że szpital wdraża i wspiera praktyki, które są zarówno rozsądne, jak i skuteczne; 2) Rada dyrektorów, gdzie szpital rozwija swój zarząd, aby był skuteczny i profesjonalny i niezależny; 3) Audyt, kontrola i ryzyko, gdzie szpital stosuje odpowiednie procedury kontroli, zarządzania ryzykiem; 4) Zrównoważony rozwój i odpowiedzialność szpitala, gdzie szpital stosuje i pielęgnuje odpowiedzialność, etykę i powszechnie dostępne praktyki, a także bierze pod uwagę jego specyficzne, ekologiczne i ekonomiczne środowisko; 5) Ujawnianie i przejrzystość, gdzie wskazuje się, że szpital zobowiązuje się do ujawniania informacji dotyczących obszarów jego funkcjonowania w: HeGta 2014.

²⁸ S.A. Tabish, *Healthcare: From Good to Exceptional Governance*, Journal of International Medical Sciences Academy 2012/25/3, s. 147–149.

tyczne te powinny być formułowane i stosowane nie tyle dla i przez organy tworzące podmiotów leczniczych, co przez same podmioty lecznicze. Tym niemniej nie oznacza to, że problem do rozwiązania został zdefiniowany nieprawidłowo. Autorki opracowania w działalności organów tworzących dostrzegają bowiem szansę na pewnego rodzaju ukonstytuowanie się zagadnień, które mogą wyzwolić działania oddające istotę nadzoru korporacyjnego. Przyświeca temu przekonanie o korzyściach, jakie nadzór korporacyjny zapewnia interesariuszom obecnym w systemie opieki zdrowotnej.

Mając na uwadze tych interesariuszy, którzy bezpośrednio realizują zadania przypisane władzy publicznej w obszarze zapewniania obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁹, to od nich oczekiwać należy działań wpisujących się w skuteczne zarządzanie. Na potrzeby opracowania przyjęto, że będą to samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SP ZOZ), które zarówno w przestrzeni publicznej, jak i gospodarczej należą do wyjątkowych. Wyjątkowość ta sprowadza się do występowania w obszarze regulacji ich funkcjonowania zarówno tych restrykcyjnych, bo publicznych, jak również zarządczych pozwalających na swobodę gospodarczą³⁰.

To, że z jednej strony z ograniczeniami wynikającymi z reżimu m.in. ustawy o finansach publicznych podmioty te sobie nie radzą, a z drugiej, że nie wykorzystują możliwości wpisanych w samodzielność można zauważyć, obserwując rzeczywistość gospodarczą sektora opieki zdrowotnej, ale także liczne wyniki badań prowadzonych w obszarze skutecznego zarządzania w podmiotach publicznych³¹. Dlatego też na potrzeby rozpoznania problemu postawionego w opracowaniu zdecydowano się dokonać krytycznej analizy nadzoru sprawowanego przez organy tworzące podmiotów leczniczych. Fakt zróżnicowania organów tworzących samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej stanowi dodatkowe uzasadnienie zainteresowania tą formą działalności podmiotów leczniczych (tabela 1).

Z ustawy o działalności leczniczej wynika, iż podmiot tworzący³²:

- sprawuje nadzór nad zgodnością działań podmiotu leczniczego z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym pod względem celowości, gospodarności i rzetelności;

²⁹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483; ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej...

³⁰ **Z. Świerc**, *Nadzór podmiotu tworzącego nad gospodarką finansową SP ZOZ-u*, *Finanse Publiczne*, styczeń 2019, s. 27–31.

³¹ **L. Bennington**, *op. cit.*; **W. Baran**, *op. cit.*

³² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej..., art. 121.

- w ramach nadzoru może żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od organów podmiotu leczniczego;
- dokonuje kontroli i oceny działalności podmiotu leczniczego.

