

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 410

**Zarządzanie ryzykiem
w opiece zdrowotnej.
Nadzór i kontrola zarządcza**

Redaktorzy naukowi
Maria Węgrzyn
Dariusz Wasilewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Aleksandra Śliwka
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz
Korekta: Marcin Orszulak
Łamanie: Małgorzata Czupryńska
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronach internetowych
www.pracnaukowe.ue.wroc.pl
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2015

ISSN 1899-3192
e-ISSN 2392-0041

ISBN 978-83-7695-556-8

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: econbook@ue.wroc.pl
www.ksiegarnia.ue.wroc.pl

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Ryzyko systemowe

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizacyjny błąd medyczny jako czynnik oceny ryzyka funkcjonowania ośrodków opieki zdrowotnej.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planowanie i realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle czynników ryzyka zachorowań	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Wykluczenie w zakresie zdrowia jako efekt ryzyka systemowego związanego z ograniczeniem dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych	34
Iga Rudawska: Europa seniorów, czyli ryzyko systemowe związane ze starzeniem się populacji	48
Małgorzata Winter: Ewidencja działalności podmiotu leczniczego a ryzyko przeoczenia nieprawidłowości w wydatkowaniu środków publicznych....	58

Część 2. Ryzyko finansowe

Dorota Korenik: Benchmarking w ograniczaniu ryzyka w podmiotach leczniczych	69
Justyna Kujawska: Ryzyko w pozyskiwaniu kontraktów leczniczych	84
Aleksandra Szewieczek: Mierniki dokonań w działalności podmiotów leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem kontroli zarządczej.....	93
Maria Węgrzyn: Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.....	111

Część 3. Ryzyko personalne

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Proces przeprowadzania zmian organizacyjnych w podmiotach leczniczych a problemy w kierowaniu personelem	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Metodyka badania satysfakcji pacjentów.....	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analiza oczekiwań pacjentów w wybranych aspektach oceny jakości usług zdrowotnych (infrastruktura zewnętrzna, niezawodność, wymiar materialny, warunki bytowe)	180

Summaries

Part 1. Systemic risk

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizing malpractice as a factor of the risk assessment of health care centres functioning.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planning and implementation of preventive health programs in view of the health risk factors	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Exclusion in terms of health as a result of systemic risk connected with limiting the availability to chosen health care services	34
Iga Rudawska: Seniors' Europe, or systemic risk posed by the ageing of the population	48
Małgorzata Winter: Accounting of a healthcare unit vs. the risk of overlooking of irregularities in public money spending	58

Part 2. Financial risk

Dorota Korenik: Benchmarking in reducing risk in medical entities	69
Justyna Kujawska: The risk of obtaining medical contracts	84
Aleksandra Szewieczek: Performance indicators in health care entities with particular emphasis on management control	93
Maria Węgrzyn: The influence of financial resources sorting algorithm on the task-fulfillment capability of the National Health Fund's voivodeship divisions.....	111

Part 3. Personal risk

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Process of organizational changes execution in medical entities vs. problems of staff management .	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Risk manager as a function supporting hospital management	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Methodology of patients satisfaction survey	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analysis of patients' expectations in chosen aspects of health services quality assessment (outdoor infrastructure, reliability, material dimension, living conditions)	180

Piotr Tworek

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach
Polskie Towarzystwo Ekonomiczne Oddział Katowice
e-mail: piotr.tworek@ue.katowice.pl

Lidia Kwiecińska-Bożek

Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej
e-mail: lbozek@hotmail.com

MENEDŻER RYZYKA JAKO FUNKCJA WSPOMAGAJĄCA ZARZĄDZANIE PODMIOTEM LECZNICZYM ŚWIADCZĄCYM USŁUGI SZPITALNE

RISK MANAGER AS A FUNCTION SUPPORTING HOSPITAL MANAGEMENT

DOI: 10.15611/pn.2015.410.11

JEL Classification: G32, I13, I18, M42

Streszczenie: Zarządzanie ryzykiem w podmiotach ochrony zdrowia wymaga profesjonalnego podejścia. Menedżerowie ryzyka są reprezentantami tej profesji, którzy zapewniają efektywne i skuteczne zarządzanie ryzykiem. Są oni w stanie w sposób właściwy wypełniać tę funkcję przede wszystkim ze względu na znajomość metodyki zarządzania ryzykiem w podmiotach ochrony zdrowia. Kwestie te stanowią przedmiot zasadniczych rozważań w artykule, którego celem jest przedstawienie miejsca i roli menedżerów ryzyka w podmiotach ochrony zdrowia. Artykuł ma charakter rozważań teoretycznych. Przede wszystkim rozważania odnoszą się do polskich organizacji ochrony zdrowia (szpitali komercyjnych).

Słowa kluczowe: menedżer ryzyka, zarządzanie ryzykiem, szpital, zarządzanie w ochronie zdrowia, podmioty ochrony zdrowia.

Summary: Risk management in health care entities requires a professional approach. Risk managers are the representatives of this profession, who ensure comprehensive and effective risk management. First of all, they have the appropriate background to perform this function, especially in terms of risk management methods in health care organizations. These issues are addressed by the paper, which aims to discuss the place and role of risk managers in health care entities. Therefore, the paper has theoretical character. In particular, the deliberations concern the presence of risk managers in the Polish health care organizations (commercial hospitals).

Keywords: risk manager, risk management, hospital, health care management, health care units.

1. Wstęp

Zarządzanie ryzykiem stanowić może bardzo ważną i zarazem integralną część procesu zarządzania podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne¹. Aby skutecznie zarządzać ryzykiem w szpitalu, w strukturze organizacyjnej musi być przewidziane stanowisko dla odpowiedzialnej za ten proces osoby. W praktyce zarządzanie ryzykiem jest procesem składającym się z wielu etapów i czynności, które należy dokonać, aby ryzyko prawidłowo zidentyfikować, skwantyfikować, a następnie w sposób właściwy na nie zareagować z wykorzystaniem odpowiedniego warsztatu metodycznego. Należy przy tym podkreślić, że na całym świecie za zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwach sektora prywatnego odpowiadają menedżerowie ryzyka. W Polsce w ochronie zdrowia funkcja ta praktycznie nie jest znana w przeciwieństwie do wielu przedsiębiorstw komercyjnych, a zwłaszcza banków. Z uwagi na obszar zainteresowań autorów omawiane będą w niniejszej publikacji wybrane problemy zarządzania ryzykiem w segmencie usług zdrowotnych działających na rynku komercyjnym. W artykule autorzy stawiają tezę, że zarządzanie ryzykiem w podmiotach leczniczych świadczących usługi szpitalne w Polsce nie odbywa się w sposób zintegrowany oraz systemowo, w tym nie wykorzystuje się pełnego podejścia metodycznego w tym zakresie, jak ma to miejsce na przykład w największych szpitalach w Wielkiej Brytanii, gdzie zarządzanie ryzykiem w ochronie zdrowia traktuje się jako odrębną dyscyplinę wiedzy określaną mianem zarządzania ryzykiem klinicznym (*Clinical Risk Management*)².

W związku z powyższym w warunkach polskich integracja zarządzania ryzykiem z ogólną funkcją zarządzania podmiotem leczniczym wymaga stworzenia jednego stanowiska pracy lub zatrudnienia zewnętrznego eksperta od ryzyka (menedżera ryzyka), który w sposób kompleksowy zarządzałby ryzykiem i wspomagał proces kierowania podmiotem leczniczym. Celem poznawczym niniejszej publikacji jest przedstawienie roli menedżera ryzyka jako osoby odpowiedzialnej za zarządzanie

¹ Na świecie istnieją stowarzyszenia i organizacje, które propagują ideę zarządzania ryzykiem w sektorze publicznym. W szczególności należy tutaj wymienić amerykańskie Stowarzyszenie Zarządzania Ryzykiem Publicznym (Public Risk Management Association – PRAM) i Stowarzyszenie Zarządzania Ryzykiem Podmiotów Publicznych (Public Utilities Risk Management Association (PURMA) czy w Europie belgijską Organizację Zarządzania Ryzykiem Publicznym (Public Risk Management Organization – PRMO), a także brytyjskie Narodowe Forum na rzecz Zarządzania Ryzykiem w Sektorze Publicznym (National Forum for Risk Management in the Public Sector – ALARM), gdzie we współpracy ze Stowarzyszeniem Ubezpieczycieli i Menedżerów Ryzyka (Association of Insurance and Risk Managers – AIRMIC) i Instytutem Zarządzania Ryzykiem (Institute of Risk Management – IRM) opracowano brytyjski standard zarządzania ryzykiem – Risk Management Standard AIRMIC/ALARM/IRM 2004, który jest w świecie znany jako standard FERMA (Federation of European Risk Management Associations).

² J. Hood, A. Mills, W. Stein, 2003, *Development in UK public sector risk management: the implications for PPP/PFI Projects*, [in:] Akintoye A., Beck M., Hardcastle C. (eds.), *Public-Private Partnership. Managing risks and opportunities*, Blackwell Science Ltd., Oxford, s. 213.

ryzykiem w szpitalu. Przede wszystkim artykuł postuluje wprowadzenie do struktur organizacyjnych polskich szpitali tego typu funkcji menedżerskiej. Równocześnie opracowanie rozważa kwestię implementacji do polskich szpitali koncepcji zarządzania ryzykiem na podstawie nowoczesnych rozwiązań stosowanych w tym zakresie w krajach anglosaskich. Treści zawarte w artykule posiadają głównie charakter rozważań teoretyczno-koncepcyjnych (teoriopoznawczy wymiar wiedzy). Artykuł w sposób jedynie syntetyczny przedstawia całość zagadnień związanych z problematyką zarządzania ryzykiem w podmiotach leczniczych świadczących usługi szpitalne w Polsce. Autorzy w rozważaniach wykorzystali własną wiedzę i doświadczenie, jakie nabyli w trakcie badań nad problematyką zarządzania ryzykiem w organizacjach publicznych oraz podmiotach sektora komercyjnego, i odnieśli je do działalności Szpitala Polskiego im. św. Elżbiety w Katowicach, wchodzącego w skład spółki Szpitale Polskie SA, działającej jako podmiot komercyjny. Na podstawie analizy i własnych doświadczeń autorzy stwierdzili, że w perspektywie praktycznej istnieje wyraźny wpływ ryzyka na efekty funkcjonowania szpitala, a zwłaszcza na jego sytuację ekonomiczną, co ma m.in. związek z odszkodowaniami wypłacanymi w systemie ochrony zdrowia, a w perspektywie teoretycznej istnieje wyraźna luka poznawcza dotycząca zarządzania ryzykiem odniesiona do organizacji świadczących usługi zdrowotne. Krajowa literatura przedmiotu w stopniu niewielkim rozstrzyga ten problem, bowiem jak dotąd nie przeprowadzono szerokich badań empirycznych w tym zakresie, stąd dyskusja nad treściami i tezami zaproponowanymi w niniejszym artykule.

2. Identyfikacja kategorii ryzyka w ochronie zdrowia – próba syntetycznego ujęcia problemu

Zarówno w teorii, jak i w praktyce istnieje wiele różnych definicji ryzyka³, jest bowiem rzeczą niezwykle trudną zdefiniowanie ryzyka w sposób jednoznaczny. Powodem tego jest fakt, że jest ono kategorią interdyscyplinarną, często w nauce myloną z pojęciem niepewności⁴. Zasadnicza różnica między tymi dwiema kategoriami polega na tym, że ryzyko jest kategorią ilościową *sensu stricto*, niepewności zaś nie

³ Zob. np. J. Domański, 2014, *Zarządzanie ryzykiem w organizacjach non profit*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa, s. 17 i następne. Zob. również: A. Karmańska (red.), 2008, *Ryzyko w rachunkowości*, Difin, Warszawa, s. 38 i następne; C.I. Spinki, 2013, *Decision theory and risk management in public organizations: a literature review*, Revista de Gestión Pública, vol. I, no. 1, s. 101 i następne.

⁴ Zob. C.P. Young, C.S. Tippins, 1996, *Managing Business Risk. An Organization-Wide Approach to Risk Management*, American Management Association AMACOM, New York 2001, s. 7 i następne; V.R. Kolluru, M.S. Bartell, M.R. Pitblado, S.R. Stricoff, 1996, *Risk Assessment and Management Handbook. For Environmental, Health and Safety Professionals*, McGraw-Hill, Inc., New York, s. 8.53.

można skwantyfikować⁵. Ryzyko jest pojęciem znacznie węższym niż niepewność i w nauce jest opisywane rozkładem prawdopodobieństwa, co pozwala właściwie ryzyko skwantyfikować z wykorzystaniem odpowiednich metod probabilistycznych. Powyższe trudności przyczyniają się do kłopotów z definiowaniem ryzyka odniesionym do poszczególnych sektorów i segmentów działalności organizacji. Zatem definiowanie ryzyka w działalności podmiotów ochrony zdrowia również może powodować wiele trudności. Najogólniej jest ono definiowane jako zagrożenie, strata lub szkoda, jaka może wystąpić⁶ w trakcie procesu leczenia w szpitalu. Zaprezentowane podejście jest wyrazem defensywnego nurtu definiowania ryzyka w nauce (w przeciwieństwie do nurtu ofensywnego, w którym ryzyko jest rozumiane nie tylko jako zagrożenie, ale również jako szansa)⁷. W taki właśnie sposób, tj. w aspekcie negatywnym, ubezpieczyciele rozpoznają ryzyko w ochronie zdrowia, oferując ubezpieczenia podmiotom leczniczym. Jak podkreśla T.E. Getzen, „(...) z punktu widzenia społeczeństwa ubezpieczenia są metodą rozkładania ryzyka, tak że strata ponoszona przez jednego człowieka nie spada na niego samego, ale dzieli ją między siebie wiele osób”⁸. Natomiast z punktu widzenia podmiotu leczniczego świadczącego usługi szpitalne ubezpieczenia należy traktować jako osobną metodę finansowania ryzyka w działalności szpitala. W praktycznej działalności szpitali ryzyko należy więc zawsze ubezpieczać.

Według Amerykańskiego Stowarzyszenia Zarządzania Ryzykiem w Ochronie Zdrowia (The American Society for Healthcare Risk Management – ASHRM), ryzyko w ochronie zdrowia definiowane jest jako ryzyko bezpieczeństwa pacjenta – jest to swego rodzaju branżowy profil ryzyka⁹, przy czym różne są jego subkategorie. Biorąc pod uwagę uniwersalny funkcjonujący w nauce podział ryzyka na ryzyko niespecyficzne, czyli takie, które wiąże się z istnieniem i działalnością danego podmiotu w takim samym stopniu, jak w przypadku innych podmiotów (np. ryzyko wzrostu cen świadczonych usług w wyniku inflacji), a także na ryzyko specyficzne, a więc wynikające ze specyfiki prowadzonej przez dany podmiot działalności i wypełnianych przez niego funkcji (branżowy profil ryzyka)¹⁰, można tutaj przyjąć, że ryzyko specyficzne w ochronie zdrowia obejmuje następujące jego subkategorie:

⁵ Zob. H.F. Knight, 1921, *Risk, Uncertainty and Profit*, University of Boston Press, Boston, s. 4 i następn.; H.A. Willett, 1951, *The Economic Theory of Risk and Insurance*, Philadelphia, s. 6.

⁶ Zob. np. A. Karmańska (red.), *op. cit.*, s. 38.

⁷ Zob. C.P. Dinsmore, J. Cabanis-Brewin, 2006, *AMA Handbook of project management*, Second Edition, American Management Association AMA, New York, s. 189.

⁸ E.T. Getzen, 2000, *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa, s. 82.

⁹ Carroll R. (ed.), 2009, *Risk Management Handbook for Health Care Organizations*, John Wiley & Sons Inc., Hoboken, s. 2. Zob. również: K.W. Viscusi, 2004, *The Value of Risks to Life and Health*, [in:] Viscusi K.W., Gayer T. (eds.), *Classics in Risk Management. Volume I*, Edward Elgar Publishing Limited, Cheltenham, s. 1913.

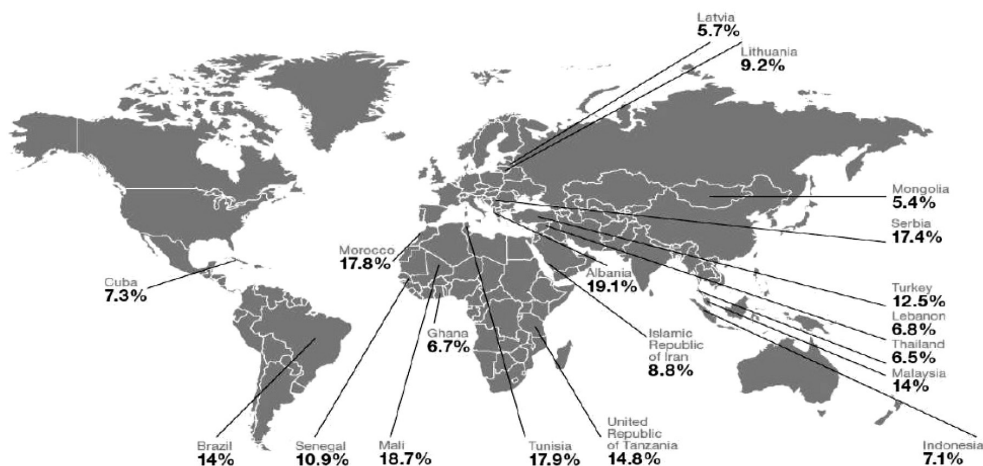
¹⁰ http://www.gu.com.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=34840&catid=122 (07.12.2014).

- ryzyko systemowe, w tym także polityczne i prawne, jako najważniejsze kategorie ryzyka w ochronie zdrowia (ponieważ zmiany w przepisach dotyczących rozwiązań systemowych funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce powodują brak stabilizacji i stabilności systemu opieki medycznej),
- ryzyko finansowe (związane np. z utratą płynności finansowej przez podmiot leczniczy),
- ryzyko związane z decyzyjnością kierowników podmiotów opieki zdrowotnej (związane np. brakiem adekwatnej do poziomu skomplikowania problemu wiedzy),
- ryzyko wynikające z odpowiedzialności cywilnej pracowników medycznych,
- ryzyko deficytu kluczowego i pozostałego personelu medycznego,
- pozostałe ryzyko specyficzne, w tym ryzyko utraty wizerunku (utrata reputacji przez szpital), w konsekwencji czego straty wywołane utratą dobrego imienia mogą praktycznie unicestwić tego typu podmiot (wzrost ceny polisy odpowiedzialności cywilnej), zasądzenie coraz wyższych odszkodowań przez sądy itp., ryzyko kryminalne i ryzyko oszustwa, z czym z kolei związane są patologie i nieetyczne zachowania personelu medycznego, jak np. fałszowanie statystyk medycznych, nieprawdziwe dane przekazywane instytucjom nadrzędnym celem uzyskania lepszego wizerunku czy pozyskania dodatkowych środków finansowych od płatnika, korupcja, odpłatne wydawanie osobom nieuprawnionym zwolnień lekarskich, przepisywanie darmowych lekarstw osobom nieuprawnionym itp., ryzyko techniczne związane przede wszystkim z awariami maszyn i sprzętu medycznego, szkody żywiołowe itd.¹¹.