Mimo iż uszczegółowienie ustawowych wskazań dotyczy bezpośrednio kontroli i oceny, to według autorek opracowania wskazania te powinny odnosić się w pierwszej kolejności do przedmiotu nadzoru. Zatem formalnie nadzór organu tworzącego nad podmiotem leczniczym obejmować powinien³³:

- 1) realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 2) prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi;
- 3) gospodarkę finansową.

Dla większości ustawowych wskazań, dotyczących nadzoru można znaleźć odniesienia w kolejnych zapisach ustawy o działalności leczniczej, ustawy o finansach publicznych oraz ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, w aspekcie których nadzór powinien być realizowany (tabela 1).

Poza formalnymi uwarunkowaniami, szczególnie w obszarze dotyczącym gospodarności i jakości udzielanych świadczeń w zakresie sposobu realizacji działań wpisujących się w tak definiowane oczekiwania, wskazań należy upatrywać w narzędziach skutecznego zarządzania zasilanych informacjami o charakterze zarządczym³⁴. Specyfika branży, w której funkcjonują podmioty lecznicze i ich organy tworzące, wskazuje na konieczność realizacji polityki publicznej w sposób zapewniający rozwój, stabilność, konkurencyjność, spójność społeczną i wysoką jakość życia obywateli³⁵. Informacja o podejmowanych w tym obszarze działaniach zapewniających zrównoważony rozwój w dziedzinie zdrowia publicznego definiowana jest w Narodowych Programach Zdrowia³⁶. Przekładając te wskazania na cały system opieki zdrowotnej, należy wskazać, iż wpisują się one w zasady nadzoru korporacyjnego³⁷. Na potrzeby opracowania ich obecność identyfikowana będzie w formalnych zapisach dotyczących zakresów zadań organów tworzących oraz w dokumentach, które mogą zawierać informacje o podejmowanych na rzecz realizacji opieki zdrowotnej działaniach, zarówno w wymiarze rzeczowym, jak i finansowym.

³³ *Ibidem*.

³⁴ L. Bennington, *op. cit.*; W. Baran, *op. cit.*

³⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej...

³⁶ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym...

³⁷ Healthcare Governance & Transparency Association (HeGTA), 2014, *Principles & Guidelines...*

TABELA 1: *Formalne uwarunkowania nadzoru w aspekcie organów tworzących SP ZOZ*

Lp.	Wyszczególnienie	Podstawowe regulacje	Pozostałe regulacje
1	Jednostka samorządu terytorialnego (gmina, powiat, województwo)	[Ustawa DL]: – art. 38 – obowiązek wykonania zadania – art. 42 – możliwość określenia spraw niuregulowanych w ustawie	– art. 265 UDL – sprawozdanie z wykonania planu finansowego
2	Minister Zdrowia	– art. 48 – inicjująca, opiniodawcza i doradcza rada społeczna	– art. 70 UDL – możliwość zobowiązania kierownika jednostki do sporządzania planu i sprawozdania z działalności oraz składania oświadczenia o stanie kontroli zarządczej
3	Minister Obrony Narodowej	– art. 53 – plan finansowy podstawą gospodarki finansowej – art. 53a – ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej	
4	Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji	– art. 54 – zasady gospodarowania mieniem – art. 59 – program naprawczy w razie wystąpienia straty – art. 121 – zakres nadzoru, kontroli i oceny	
5	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego	[Ustawa FP]: – art. 44 – racjonalność dokonywania wydatków publicznych – art. 46 – wprowadzenie ograniczeń w zakresie zaciągania zobowiązań / dokonywania wydatków	– regulacje wynikające z ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników
6	Uczelnia medyczna	– art. 68 – zasady kontroli zarządczej [Ustawa ŚOZ]: – art. 48 – możliwość opracowywania, wdrażania, realizowania i finansowania programów zdrowotnych w aspekcie Narodowych Programów Zdrowia	– regulacje wynikające z ustawy o szkolnictwie wyższym

Źródło: Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm.) (ustawa DL); Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 2077 ze zm.) (ustawa FP); Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.) (ustawa ŚOZ).