Niezależnie jednak od sposobu definiowania ryzyka w ochronie zdrowia jego mechanizm jest powszechnie znany, a zarazem uniwersalny, a mianowicie każde ryzyko ma swoje źródło i rodzi określone konsekwencje. Przykładowo w ochronie zdrowia źródłem ryzyka może być nieprzestrzeganie warunków sterylności i procedur medycznych na terenie szpitala, co może spowodować zakażenia szpitalne (ryzyko utraty zdrowia pacjenta), czego skutkiem może być nawet śmierć pacjenta jako najbardziej tragiczna konsekwencja ryzyka. Dla samego szpitala może to grozić postępowaniem sądowym, a w konsekwencji odszkodowawczym, a więc ryzyko w swej ostatecznej postaci może przyjąć postać dodatkowych nieprzewidzianych kosztów dla podmiotu leczniczego (ekonomiczny wymiar ryzyka). W szczególności w działalności każdego szpitala ryzyko można rozpatrywać przez pryzmat ryzyka zakażeń szpitalnych. Ryzyko zakażeń szpitalnych w świecie w latach 1995-2010 według danych WHO przedstawia rys. 1.

Jak przedstawiają dane zamieszczone na rys. 1, problem zakażeń wewnątrzszpitalnych jest problemem globalnym i wszechobecnym. Właściwie każdy pacjent na świecie jest narażony na takie ryzyko, co również dotyczy personelu medycznego.

¹¹ http://www.gu.com.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=34840&catid=122 (07.12.2014).



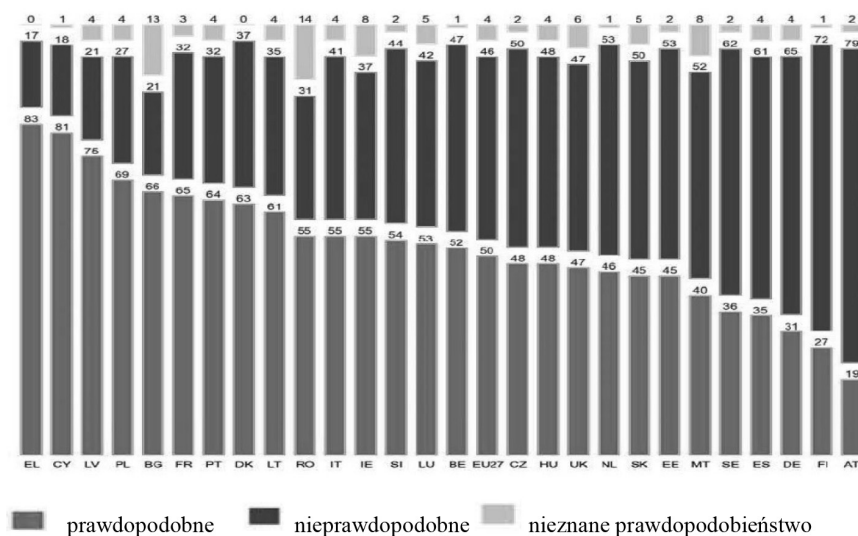
Rys. 1. Ryzyko zakażeń szpitalnych w świecie: częstość występowania zakażeń wewnątrzszpitalnych w latach 1995-2010

Źródło: WHO, 2011, *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide, Clean Care is Safer Care*, s. 17.

Ewidentnym przykładem zagrożeń jest obecna sytuacja związana z rozprzestrzenieniem się wirusa ebola. W 2014 roku w krajach afrykańskich wybuchła epidemia zakażeń wywołanych wirusem ebola (ok. 8 tys. zakażeń), a choroba ta pokonała granice nie tylko międzynarodowe, ale również międzykontynentalne. Zaistniała sytuacja stanowi dowód na to, że obecnie ryzykiem należy zarządzać nie tylko w ujęciu lokalnym, ale także globalnie i systemowo, co zwłaszcza odnosi się do odpowiedniego wyboru metody i sposobu reakcji na ryzyko. W szczególności reakcja na ryzyko w ochronie zdrowia dotyczy bezpośrednich skutków ryzyka, z którymi organizacje ochrony zdrowia muszą się uporać. O skuteczności reakcji na ryzyko decyduje głównie jego prawidłowa identyfikacja, ponieważ jakiegokolwiek błędy i zaniechania popełnione na etapie identyfikacji ryzyka i jego źródeł (czynników wywołujących ryzyko) w dalszej kolejności powodować będą błędy i nieprawidłowości w jego oszacowaniu, a następnie decydować będą o braku skuteczności przeciwdziałania ryzyku. Zatem bazując na definicji ryzyka, że jest ono kategorią ilościową *sensu stricto*, ryzyko w ochronie zdrowia można opisać następującym równaniem: $R = P \times K$, gdzie R oznacza ryzyko, P to prawdopodobieństwo wystąpienia ryzykownego zdarzenia (zagrożenia), zaś K to konsekwencje wystąpienia ryzykownego zdarzenia (zagrożenia)¹². Zapis ten jest matematyczną formułą definiowania i interpretacji ryzyka. Z takiej perspektywy ryzyko w organizacjach ochrony zdrowia

¹² Zob. W.V. Mitchell, 2003, *Consumer perceived risk: conceptualisations and models*, European Journal of Marketing, vol. 33, no. 1/2, s. 178; J. Kallman, 2005, *What is risk?*, Risk Management,

można zdefiniować jako potencjalne odchylenia, jakie mogą wystąpić wokół oczekiwanych wyników (działalności) podmiotu leczniczego¹³. Analizując doniesienia medialne, można wyciągnąć zasadniczą konkluzję, że ryzyko w ochronie zdrowia jest zjawiskiem powszechnym, dynamicznym, łączącym się z groźbą powstania straty, odznaczające się intensywnością działania o szerokim spektrum oddziaływania, a także przebiegające w czasie¹⁴. Reasumując, ryzyko rozważane w tym aspekcie należy zdefiniować jako zagrożenie, stratę lub szkodę w podmiotach ochrony zdrowia i można je w skrócie określić mianem ryzyka medycznego (jako kategorii przypisanej ochronie zdrowia). W związku z takim definiowaniem ryzyka w ochronie zdrowia należy poszukiwać odpowiedzi na pytanie, jakie jest prawdopodobieństwo (występowania ryzyka) doznania szkody przez pacjenta w czasie procesu leczenia w szpitalach na świecie?



Rys. 2. Ryzyko zakażeń szpitalnych na świecie: prawdopodobieństwo doznania szkody w czasie leczenia w szpitalu

Źródło: WHO, 2011, *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide, Clean Care is Safer Care*, s. 24.

vol. 52, no. 10, s. 57; J.E. Vaughan, T. Vaughan, 1999, *Fundamentals of Risk and Insurance*, John Wiley & Sons, Inc., New York, s. 3.

¹³ Zob. M. Fone, C.P. Young, 2007, *Managing Risks in Public Organizations*, Palgrave Macmillan Inc., New York, s. 12. Zob. również: P. Pestieau, H. Tulkens, 2006, *Assessing and Explaining the Performance of Public Enterprises: Some Recent Evidence from the Productive Efficiency Viewpoint*, [in:] Chander P., Drèze J., Lovell K.C., Mintz J. (eds.), *Public Goods, Environmental Externalities and Fiscal Competition, Selected Papers on Competition, Efficiency and Cooperation in Public Economics* by H. Tulkens, Springer Science+Business Media, LLC, New York, s. 345-347.

¹⁴ P. Tworek, 2010, *Ryzyko wykonawców przedsięwzięć inwestycyjnych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice, s. 43.

Z danych zawartych na rys. 2 wynika, że według WHO Polska zaliczana jest do krajów o najwyższym wskaźniku prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka zakażenia wewnątrzszpitalnego (prawdopodobieństwo to określono na poziomie 69%). Wyższy poziom tego wskaźnika mają tylko takie kraje europejskie, jak Grecja (prawdopodobieństwo – 83%), Cypr (prawdopodobieństwo – 81%), Łotwa (prawdopodobieństwo – 76%). Najniższy wskaźnik tego prawdopodobieństwa w Europie przypisuje się Austrii, tj. tylko 19%. Na podstawie przytoczonych danych Polska wypada bardzo niekorzystnie zarówno w stosunku do większości krajów EU-27, jak i w stosunku do średniej europejskiej (prawdopodobieństwo – 50%). Powyższe niekorzystne statystyki jednoznacznie wskazują, że w szpitalach w Polsce powinno dążyć się do zarządzania ryzykiem w sposób systematyczny i systemowy, co można osiągnąć, wprowadzając zintegrowany system zarządzania ryzykiem w ochronie zdrowia. Rozpatrując ten postulat z innej perspektywy, należy zauważyć, że umiejętne i skuteczne zarządzanie ryzykiem w podmiotach ochrony zdrowia może w dużym stopniu zapobiec ewentualnym negatywnym skutkom ryzyka, a nawet zapewnić znaczące korzyści. Przejawem tych korzyści mogą być np. oszczędności osiągnane przez szpital z tytułu ponoszenia mniejszych opłat za ubezpieczenia stosowane obligatoryjnie w działalności podmiotów ochrony zdrowia oraz – co jest niezwykle istotne ze względu na specyfikę działalności – „(...) zarządzanie ryzykiem pozwala tym organizacjom redukować ryzyko związane z powstaniem niepożądanego obrazu w odbiorze społecznym”¹⁵. Dodatkowo „(...) wdrożony i odpowiednio utrzymywany system zarządzania ryzykiem, po pierwsze, może zwiększyć prawdopodobieństwo osiągnięcia celów, po drugie, zachęca do aktywnego zarządzania, po trzecie, zwiększa świadomość o potrzebie identyfikacji i postępowania z ryzykiem [w szpitalu], po czwarte, wspiera i doskonali identyfikację zagrożeń i szans, ustanawia solidne podstawy dla podejmowania decyzji i planowania, po piąte, wspiera zapewnienie zgodności z prawem oraz z innymi wymogami, doskonali sprawozdawczość finansową, po szóste, doskonali ład organizacyjny, wzmacnia zaufanie interesariuszy do organizacji [ochrony zdrowia], po siódme, doskonali mechanizmy kontroli, pozwala na skuteczne alokowanie i wykorzystywanie zasobów do postępowania z ryzykiem, po ósme, poprawia operacyjną skuteczność i efektywność, po dziewiąte, doskonali przeciwdziałanie stratom, po dziesiąte, minimalizuje straty, i wreszcie, po jedenaste, doskonali uczenie się organizacji [ochrony zdrowia]”¹⁶.

W związku z powyższym koncepcja zintegrowanego zarządzania ryzykiem w ochronie zdrowia może być zrealizowana przez uzyskanie przez szpital certyfikatu ISO 31000:2009 Risk Management – Principles and Guidelines¹⁷, opracowa-

¹⁵ J. Monkiewicz, L. Gąsioriewicz (red.), 2010, *Zarządzanie ryzykiem w działalności organizacji*, C.H. Beck, Warszawa, s. 253.

¹⁶ *Zarządzanie ryzykiem. Informacje ogólne*, Ministerstwo Finansów, Departament Audytu Sektora Finansów Publicznych. Warszawa, wrzesień 2011, s. 6.

¹⁷ Zob. I. Gorzeń-Mitka, A. Korombel, 2011, *ERM zintegrowane zarządzanie ryzykiem. Wybrane problemy teorii i praktyki*, Politechnika Częstochowska, Częstochowa, s. 95 i następane; P. Tworek,

nego na podstawie standardu australijsko-nowozelandzkiego. W Polsce, jak dotąd, szpitale nie wdrażają tego typu rozwiązań i nie starają się o posiadanie certyfikatu ISO 31000. W naszym kraju zarządzanie ryzykiem w ochronie zdrowia nie odbywa się w sposób sformalizowany i systemowy. W tym względzie przeważa tradycyjne podejście stosowane przez menedżerów w podmiotach ochrony zdrowia, tzn. ryzyko pojmowane jest jako kategoria medyczna, a zarządzanie ryzykiem ogranicza się wyłącznie do niektórych procedur związanych z nagłymi zdarzeniami, takimi jak katastrofy (naturalne, komunikacyjne, przemysłowe) czy pojawienie się ogniska chorób zakaźnych. W stosunku do takich krajów, jak np. Stany Zjednoczone czy Wielka Brytania, zarządzanie ryzykiem w ochronie zdrowia nie odbywa się na zasadach i zgodnie z ogólną sztuką *risk management*. Nie wykorzystuje się też pełnej metodyki zarządzania ryzykiem, m.in. nie stosuje się w szpitalach list kontrolnych (*check lists*) w celu identyfikacji ryzyka, czy np. nie tworzy się macierzy ryzyka (*risk matrix*). W tym względzie warto jest więc skorzystać z doświadczeń amerykańskich i brytyjskich, a ściślej z rozwiązań proponowanych przez światowe standardy zarządzania ryzykiem, ze szczególnym uwzględnieniem brytyjskiego standardu FERMA. W szczególności zarządzanie ryzykiem w podmiocie leczniczym świadczącym usługi szpitalne w Polsce, tzn. ze względu na specyfikę funkcjonowania tych podmiotów, powinno być rozumiane jako proces składający się z trzech zasadniczych faz, a mianowicie:

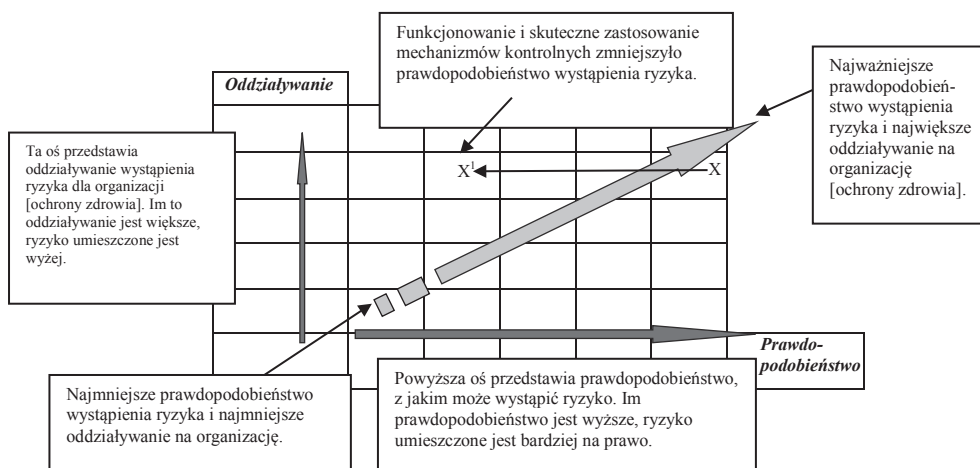
- identyfikacji ryzyka, czyli fazy wstępnej procesu zarządzania ryzykiem, gdzie dochodzi do rozpoznawania czynników wywołujących ryzyko w szpitalu oraz konkretnych jego subkategorii;
- analizy ryzyka jako tej fazy, w której dokonuje się zarówno ilościowej analizy, jak i oceny ryzyka pod kątem jakościowym [w szpitalu], gdzie w przeciwieństwie do podejścia ilościowego ocena ryzyka pod względem jakościowym dokonywana jest głównie przy użyciu metody opisu. W podejściu ilościowym wykorzystuje się konkretne metody ilościowe, w tym symulacje ryzyka;
- reakcji na ryzyko, co w praktyce sprowadza się najczęściej do minimalizacji wpływu wcześniej wykrytych zagrożeń wraz z ustaleniem skutecznych sposobów przeciwdziałania ryzyku.

W Europie podobne podejście w zakresie zarządzania ryzykiem w organizacjach, ze szczególnym uwzględnieniem organizacji publicznych, stosuje się m.in. w Wielkiej Brytanii¹⁸.

2013, *Reakcja na ryzyko w działalności przedsiębiorstwa budowlano-montażowego*, Difin, Warszawa, s. 18; W.K. Knight, 2010, *ISO 31000:2009. New Risk Management Standard*, The Materials from a Workshop held at the 4th International Conference of Risk Management Association of POLRISK, Warszawa, s. 1 i następne.

¹⁸ Zob. szerzej: *The Orange Book. Management of Risk – Principles and Concepts*, HM Treasury UK, Norwich 2004, s. 13 i następne. Zob. również: G. Sarens, Ch. de Visscher, D. van Gils, 2010, *Risk management and internal control in the public sector: an in-depth analysis of Belgian Social Security Public Institutions*, Federale Overheidsdienst Financiën – België, 70e jaargang, nr. 3, 3e kwartaal,

Ilustrację graficzną dla całości dotychczasowych rozważań stanowi rys. 3 i tab. 1.



Rys. 3. Ryzyko jako iloczyn prawdopodobieństwa i skutków jego wystąpienia (oddziaływania): przykład ryzyka w zakresie ochrony zdrowia w szpitalu

Źródło: Zarządzanie ryzykiem w sektorze publicznym. Podręcznik wdrożenia systemu zarządzania ryzykiem w administracji publicznej w Polsce, Ministerstwo Finansów Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2004, s. 31.

Tabela 1. Mechanizm ryzyka (źródło – zdarzenie – skutek): przykład analizy ryzyka w zakresie ochrony zdrowia w szpitalu

Ryzyko	Analiza: przyczyna i skutek ryzyka	Analiza: funkcjonujące mechanizmy kontrolne ryzyka	Analiza: Relacja pomiędzy oddziaływaniem, prawdopodobieństwem oraz mechanizmami kontrolnymi
1	2	3	4
Ryzyko odniesienia obrażeń przez pracownika	Przyczyna: <ul style="list-style-type: none"> • brak szkolenia z zakresu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa osób; 	<ul style="list-style-type: none"> • kompleksowy program szkoleniowy; • ocena każdej kluczowej czynności pod kątem ochrony zdrowia i bezpieczeństwa osób; 	Wstępna analiza ryzyka sugeruje umieszczenie ryzyka w górnym, prawym rogu wykresu, ze względu na wysokie prawdopodobieństwo wypadku,

s. 78; D. Mathiasen, *International Public Management*, [in:] E. Ferlie, E.L. Lynn, Ch. Pollitt (eds.), 2005, *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford University Press, Oxford, s. 644 i następne; N. Carmen, R.C. Dobrea, 2006, *Adapting Risk Management Principles to the Public Sector Reforms*, *Administrație și Management Public*, nr 6, s. 126 i następne; L. Brown, P.S. Osborne, 2013, *Risk and Innovation: towards a framework for risk governance in public services*, *Public Management Review*, vol. 15, no. 2, s. 187 i następne; *Risk Management Handbook...*, s. 2 i następne. Zob. również: K.W. Viscusi, 2004, *op. cit.*, s. 1913 i następne; C.I. Spinki, 2012, *op. cit.*, s. 101 i następne.