4. Narzędzia nadzoru organów tworzących podmiotów leczniczych – wyniki badań własnych

Analiza formalnych uwarunkowań nadzoru organów tworzących wykazała, iż m.in. w obszarze gospodarowania finansami obecne są narzędzia na wzór wskazywanych wśród zasad dobrego ładu korporacyjnego. Mając na uwadze publiczny charakter finansowania podmiotów leczniczych, uwagę zwrócono szczególnie na te, które zapewnić powinny jawność i przejrzystość realizo-

wanych w systemie ochrony zadań. Pod uwagę wzięto szczególnie uprawnienia, jakie w zakresie kształtowania gospodarki finansowej posiadają zarówno zarządzający podmiotami leczniczymi, jak również kształtujące politykę zdrowotną podmioty tworzące. Od nich szczególnie zależeć powinna jakość nadzoru w systemie opieki zdrowotnej. Znajduje to wyraz w zakresie ich kompetencji, w ramach których nieuregulowane przepisami obszary mogą uszczegółwić w statutach podmiotów leczniczych, wśród nich m.in. zagadnienia dotyczące nadzoru nad gospodarką finansową³⁸.

Do narzędzi, które ze swej istoty powinny dostarczać informacji niezbędnych do skutecznego zarządzania w obszarze opieki zdrowotnej, należy zaliczyć:

- **plany finansowe** stanowiące podstawę gospodarki jednostek sektora finansów publicznych, w tym podmiotów leczniczych, uwzględniające wszystkie obszary gospodarki finansowej zawierające zagregowane dane finansowe w układzie syntetycznym, które zgodnie z ww. kompetencjami mogą podlegać modyfikacji;
- **raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej** jako podstawa oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dokonywanej przez organy tworzące, sporządzane na podstawie sprawozdań finansowych za ostatni rok obrotowy, których ostateczny kształt, poza tym, że zależy od samych jednostek, może zostać zdefiniowany przez organy tworzące w ramach uprawnień wynikających z zakresu nadzoru;
- **programy zadań z zakresu zdrowia publicznego** – podjęmowane z własnej inicjatywy organów tworzących, realizowane w ramach zadań własnych wpisujących się w zadania z zakresu zdrowia publicznego, finansowane ze środków pozostających do ich dyspozycji³⁹.

Jak wynika z charakterystyki narzędzi w stosunku do każdego występuje formalna możliwość definiowania ich zawartości. Modyfikacja ich pojemności informacyjnej może stanowić odpowiedź na indywidualne potrzeby samych zarządzających, ich podmiotów tworzących, jak również kształtowanej na każdym szczeblu władz publicznych, w tym także samych organów tworzących, polityki zdrowotnej⁴⁰. Mając jednak na uwadze krytyczną analizę formalnych regulacji dokumentów postrzeganych jako podstawowe w obszarze gospodaro-

³⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej...

³⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. z 2016 r., poz. 1492).

⁴⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej...; Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej...; Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym...

TABELA 2: *Merytoryczna integracja formalnych narzędzi nadzoru w systemie opieki zdrowotnej*