1	2	3	4
	<ul style="list-style-type: none"> niebezpieczny sprzęt. <p>Skutek:</p> <ul style="list-style-type: none"> roszczenie związane z zaniedbaniem; zakłócenia w świadczeniu usługi (w wyniku nieobecności pracownika); uszczerbek na reputacji 	<ul style="list-style-type: none"> zapewnienie w budżecie większych środków na ochronę zdrowia i bezpieczeństwo osób; program kontroli i serwisowania sprzętu; budżet na serwis; program wymiany sprzętu; proces raportowania zdarzeń z zakresu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa osób oraz obecność osoby odpowiedzialnej za ochronę zdrowia i bezpieczeństwo osób w każdym dziale. 	<p>biorąc pod uwagę liczbę pracowników uczestniczących w wykonywanej działalności lub charakter działalności, który może prowadzić do wypadku.</p> <p>Jednakże funkcjonowanie mechanizmów kontroli ryzyka zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia obrażeń lub śmierci w wyniku wypadku. Dlatego też ryzyko przesuwana się z prawej do lewej na osi prawdopodobieństwa</p>
<p>Brak kontynuacji lub ponownego rozpoczęcia działalności, tym samym brak świadczenia usług</p>	<p>Przyczyna:</p> <p>Brak kompleksowego planowania ciągłości działalności, planowania na wypadek nieprzewidzianych okoliczności lub planowania działań następczych.</p> <p>Skutek:</p> <ul style="list-style-type: none"> utrata zaufania ze strony usługobiorców oraz inwestorów; nadszarpnięcie reputacji; pogorszenie wyników; wysokie niekorzystna eskalacja kosztów. 	<p>Brak funkcjonujących mechanizmów kontrolnych ryzyka.</p>	<p>Prawdopodobieństwo wystąpienia poważnego zdarzenia może być bardzo niskie. Jednakże w razie jego wystąpienia organizacja nie zlikwiduje jego skutków. Tym samym ryzyko może znajdować się w górnej, lewej części powyższego wykresu (tj. duże oddziaływanie i niskie prawdopodobieństwo).</p> <p>Możliwe zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka, jeśli charakter zdarzenia ulegnie zmianie, tj. masowe zachorowanie (np. pandemia grypy) może mieć wpływ na wszystkich lub część pracowników organizacji lub dostawców. Dlatego też oddziaływanie ryzyka na organizację może pozostać na takim samym poziomie przy zwiększeniu prawdopodobieństwa, a ryzyko przejdzie z lewej na prawą stronę zakresu czasowego. W każdym wypadku należy utworzyć odpowiednie plany ciągłości działalności itd.</p>

Źródło: Zarządzanie ryzykiem w sektorze publicznym. Podręcznik wdrożenia systemu zarządzania ryzykiem w administracji publicznej w Polsce, Ministerstwo Finansów Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2004, s. 31, s. 32-32.

Zarówno rys. 3, jak i tab. 1 w sposób jedynie uproszczony przedstawiają zarządzanie ryzykiem w zakresie ochrony zdrowia w szpitalu. Jednakże sam profil rys. 3 i treści zawarte w tab. 1 należy ocenić poprawnie pod kątem merytorycznym, ponieważ jednym z głównych celów zarządzania ryzykiem jest zwiększenie efektywności funkcjonowania organizacji w ogóle oraz „(...) zwrócenie uwagi na czynniki ryzyka zagrażające realizacji zadań oraz dostosowanie procedur kontrolnych do zidentyfikowanych zagrożeń”¹⁹. Zwiększenie efektywności organizacji ochrony zdrowia można osiągnąć więc przez wdrożenie w szpitalu systemu zarządzania ryzykiem, przy czym należy pamiętać, że w sposób różny należy zarządzać ryzykiem w zależności od wielkości, specyfiki i specjalizacji szpitala²⁰. Dodatkowo, zarządzając ryzykiem w szpitalach, zawsze należy pamiętać o wieloaspektowości tej płaszczyzny zarządzania, co oznacza że zarządzać ryzykiem nie należy tylko w odniesieniu do działalności operacyjnej szpitala jako działalności podstawowej, ale również w odniesieniu do działalności inwestycyjnej, a przede wszystkim finansowej. Resumując, należy tutaj stwierdzić, że, zarządzanie ryzykiem „(...) powinno być procesem ciągłym i stale udoskonalanym, który obejmuje zarówno strategię organizacji, jak i procedury wdrażania tej strategii. (...) Powinno też w sposób metodyczny rozwiązywać wszelkie kwestie związane z zagrożeniami dla działalności [szpitala], jakie miały miejsce w przeszłości, występują obecnie i – w największym stopniu – mogą wystąpić w przyszłości. (...) Zarządzanie ryzykiem musi się stać – w wyniku określonej polityki ściślego kierownictwa – integralnym elementem kultury organizacyjnej (czyli stylu działania organizacji). (...) Ponadto wprowadzenie zarządzania ryzykiem wiąże się z określeniem odpowiedzialności za wyniki, oceną osiągnięć i właściwego wynagradzania za nie, a tym samym promowaniem efektywności działania na wszystkich szczeblach organizacji”²¹. W szczególności „(...) zarządzanie ryzykiem chroni i zwiększa wartość [podmiotu leczniczego świadczącego usługi szpitalne], gdyż przyczynia się do realizacji celów organizacji poprzez:

- zapewnienie ram systemowych, dzięki którym dalsza działalność podmiotu będzie prowadzona w sposób spójny i kontrolowany,
- usprawnienie procesu podejmowania decyzji, planowania i określania priorytetów dzięki uzyskaniu kompleksowej wiedzy na temat działalności podmiotu, stopnia niepewności oraz szans i zagrożeń,
- przyczynienie się do efektywniejszego wykorzystania (alokacji) kapitału i zasobów, jakimi dysponuje podmiot,
- zmniejszenie niepewności w innych niż kluczowe obszarach działalności,
- ochronę i budowanie majątku i wizerunku podmiotu,

¹⁹ K.M. Klimczak, M.A. Pikos, 2010, *Percepcja ryzyka a kontrola zarządcza w sektorze publicznym*, *Przegląd Organizacji*, nr 12, s. 27.

²⁰ Zob. szerzej: J. Vissers, R. Beech, 2005, *Health Operations Management. Patient Flow Logistics in Health Care*, Routledge, Taylor & Francis Group, London – New York, s. 39 i następane.

²¹ Zob. *Zarządzanie ryzykiem...*, *op. cit.*, s. 43.

- pomoc w rozwijaniu potencjału ludzkiego oraz bazy wiedzy podmiotu,
- poprawę efektywności działania [szpitala]²².

3. Miejsce i rola menedżera ryzyka w (komercyjnych) podmiotach leczniczych świadczących usługi szpitalne w Polsce

J.C. Hull podaje, że zarządzanie ryzykiem w dużych korporacjach jest obecnie kluczowym elementem ich działalności²³. Zatem w praktyce komercyjnych podmiotów leczniczych świadczących usługi szpitalne trzeba zarządzanie ryzykiem rozpatrywać w ujęciu zarówno funkcyjnym, jak i funkcjonalnym. Należy więc w podmiotach tego typu w Polsce powołać samodzielną funkcję kierowniczą, tj. menedżera ryzyka na wzór szpitali brytyjskich, w których istnieją komórki organizacyjne zarządzania ryzykiem. Mimo że w Polsce funkcja menedżera ryzyka w ochronie zdrowia nie jest praktycznie znana, to w środowisku praktyków coraz częściej postuluje się wprowadzenie tego typu funkcji kierowniczej w największych polskich szpitalach. Postuluje się również, aby w polskich szpitalach wdrożyć zintegrowany system zarządzania ryzykiem, co umożliwi w sposób właściwy zidentyfikowanie ryzyka, a przede wszystkim odpowiednie zareagowanie na grożące niebezpieczeństwo (potencjalne zagrożenia). Dzięki zastosowaniu takich rozwiązań menedżerowie ochrony zdrowia byłoby w stanie w sposób bardziej skuteczny zarządzać nie tylko ryzykiem, ale również całym szpitalem. Powołanie funkcji menedżera ryzyka wiązałoby się z pełną integracją funkcji zarządczej podmiotem leczniczym, a menedżerowie ryzyka skupialiby wtedy swoją uwagę na tych obszarach funkcjonowania szpitala, które do tej pory nadzorowali kierownicy innych działów organizacyjnych. Obecnie w największych polskich szpitalach różni menedżerowie z różnych działów zarządzają ryzykiem w różnym zakresie, często w sposób jedynie pośredni. Należy przy tym podkreślić, że ze względu na swoją specyfikę oraz profil ryzyka w ochronie zdrowia w polskich szpitalach przeważa tradycyjne podejście pod tym względem, tzn. funkcje w zakresie zarządzania ryzykiem pełnią zwykle dyrektorzy ds. lecznictwa lub też przejmują ci dyrektorzy podmiotów leczniczych, którzy są najbardziej doświadczeni w zarządzaniu podmiotami ochrony zdrowia oraz najlepiej orientują się w procedurach medycznych i procesach leczniczych przebiegających w szpitalach²⁴. Obecny brak integracji w tym zakresie przejawia się tym, że w szpitalach wiele działów i komórek w sposób niezależny od siebie i oddzielny zarządza poszczególnymi rodzajami ryzyka, które często nie do końca zostają zidentyfikowane, a często nawet nie są znane. Dlatego główną rolą menedżera ryzyka powinno być wspomaganie

²² AIRMIC/ALARM/IRM, 2004, *A Risk Management Standard*, London, s. 4.