Narzędzia nadzoru	Formalny zakres dokumentów	Zalecenia zarządcze
Programy zadań własnych organów tworzących	<ul style="list-style-type: none"> okres realizacji programu polityki zdrowotnej, opis potrzeb zdrowotnych w uzasadnieniu programu, wyniki oceny stanu zdrowia populacji, charakterystyka aktualnie realizowanych zadań, cele programu i mierniki efektywności jego realizacji, charakterystyka planowanej do objęcia programem polityki zdrowotnej populacji, organizacja programu (identyfikacja zasobów służby zdrowia – personel, wyposażenie i warunki lokalowe), źródła finansowania programu, sposób monitorowania i ewaluacji programu. 	<p>Integracja informacji ujętych w:</p> <ul style="list-style-type: none"> programach zdrowotnych zawierających rzeczowy wymiar zadań stanowiących podstawę sporządzenia informacji finansowej, planach finansowych odzwierciedlających finansowe ujęcie zadań zaplanowanych do realizacji w programach zdrowotnych stanowiących istotny element oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej, raportach zawierających ocenę funkcjonowania podmiotu leczniczego; ocenę stopnia wykonania planów finansowych, w tym stanowiących: podstawę sporządzenia programów naprawczych w sytuacji, gdy podmiot leczniczy wykaże stratę; ocenę stopnia realizacji programów zdrowotnych z wykorzystaniem przyjętych mierników; ale także weryfikację założeń programów polityki zdrowotnej.
Plan finansowy	<ul style="list-style-type: none"> przychody z prowadzonej działalności, dotacje z budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego, koszty, w tym: wynagrodzenia i składki od nich naliczane, płatności odsetkowe wynikające z zaciągniętych zobowiązań, zakup towarów i usług, środki na wydatki majątkowe, środki przyznane innym podmiotom, stan należności i zobowiązań na początek i koniec roku, stan środków pieniężnych na początek i koniec roku. 	
Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej	<ul style="list-style-type: none"> podstawę oceny stanowi sprawozdanie finansowe za ostatni rok, analiza wskaźnikowa o sytuacji ekonomiczno-finansowej, prognoza sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne trzy lata obrotowe, przyjęte założenia do sporządzenia prognozy, informacja o istotnych zdarzeniach wpływających na sytuację ekonomiczno-finansową. 	

Źródło: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej...; Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych...; Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej...; Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym...; Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

wania finansami, wskazano na konieczność merytorycznej integracji zawartych w nich informacji (tabela 2). Mimo że historycznie najdłużej formalnie umocowany jest plan finansowy, logicznie poprawnie należałoby go konstruować, przyjmując za podstawę programy zdrowotne. Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej natomiast przygotowywać, uwzględniając wykonanie planu finansowego w kontekście przyjętych w programach zdrowotnych założeń. Zalecenie to, dla efektywnej realizacji nadzoru, sformułowano w ramach posiadanych przez organy tworzące uprawnień (por. tabela 1).

Weryfikacja stosowania omawianych narzędzi dokonana z wykorzystaniem wyników studium przypadku wykazała zgoła odmienną praktykę. Spośród 10 podmiotów leczniczych stanowiących przedmiot badań (tabela 3), dla których nadzór sprawowany był przez inny organ tworzący:

- programy zadań własnych organów tworzących wystąpiły w 9 przypadkach, jednak żaden nie zawierał analizy adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, nie stanowił także podstawy sporządzenia planu finansowego,
- w żadnym przypadku organ tworzący nie skorzystał z uprawnień ustawowych do kształtowania zawartości informacyjnej planu finansowego i raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej,
- w żadnym przypadku nie odnotowano odstępstwa od formalnej struktury ani planu finansowego, ani raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej z inicjatywy podmiotu leczniczego,
- w 5 przypadkach raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej zawierał uchybienia merytoryczne (brak prognozy sprawozdań finansowych dla prognozy wskaźnikowej),
- poza realizacją obowiązku ustawowego w żadnym przypadku nie stwierdzono wykorzystania ani planu finansowego, ani raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej dla celów zarządczych,
- w 7 przypadkach raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej stanowiły podstawę sporządzenia programu naprawczego w związku z wystąpieniem za ostatni okres sprawozdawczy straty netto,
- jedynie w jednym przypadku podmiot tworzący dokonał na podstawie raportu oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej.

Przeprowadzona w trakcie studium przypadku w 10 wybranych podmiotach leczniczych analiza narzędzi, wskazanych na potrzeby opracowania jako posiadające potencjał zarządczy, uwzględniała zalecenia dotyczące merytorycznej ich integracji. Zaprezentowane w tabeli 3 wyniki wykazały, iż zawartość uznanych za podstawowe w obszarze gospodarowania finansami doku-

mentów nie została zmodyfikowana pod potrzeby o charakterze zarządczym. Jako uzasadnienie podmioty lecznicze wskazały na obowiązek dochowania dyscypliny finansów publicznych⁴¹.

TABELA 3: Ocena wykorzystania formalnych narzędzi nadzoru w badanych podmiotach

Wyszczególnienie	Wyniki oceny narzędzi nadzoru w SP ZOZ „1” – SP ZOZ „10”									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Programy zadań własnych, w tym:	T	T	T	T	T	T	T	N	T	T
Analiza adekwatności i efektywności	N	N	N	N	N	N	N	–	N	N
Założenia programów w planie finansowym	N	N	N	N	N	N	N	–	N	N
Cel sporządzenia planu (U/Z)*	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
Modyfikacja planu/raportu przez SP ZOZ	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Raport – wymogi formalne	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Raport – wymogi merytoryczne	T	T	N	N	N	N	N	T	T	T
Cel sporządzenia raportu**	R/PN	R/PN	R/PN	R/PN	R/PN	R/PN	R/PN	R	R	R
Potrzeby informacyjne organu w statucie	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Organ tworzący dokonał oceny	N	N	N	N	N	T	N	N	N	N

* U – ustawowy; Z – zarządczy; ** R – raport wg ustawy; PN – program naprawczy wg ustawy.
Źródło: opracowanie własne.

Narzędzia o charakterze strategicznym, które w ocenie merytorycznej raportu powinny stanowić podstawę planowania sytuacji ekonomiczno-finansowej

⁴¹ Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1458 ze zm.), art. 10.

w podmiotach leczniczych, poza oceną bieżącej sytuacji zdrowotnej zawierają m.in. postulaty dotyczące poprawy dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych, w tym zapewnienia opieki starzejącemu się społeczeństwu. Nie wynika z nich, aby organy tworzące uzgadniały z podległymi podmiotami leczniczymi kształt polityki zdrowotnej, w tym rodzaj i liczbę świadczeń opieki zdrowotnej. To, na co szczególnie zwrócono uwagę w trakcie badań, to brak w programach zdrowotnych zalecanego elementu, jakim jest analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnych w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa⁴². W ocenie autorek element ten wpisuje się w zarządcze podejście do planowania zarówno zadań, jak i zasobów niezbędnych do ich realizacji. Tymczasem podmioty tworzące nie tylko same nie dokonują wspomnianej analizy adekwatności i efektywności świadczeń opieki zdrowotnej, nie wymagają jej także od badanych, podległych im podmiotów leczniczych.

Ponadto, jak wykazały badania, organy tworzące nie wykorzystują także przyśługujących im uprawnień dotyczących kształtowania sporządzanych dokumentów finansowych w zakresie poszerzenia ich o aspekty zarządcze. Potwierdziła to analiza zapisów statutów nadawanych przez organy tworzące podmiotom leczniczym.

Informacje zawarte w dokumentach o charakterze finansowym powinny podlegać ujawnieniu po uprzednim ich zatwierdzeniu. Jak wykazały badania, dokumenty te nie zostały poddane ocenie, czego dowodem jest brak informacji chociażby w formie uchwały wydanej przez organ tworzący. Tymczasem, jak powinno to mieć miejsce w odpowiedzialnym społeczeństwie, dostępem do informacji o sytuacji finansowej w sektorze opieki zdrowotnej mogą być zainteresowane nie tylko organizacje pacjentów, ale także pracownicy, dostawcy leków i wyrobów medycznych, kapitału, jak również same organy władzy stanowiącej. Od stanu finansów bowiem zależy możliwość i stopień realizacji zadań przypisanych organom tworzącym w zakresie zapewnienia opieki zdrowotnej na obszarze ich oddziaływania, a w ślad za tym efektywność funkcjonowania nadzorowanych podmiotów leczniczych.

5. Zakończenie

W aspekcie wskazań koncepcji New Public Management i nadzoru korporacyjnego analizie poddano formalne zapisy dotyczące nadzoru organów tworzących. Mając na uwadze publiczny charakter funkcjonowania podmiotów w sektorze

⁴² Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym..., art. 2.

opieki zdrowotnej, szczególną uwagę zwrócono na zagadnienia dotyczące gospodarowania finansami, w tym możliwość generowania informacji zarządczej.