²³ C.J. Hull, 2007, *Risk Management and Financial Institutions*, Pearson Education, Inc., New York, s. 1.

²⁴ Zob. szerzej; F.C. Dye, 2000, *Leadership in Healthcare. Values at the Top*, Health Administration Press, Chicago, s. 3 i następn.

procesu zarządzania podmiotem leczniczym, tak aby podnieść efektywność i ograniczyć straty powstałe wskutek występowania różnego rodzaju ryzyka.

W literaturze przedmiotu rola i funkcja, jaką powinni odgrywać menedżerowie ryzyka w podmiotach sektora zarówno komercyjnego, jak i publicznego, została określona²⁵. Menedżerowie ryzyka funkcjonują w specjalnie powołanych do tego działach organizacyjnych wyodrębnionych w ramach struktur personalno-organizacyjnych organizacji, które można by traktować w kategoriach departamentów ryzyka lub też samodzielnych komórek zarządzania ryzykiem²⁶. Ilustrację w tym zakresie stanowi tab. 2.

Mimo że w tab. 2 przedstawiono najważniejsze rodzaje ryzyka, jakimi zarządzają menedżerowie ryzyka w przedsiębiorstwach komercyjnych w Polsce, wiele ze wskazanych rodzajów ryzyka można w sposób bezpośredni odnieść do działalności szpitali komercyjnych. W szczególności dotyczy to kategorii ryzyka związanego z utratą utalentowanych i najlepszych lekarzy specjalistów oraz samej kategorii ryzyka operacyjnego związanego ze świadczeniem usług medycznych przez szpital. Jakikolwiek trudności w tym zakresie mogą spowodować spadek reputacji szpitala i dalsze różnego rodzaju konsekwencje dla szpitala, np. brak możliwości uzyskania kontraktu na realizację świadczeń z NFZ. Dlatego w praktycznym zarządzaniu ryzykiem menedżer ryzyka musi równocześnie uwzględniać wiele różnych rodzajów ryzyka oraz czynników je wywołujących, i to w ujęciu zarówno makro, jak i mikro. W szczególności odpowiedzialność menedżera ryzyka wymaga od niego ścisłej współpracy z osobami zajmującymi kluczowe [pozycje w grupie zarządzających szpitalem]²⁷, bowiem „(...) wzajemna współpraca między zarządzającym ryzykiem a osobami zarządzającymi innymi obszarami funkcjonowania [szpitala] pozwoli na, po pierwsze, określenie niebezpieczeństw i newralgicznych obszarów w działalności [podmiotu leczniczego], co ma szczególne znaczenie w przypadku wprowadzenia, np. [nowych sposobów leczenia pacjentów], nowych strategii marketingowych [szpitala], zmian polityki zatrudnienia [personelu medycznego], oczekiwanych zmian w otoczeniu szpitala itp.), po drugie, ocenę wpływu lub znaczenia różnych możliwości opanowania ryzyka związanego z istnieniem tych niebezpiecznych i newralgicznych obszarów, po trzecie, uszeregowanie niebezpiecznych i newralgicznych obszarów funkcjonowania [podmiotu leczniczego] w zależności od kryteriów:

- czasu potrzebnego na przywrócenie działania lub odtworzenie stanu sprzed ewentualnego wypadku powodującego szkodę lub zaburzenie normalnego funkcjonowania [szpitala];

²⁵ Zob. np. PMI Project Management Institute, 2009, *Practice Standard for Project Risk Management. Global Standard*, Newtown Square, s. 12; P. Tworek, 2012, *Risk managers in the largest construction and assembly companies in Poland – survey research*, [in:] M. Čulík (ed.) *Managing and Modeling of Financial Risks (PART II)*, VŠB – Technická Univerzita Ostrava, Ostrava, s. 634 i następne.

²⁶ P. Tworek, 2010, *op. cit.*, s. 112.

²⁷ Zob. P. Buła, 1994, *Polityka ryzyka w przedsiębiorstwie*, Przegląd Organizacji, nr 7, s. 32.

Tabela 2. Profesjonalna postawa menedżerów ryzyka w procesie zarządzania ryzykiem w działalności przedsiębiorstw komercyjnych

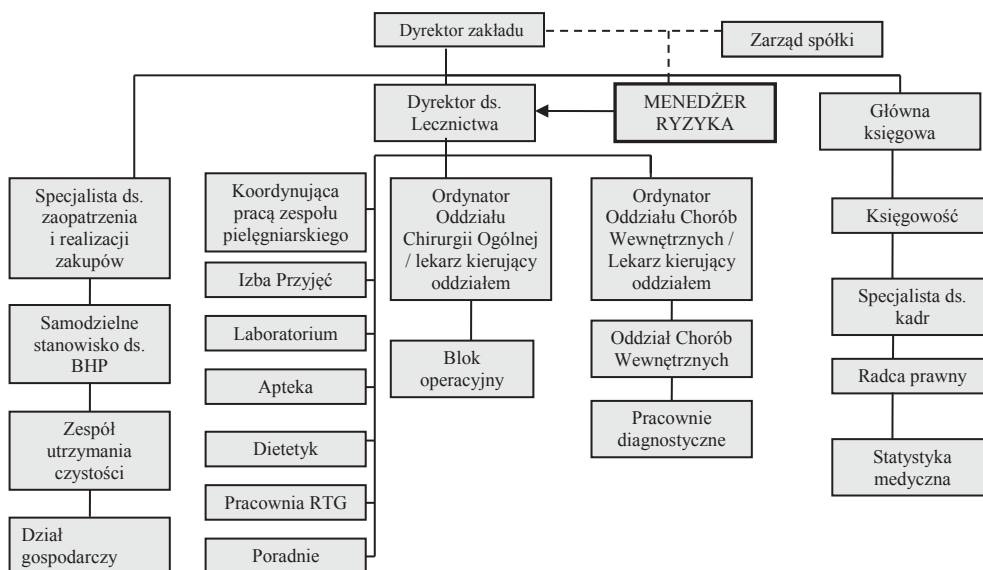
Rodzaje ryzyka	Oczekiwane efekty
Ryzyko polityczne	- lokowanie eksportu w kraju, w którym dokona się niekorzystna zmiana władzy politycznej + lokowanie eksportu w krajach przyjaznych
Ryzyko rynkowe	- negatywny spadek cen produktów o 30% + nagły wzrost cen produktów o 20%
Ryzyko utraty reputacji	- negatywna kampania internautów + wysoki poziom akceptacji projektów z obszarów CSR i modelu biznesowego
Ryzyko utraty płynności	- wzrost kosztów uzyskania kredytów kupieckich o 100% + skrócenie cyklu obrotu zapasami o 30%
Ryzyko kursowe	- spadek cen eksportowanych produktów + wzrost cen eksportowanych produktów
Ryzyko operacyjne	- utrata bazy danych kluczowych klientów + wzrost zaufania klientów
Ryzyko utraty utalentowanych specjalistów	- ucieczka najlepszych specjalistów + pozyskanie najlepszych specjalistów
Ryzyko inwestycyjne	- przekroczenie budżetu o 20% + skrócenie czasu realizacji inwestycji o sześć miesięcy
Ryzyko regulacyjne	- zwiększenie kosztów obciążeń administracyjnych z tytułu nowych regulacji o 2 mln złotych rocznie + obniżenie kosztów dostosowania do nowych wymogów środowiskowych o 5 mln złotych
Ryzyko energetyczne	- niesolidne dostawy energii + pewność i stabilność dostaw
Ryzyko defraudacji majątku	- przeszacowanie wartości zapasów + uzyskanie efektów wskutek przeprowadzenia szkoleń na temat tego, jakie działania w przedsiębiorstwie są niedozwolone

Źródło: S. Kasiewicz (red.), 2011, *Zarządzanie zintegrowanym ryzykiem przedsiębiorstwa w Polsce*, Oficyna Ekonomiczna Wolters Kluwer, Warszawa, s. 156.

- konsekwencji finansowych tego wypadku (konsekwencje bezpośrednie: koszty naprawy lub odtworzenia utraconych składników majątkowych, [w tym sprzętu medycznego], czas wyłączenia; konsekwencje pośrednie: starty niematerialne, koszty dodatkowe, utrata [pacjentów], utrata [reputacji szpitala], utrata zysku, czas potrzebny na poszukiwanie lub odtworzenie danych itp.)²⁸.

²⁸ Zob. R. Kurek, 2002, *Zadania i miejsce risk managera w procesie zarządzania ryzykiem przedsiębiorstwa*, [w:] D. Zarzecki (red.), *Zarządzanie finansami. Klasyczne metody – nowoczesne narzędzia*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin, s. 115.

W Stanach Zjednoczonych szpitale często zatrudniają też zewnętrznych menedżerów ryzyka, którzy nie są ujęci w strukturze organizacyjnej podmiotu i pełnią jedynie funkcję ekspertów uczestniczących jako doradcy w procesie decyzyjnym. Powoduje to określone korzyści w postaci obiektywnego oglądu na funkcjonowanie szpitala oraz ryzyko, które tam występuje, a przede wszystkim nie powoduje to konieczności stałego zatrudnienia takiego pracownika. Propozycję aplikacji tych rozwiązań na płaszczyznę funkcjonowania szpitali w Polsce na przykładzie Szpitala Polskiego im. św. Elżbiety w Katowicach przedstawia rys. 4.