Krytyczna analiza regulacji prawnych wskazała na obecność zapisów, których realizacja zarówno przez podmioty lecznicze, jak również ich organy tworzące wpisałyby się w istotę skutecznego zarządzania. Dotyczy to m.in. obszarów w zakresie ujawniania i przejrzystości istotnych informacji obecnych w sprawowaniu nadzoru korporacyjnego. Za takie uznano informacje o sytuacji ekonomicznej, w tym stanie finansów podmiotów leczniczych, o których kształcie, w tym m.in. użyteczności, może zdecydować sam podmiot leczniczy, ale także jego organ tworzący.

Przeprowadzone badania wykazały, że możliwość swobodnego, samodzielnego konstruowania tak planu finansowego, jak i raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej przez podmioty lecznicze nie jest wykorzystywana. Z uprawnień tych nie korzystają także ich organy tworzące.

W wyniku krytycznej analizy regulacji prawnych definiujących zakres dokumentów stanowiących podstawę oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych wskazano na konieczność merytorycznej ich integracji. Przeprowadzone w podmiotach leczniczych badania, uwzględniające aspekt nadzorczy, nie wykazały jednak związku pomiędzy informacjami generowanymi przez narzędzia o potencjale zarządczym. Jako powód należy wskazać m.in. zbyt ogólny charakter delegacji dotyczących możliwości kształtowania polityki informacyjnej.

Wynikające z nich możliwości mogłyby dotyczyć m.in. rozszerzenia zakresu oraz uszczegółowienia informacji tak, aby struktura dokumentów o sytuacji ekonomiczno-finansowej zapewniała informacje niezbędne do oceny rentowności poszczególnych obszarów działalności, efektywności zarządzania czy wykorzystania środków publicznych. Tym samym uwzględniała potrzeby zarządcze zarówno podmiotu leczniczego, organu tworzącego, jak również szerokiego grona interesariuszy, którzy nie tylko korzystają z oferowanych w sektorze opieki zdrowotnej świadczeń, ale także dostarczają niezbędnych do ich realizacji zasobów.

W artykule wykazano, że organy tworzące nie wykorzystują w pełni swoich uprawnień, które realizowane wpisałyby się istotę dobrego zarządzania i zapewniałyby nadzór nad podmiotami leczniczymi w aspekcie efektywności ich funkcjonowania.

Bibliografia

Akty prawne

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r., poz. 832).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r., poz. 2476).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. z 2016 r., poz. 1492).
- Ustawa z dnia 14 lutego 2003 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2003 r., nr 49, poz. 408).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.).
- Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1458 ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 2077 ze zm.).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm.).
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2015 r., poz. 1916).

Opracowania

- Baran Wioletta**, *System informacyjny rachunku kosztów w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, Oficyna Wydawnicza SGH Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2017.
- Bennington Lynne**, *Review of the corporate and healthcare governance literature*, Journal of Management & Organization, 2010/16, s. 314–333.
- Bugarič Bojan**, *Openness and Transparency In Public Administration: Challenges for Public Law*, Wisconsin International Law Journal 2004, s. 483–521.
- Cadbury Adrian**, *Foreword*, w: Stijn Classens, *Corporate Governance and Development*, Global Corporate Governance Forum, The International Bank for Reconstructions and Development, The World Bank, Washington 2003.
- Cowan Jane**, *Good medical practice should improve patient safety*, Clinical Governance, An International Journal 2007/12 (2), s. 136–141.
- Du Plessis Jacques, Mc Conwill James, Bagaric Mirko**, *Principles of Contemporary Corporate Governance*, Cambridge University Press, Cambridge 2005.
- Eeckloo Kristof, Van Herck Gustaaf, Van Hulle Cynthia, Vleugels Arthur**, *From corporate governance to hospital governance: Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management*, Health Policy 2004/68, s. 1–15.
- Jerzemowska Magdalena**, *Nadzór korporacyjny*, PWE, Warszawa 2006.
- Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, wrzesień 2018, *Zasady nadzoru właścicielskiego nad spółkami z udziałem Skarbu Państwa*, https://bip.kprm.gov.pl/download/75/21817/Zasady_nadzoru_wlascielskiego_nad_spolkamiSP28092017.pdf; stan na 20.03.2019 r.