Rys. 4. Menedżer ryzyka w strukturze personalno-organizacyjnej szpitala komercyjnego w Polsce

Źródło: opracowano na podstawie: *Regulamin Organizacyjny podmiotu leczniczego Szpitala Polskie Spółka Akcyjna*, s. 145.

Z rysunku 4 wynika, że menedżer ryzyka powinien bezpośrednio podlegać dyrektorowi ds. lecznictwa, ponieważ dyrektorzy ci są najbardziej doświadczeni w procedurach medycznych i procesach leczniczych przebiegających w szpitalach. Zgodnie z koncepcją z rys. 1 w przypadku komercyjnych szpitali postuluje się, aby taki menedżer również podlegał zarządowi spółki medycznej oraz dyrektorowi zarządzającemu szpitalem. W szczególności zadania, jakie powinni wypełniać menedżerowie ryzyka w podmiotach leczniczych tego typu, powinny dotyczyć²⁹:

²⁹ L. Edwards, 1995, *Practical Risk Management in the Construction Industry*, Thomas Telford, London, s. 41.

- pomocy w opracowywaniu bieżących sprawozdań dotyczących polityki zarządzania ryzykiem w celu ich przedyskutowania na poziomie zarządu,
- pomocy w zawieraniu porozumień co do strategii finansowania ryzyka w organizacji,
- uczestnictwa w bieżących oraz okresowych przeglądach, jeśli chodzi o procedury związane z zarządzaniem ryzykiem, zasobami ludzkimi oraz finansowaniem strat wewnątrz organizacji,
- identyfikacji – w razie potrzeby – tych spraw najwyższej wagi, które dotyczą obszarów związanych z komunikacją, w aspekcie zarządzania ryzykiem,
- porad i pomocy menedżerom wyższego szczebla co do sposobów systematycznego i regularnego identyfikowania, kwantyfikowania, kontroli i priorytetowania ryzyka,
- uczestnictwa w pracach z zakresu identyfikacji, archiwizowania, kwantyfikacji i raportowania ryzyka technicznego oraz tendencji powstawania strat w powiązaniu z obszarami działalności organizacji,
- uczestnictwa w pracach z zakresu identyfikacji i raportowania ryzyka gospodarczego, ekonomicznego, politycznego, prawnego, statutowego oraz innych rodzajów ryzyka mających związek z krajami, z którymi organizacja współdziała,
- propozycji rozwiązań w zakresie optymalnej alokacji zasobów w celu eliminacji, ograniczania czy innych sposobów kontroli ryzyka związanego z powstawaniem strat,
- koordynacji programu finansowania ryzyka w obszarze ubezpieczeń [medycznych],
- porad i pomocy co do ewentualnych planów mających związek z tymi obszarami, w których dochodzi do największych strat,
- edukacji i szkolenia [personelu medycznego] w materii ryzyka,
- opracowywania raportów poświęconych ryzyku,
- zapewnienia (kiedy to niezbędne) pomocy z zewnątrz w kwestii ryzyka,
- współpracy z osobami ze wszystkich ryzykogenicznych obszarów działalności organizacji, łącznie z przedstawicielami organizacji pracowniczych³⁰.

Są to podstawowe zadania, jakie zwykle wypełniają menedżerowie ryzyka w podmiotach tego typu w Stanach Zjednoczonych, ale najważniejszym z nich jest wspomaganie procesu zarządzania podmiotem leczniczym. Dodatkowo z ww. funkcji wynika relatywnie duży zakres uprawnień menedżerów ryzyka, a co się z tym wiąże i zakres ich odpowiedzialności³¹. „(...) Niezależnie jednak od zadań, zakresu kompetencji i poziomu współpracy menedżera ryzyka – z praktycznego punktu widzenia – najważniejszą kwestię stanowi tutaj umiejętność odpowiedniego zastosowania metodyki zarządzania ryzykiem [w szpitalu]. (...) Ważne jest zatem znalezienie wspólnego mianownika, tak aby ryzyko w sposób umiemy zidentyfikować,

³⁰ *Ibidem*, s. 41.

³¹ P. Tworek, 2010, *Ryzyko wykonawców...*, s. 115.

skwantyfikować, a następnie na nie w sposób właściwy zareagować³². W przypadku szpitala komercyjnego, jakim jest Szpital Polski im. św. Elżbiety w Katowicach, „(...) postuluje się tutaj, aby ten wspólny mianownik stanowiły przepływy pieniężne generowane w [podmiocie leczniczym] (*cash flow*)”³³. Pozwoli to zastosować odpowiednią metodykę w tym względzie, a zwłaszcza metodę CFaR (*Cash Flow at Risk*), czyli w szpitalu są to przepływy pieniężne ‘zagrożone’³⁴.

W praktycznym zarządzaniu ryzykiem bardzo istotny jest też sam stosunek właścicieli szpitala do ryzyka. Ma to bezpośredni związek z postawami awersji do ryzyka bądź jego akceptacji³⁵. Wielu właścicieli bowiem godzi się na ryzyko, zakładając z góry, że zjawisko to stanowi nieodłączny element działalności każdego szpitala³⁶. W związku z tym wszelkie koszty z tym związane po prostu wkalkulowane są w bieżącą działalność szpitala³⁷. Jest w tym trochę prawdy, ponieważ wiele z rodzajów ryzyka w ochronie zdrowia pozostaje poza całkowitą kontrolą menedżera szpitala, a co się z tym wiąże – nie jest on w stanie skutecznie zredukować prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka³⁸. Jednak taka postawa w stosunku do ryzyka skutkuje brakiem jakichkolwiek bardziej profesjonalnych działań aniżeli tylko ubezpieczenie działalności medycznej³⁹. Dodać należy, że w ochronie zdrowia w Polsce zarządzanie ryzykiem sprowadza się często wyłącznie do ubezpieczenia działalności szpitala od wszelkich negatywnych zdarzeń. Wtedy funkcję zarządzania ryzykiem pełnią w podmiotach leczniczych osoby odpowiedzialne za ubezpieczenia. Jednak w praktyce samo ubezpieczenie nie wystarcza. Podejście takie wynikać może, z jednej strony, z wciąż niskiej kultury zarządzania w ochronie zdrowia w Polsce, z drugiej zaś – z przeważającego obecnie tradycyjnego zapatrywania większości polskich menedżerów na problem zarządzania ryzykiem w ochronie zdrowia.

4. Podsumowanie

Sformułowana w artykule idea zarządzania ryzykiem w podmiocie leczniczym świadczącym usługi szpitalne odnosi się do największych tego typu podmiotów działających w Polsce. Uzasadniać może to mnogość i złożoność procesów, jakie w nich zachodzą, w przeciwieństwie do innych mniejszych podmiotów leczniczych świadczących usługi medyczne. Ponadto tak naprawdę jedynie duże szpitale stać na

³² P. Tworek, 2014, *Zintegrowane zarządzanie ryzykiem jako funkcja wspomagająca kierowanie przedsiębiorstwem*, Marketing i Rynek, nr 5, s. 644.

³³ *Ibidem*, s. 644.

³⁴ Zob. Tworek P., 2013, *Reakcja na ryzyko...*, s. 193.

³⁵ *Ibidem*, s. 193.

³⁶ Zob. *Ibidem*, s. 193.

³⁷ Zob. *Ibidem*, s. 193.

³⁸ Zob. D. Berkeley, C.P. Humphreys, D.R. Thomas, 2001, *Project risk action management*, Construction Management and Economics, vol. 9, no. 1, s. 5.

³⁹ Zob. P. Tworek, 2013, *Reakcja na ryzyko...*, s. 193.

wdrożenie zintegrowanego systemu zarządzania ryzykiem oraz na wynagrodzenie dla menedżerów ryzyka. W szczególności odnosi się to do podmiotów komercyjnych, takich jak przywołany w treści artykułu przykład spółki Szpitale Polskie SA, a których zasadniczym celem działalności jest maksymalizacja wartości podmiotu. Równocześnie nie jest też wykluczone, by ryzykiem zarządzać w dużych w szpitalach publicznych czy klinikach ze względu na charakter skutków ryzyka w ochronie zdrowia. Rozważania zawarte w artykule najogólniej skłaniają do dwóch zasadniczych konkluzji. Po pierwsze, nowoczesna koncepcja zarządzania ryzykiem we współczesnym dużym podmiocie leczniczym świadczącym usługi szpitalne w Polsce powinna oznaczać zarządzanie ryzykiem we wszystkich płaszczyznach funkcjonowania szpitala przy zastosowaniu w sposób komplementarny pełnego warsztatu metodycznego w tym względzie, co powinno odbywać się w sposób ciągły i niezawodny, a także powinno być procesem, który wspomaga całościowe zarządzanie nie tylko całym szpitalem, ale również dotyczyć powinno innych podmiotów ochrony zdrowia (konkurencji), ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań ekonomicznych i systemowych (prawnych)⁴⁰. Po drugie, w podmiocie leczniczym świadczącym usługi szpitalne określone jest, kto dokładnie zarządza ryzykiem i jest za ryzyko odpowiedzialny, a więc jest to menedżer ryzyka, którego zasadniczą rolą jest wspomaganie procesu zarządzania szpitalem, gdzie jego zadania mogą być określane na tle podmiotowej funkcji zarządzania ryzykiem, a ściślej sprowadzają się do fachowej interpretacji zależności gospodarczych, pojawiających się zarówno w otoczeniu, jak i wewnątrz [szpitala], a także polegają na ocenie informacji o potencjalnym ryzyku, możliwych sposobach zmniejszania jego skutków niekorzystnych dla [szpitala] oraz wskazaniu korzyści płynących z podejmowania działań ryzykownych⁴¹. W szczególności jedną z głównych jego ról jest przede wszystkim dostarczanie strategicznego i obiektywnego poglądu na temat rodzajów ryzyka związanego z kontraktami realizowanymi i podpisanymi z NFZ⁴². Obecnie „(...) stworzenie tego typu funkcji kierowniczej w strukturze organizacyjno-prawnej dużych [podmiotów leczniczych] jest wymogiem koniecznym ze względu na wpływ ryzyka na sytuację ekonomiczną wielu szpitali w Polsce (kwestia odszkodowań), jak również ze względu na rozwiązania, jakie obecnie stosuje się w tym względzie w [podmiotach leczniczych] na świecie. (...) Zwłaszcza odnosi się to do kwestii implementacji międzynarodowych standardów zarządzania ryzykiem do praktycznej działalności [komercyjnych podmiotów leczniczych świadczących usługi szpitalne] w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem rozwiązań w opracowaniu nowego standardu zarządzania ryzykiem ISO 31000:2009⁷⁴³. Reasumując, należy stwierdzić, że zarządzać ryzykiem