- Kautsch Marcin**, *Nadzór właścicielski powiatów nad podmiotami leczniczymi*, Zarządzanie Publiczne 2017/4 (42), s. 63–76.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483.
- Lis Krzysztof, Sterniczuk Henryk**, *Nadzór korporacyjny*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005.
- Mesjasz Czesław**, *Ład (nadzór) korporacyjny. Geneza, definicje i podstawowe problemy*, w: Dorota Dobija, Izabela Koładkiewicz (red.), *Ład korporacyjny*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011, s. 15–52.
- Ochnio Michał**, *Nowe Zarządzanie Publiczne (New Public Management) – podstawowe cechy modelu. Jego zastosowanie w Polsce*, Working Paper, No. 1, Stowarzyszenie Instytut Zmian, Warszawa 2012.
- Petasnick William D.**, *Hospital – physician relationships: Imperative for clinical enterprise collaboration*, *Frontiers of Health Services Management* 2007/24 (1), s. 3–10.
- Świerc Zuzanna**, *Nadzór podmiotu tworzącego nad gospodarką finansową SP ZOZ-u*, *Finanse Publiczne*, styczeń 2019, s. 27–31.
- Tabish Syed Amin**, *Healthcare: From Good to Exceptional Governance*, *Journal of International Medical Sciences Academy* 2012/25/3, s. 147–149.
- Zawicki Marcin**, *Nowe zarządzanie publiczne*, PWE, Warszawa 2011, s. 39.

Strony internetowe

- Giełda Papierów Wartościowych, 2016, *Dobre Praktyki Spółek Notowanych na GPW 2016*, https://www.gpw.pl/pub/GPW/files/PDF/GPW_1015_17_DOBRE_PRAKTYKI_v2.pdf; stan na 20.03.2019 r.
- Healthcare Governance & Transparency Association (HeGTA), 2014, *Principles & Guidelines for Governance in Hospitals*, Egipt, https://cipe-arabia.org/wp-content/uploads/2018/08/Principles_and_Guidelines_for_Governance_in_Hospitals_EN.pdf; stan na 19.02.2019 r.
- Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, Wytoczne OECD dotyczące nadzoru korporacyjnego w przedsiębiorstwach publicznych, OECD 2005, Ministerstwo Skarbu Państwa, <https://www.oecd.org/corporate/ca/corporategovernanceofstate-ownedenterprises/35678920.pdf>; stan na 20.03.2019 r.
- Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, Zasady nadzoru korporacyjnego OECD, 2004, http://www.ecgi.org/codes/documents/principles_pl_final.pdf; stan na 20.03.2019 r.

Wioletta BARAN, Zuzanna ŚWIERC

MANAGEMENT ASPECTS OF THE AUTHORITIES ESTABLISHING MEDICAL ENTITIES

(Summary)

The aim of the article is to prove that the bodies founding medical entities have formal opportunities to execute oversight role which is part of good management practice. In the aspect of the New Public Management concept and corporate governance guidelines, formal provisions regarding the supervision of founding bodies were analyzed. Bearing in mind the public attitudes of entities in the health care sector, based on 10 case studies, particular attention was drawn to issues related to finance management, including the possibility of generating management information.

As a result of a critical analysis of the legal regulations defining the scope of documents that form the basis for assessing the economic and financial situation of healthcare entities, the substantive need for their integration was indicated. However, the studies carried out in medical entities, taking into account the supervisory aspect, did not determine a relation between information generated by tools with management potential. As a reason, it is listed, inter alia too general character of the delegation regarding the possibility of creating information policy. Formally assigned to the founding bodies the supervision was not reflected in the documents analyzed for the needs of the study. Thus, it was determined that the founding authorities do not fully use their powers which would fulfill the essence of good management and would ensure the supervision of medical entities in terms of their efficiency.

Keywords: founding authorities; medical entities; corporate governance