⁴⁰ Zob. *Ibidem*, s. 205.

⁴¹ Zob. J. Bizon-Górecka, 2001, *Inżynieria niezawodności i ryzyka w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz, s. 139.

⁴² Zob. C. Boothroyd, J. Emmett, 1996, *Risk Management*, Witherby & Co. Ltd., London, s. 15.

⁴³ P. Tworek, 2014, *Zintegrowane zarządzanie...*, s. 647.

w podmiocie leczniczym powinny osoby, które najlepiej są do tego predysponowane, a więc menedżerowie ryzyka⁴⁴.

Literatura

- AIRMIC/ALARM/IRM, 2004, *A Risk Management Standard*, London.
- Berkeley D., Humphreys C.P., Thomas D.R., 2001, *Project risk action management*, Construction Management and Economics, vol. 9, no. 1.
- Bizon-Górecka J., 2001, *Inżynieria niezawodności i ryzyka w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz.
- Boothroyd C., Emmett J., 1996, *Risk Management*, Witherby & Co. Ltd., London.
- Brown L., Osborne P.S., 2013, *Risk and Innovation: towards a framework for risk governance in public services*, Public Management Review, vol. 15, no. 2.
- Buła P., 1994, *Polityka ryzyka w przedsiębiorstwie*, Przegląd Organizacji, nr 7.
- Carmen N., Dobra R.C., 2006, *Adapting Risk Management Principles to the Public Sector Reforms*, Administratie și Management Public, nr 6.
- Carroll R. (ed.), 2009, *Risk Management Handbook for Health Care Organizations*, John Wiley & Sons Inc., Hoboken.
- Dinsmore C.P., Cabanis-Brewin J., 2006, *AMA Handbook of Project Management*, Second Edition, American Management Association AMA, New York.
- Domański J., 2014, *Zarządzanie ryzykiem w organizacjach non profit*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Dye F.C., 2000, *Leadership in Healthcare. Values at the Top*, Health Administration Press, Chicago.
- Edwards L., 1995, *Practical risk management in the construction industry*, Thomas Telford, London.
- Fone M., Young C.P., 2007, *Managing Risks in Public Organizations*, Palgrave Macmillan Inc., New York.
- Getzen E.T., 2000, *Ekonomia zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa.
- Goździł-Mitka I., Korombel A., 2011, *ERM zintegrowane zarządzanie ryzykiem. Wybrane problemy teorii i praktyki*, Politechnika Częstochowska, Częstochowa.
- Hood J., Mills A., Stein W., 2003, *Development in UK public sector risk management: the implications for PPP/PFI projects*, [in:] Akintoye A., Beck M., Hardcastle C. (eds.), *Public-Private Partnership. Managing risks and opportunities*, Blackwell Science Ltd., Oxford.
- http://www.gu.com.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=34840&catid=122 (07.12. 2014).
- Hull C.J., 2007, *Risk Management and Financial Institutions*, Pearson Education, Inc., New York.
- Kallman J., 2005, *What is risk?* Risk Management, vol. 52, no. 10.
- Karmańska A. (red.), 2008, *Ryzyko w rachunkowości*, Difin, Warszawa.
- Kasiewicz S. (red.), 2011, *Zarządzanie zintegrowanym ryzykiem przedsiębiorstwa w Polsce*, Oficyna Ekonomiczna Wolters Kluwer, Warszawa.
- Klimeczak K.M., Pikos M.A., 2010, *Percepcja ryzyka a kontrola zarządcza w sektorze publicznym*, Przegląd Organizacji, nr 12.
- Knight H.F., 1921, *Risk, Uncertainty and Profit*, University of Boston Press, Boston.
- Knight W.K., 2010, *ISO 31000:2009. New risk management standard*, The materials from a workshop held at the 4th International Conference of Risk Management Association of POLRISK, Warszawa (materiały niepublikowane).
- Kolluru V.R., Bartell M.S., Pitblado M.R., Stricoff S.R., 1996, *Risk assessment and management handbook. For Environmental, Health and Safety Professionals*, McGraw-Hill, Inc., New York.

⁴⁴ Zob. P. Buła, *op. cit.*, s. 32.

- Kurek R., 2002, *Zadania i miejsce risk managera w procesie zarządzania ryzykiem przedsiębiorstwa*, [w:] Zarzecki D. (red.), *Zarządzanie finansami. Klasyczne metody – nowoczesne narzędzia*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin.
- Mathiasen D., *International Public Management*, [in:] Ferlie E., Lynn E.L., Ch. Pollitt Ch. (eds.), 2005, *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford University Press, Oxford.
- Mitchell W.V., 2003, *Consumer perceived risk: conceptualisations and models*, *European Journal of Marketing*, vol. 33, no. 1/2.
- Monkiewicz J., Gąsioriewicz L., 2010, *Zarządzanie ryzykiem w działalności organizacji*, C.H. Beck, Warszawa.
- Pestieau P., Tulkens H., 2006, *Assessing and Explaining the Performance of Public Enterprises: Some Recent Evidence from the Productive Efficiency Viewpoint*, [in:] Chander P., Drèze J., Lovell K.C., Mintz J. (eds.), *Public Goods, Environmental Externalities and Fiscal Competition, Selected Papers on Competition, Efficiency and Cooperation in Public Economics* by H. Tulkens, Springer Science+Business Media, LLC, New York.
- PMI Project Management Institute, 2009, *Practice Standard for Project Risk Management. Global Standard*, Newtown Square.
- Regulamin Organizacyjny podmiotu leczniczego Szpitala Polskie Spółka Akcyjna.*
- Sarens G., Visscher de Ch., Gils van D., 2010, *Risk management and internal control in the public sector: an in-depth analysis of Belgian Social Security Public Institutions*, *Federale Overheidsdienst Financiën – België*, 70e jaargang, nr. 3, 3e kwartaal.
- Spinki C.I., 2012, *Decision theory and risk management in public organizations: a literature review*, *Revista de Gestión Pública*, vol. I, no. 1.
- The Orange Book. Management of Risk – Principles and Concepts*, HM Treasury UK, Norwich 2004.
- Tworek P., 2010, *Ryzyko wykonawców przedsięwzięć inwestycyjnych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice.
- Tworek P., 2012, *Risk Managers in the Largest Construction and Assembly Companies in Poland – Survey Research*, [in:] Čulik M. (ed.), *Managing and Modeling of Financial Risks (PART II)*, VŠB – Technická Univerzita Ostrava, Ostrava.
- Tworek P., 2013, *Reakcja na ryzyko w działalności przedsiębiorstwa budowlano-montażowego*, Difin, Warszawa.
- Tworek P., 2014, *Zintegrowane zarządzanie ryzykiem jako funkcja wspomagająca kierowanie przedsiębiorstwem*, *Marketing i Rynek*, nr 5.
- Vaughan J.E., Vaughan T., 1999, *Fundamentals of Risk and Insurance*, John Wiley & Sons, Inc., New York.
- Viscusi K.W., 2004, *The Value of Risks to Life and Health*, [in:] Viscusi K.W., Gayer T. (eds.), *Classics in Risk Management. Volume I*, Edward Elgar Publishing Limited, Cheltenham.
- Vissers J., Beech R., 2005, *Health Operations Management. Patient Flow Logistics in Health Care*, Routledge, Taylor & Francis Group, London-New York.
- WHO, 2011, *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*, *Clean Care is Safer Care*.
- Willett H.A., 1951, *The Economic Theory of Risk and Insurance*, Philadelphia.
- Young C.P., Tippins C.S., 2001, *Managing Business Risk. An Organization-Wide Approach to Risk Management*, American Management Association AMACOM, New York.
- Zarządzanie ryzykiem w sektorze publicznym. Podręcznik wdrożenia systemu zarządzania ryzykiem w administracji publicznej w Polsce*, 2004, Ministerstwo Finansów Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa.
- Zarządzanie ryzykiem. Informacje ogólne*, 2011, Ministerstwo Finansów, Departament Audytu Sektora Finansów Publicznych, Warszawa, wrzesień.