

Ryszard Orlński

Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu

RYZIKO PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ ZAKŁADY OPIEKI ZDROWOTNEJ (WYBRANE OBSZARY RYZYKA)

1. Wstęp

Niepewność jest nieodłącznym elementem każdej działalności. Ryzyko w szczególnym stopniu dotyczy działalności gospodarczej, ponieważ większość związanych z nią decyzji podejmowana jest w warunkach niepewności. W ujęciu encyklopedycznym ryzyko traktowane jest jako „prawdopodobieństwo wystąpienia lub niewystąpienia określonych zdarzeń, poniesienia strat przez jednostkę gospodarującą w rezultacie podjęcia określonej decyzji ekonomicznej” [10, s. 259]. Istota ryzyka polega na tym, że skutkiem naszego działania może być sukces lub porażka, czyli zysk lub strata. Ryzyko charakteryzują więc dwie strony: negatywna i pozytywna. Pierwsza jest źródłem awersji, natomiast druga jest motywacją kreatywnego działania i bodźcem do zwiększania wysiłku [19, s. 88].

Sytuacja zakładów opieki zdrowotnej przedstawia się obecnie jako działanie w warunkach niepewności rynkowej. Zmiany uwarunkowań prawnych, zmiany na stanowisku ministra, a co za tym idzie – zmiany koncepcji zarządzania opieką zdrowotną powodują, że funkcjonowanie służby zdrowia jest obciążone dużym ryzykiem.

Celem artykułu jest przedstawienie wybranych obszarów ryzyka w działalności zakładów opieki zdrowotnej, co nie oznacza szacowania wielkości ryzyka. Kryteria klasyfikacyjne ryzyka występują w różnych publikacjach naukowych. Na potrzeby artykułu przyjęto typologię ryzyka zaproponowaną przez T. Kaczmarską [6].

Ryzyko zawsze towarzyszy działaniom (ryzyko związane z realizacją określonych zamierzeń) a także stanom (ryzyko związane z zachowaniem istniejącego stanu rzeczy, czyli niepodjęciem lub zaniechaniem określonych działań) [12, s. 15-16]. Ryzyko w tym rozumieniu polega więc na tym, że dzisiejsze decyzje polityczne, ekonomiczne, organizacyjne i medyczne mogą nie przynieść w przyszłości spodziewanych efektów.

W związku z tym ryzyko działalności medycznej ma niebagatelny wpływ na kondycję zakładów opieki zdrowotnej, a przez to i stan służby zdrowia w Polsce.

2. Ryzyko polityczne

Lata 90. ubiegłego wieku to okres intensywnych zmian politycznych w Polsce i na świecie. Konsekwencją tych zmian było powstanie wolnego rynku i swoboda prowadzenia działalności gospodarczej. Dla opieki zdrowotnej był to także okres przeobrażeń i wyjścia z systemu finansowania budżetowego. Pojawienie się na rynku usług medycznych obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego [23] spowodowało zmianę zasad finansowania opieki zdrowotnej. Na rynku pojawiły się kasy chorych jako instytucje finansujące i rozliczające zakłady opieki zdrowotnej. Wraz ze zmianą ustawy o zakładach opieki zdrowotnej [22] zaczęły powstawać niepubliczne placówki opieki zdrowotnej. Wszystko to było spowodowane decyzjami politycznymi i administracyjnymi.

Politykę w obszarze ryzyka można określić jako zespół środków obejmujących antycypowanie, unikanie i kompensowanie ryzyka [6, s. 68]. Wprowadzając nowy system prawny w opiece zdrowotnej, określono zakazy, ograniczenia i warunki, które miały uniemożliwić powstawanie szkód i zapobiegać ryzyku prowadzenia działalności przez zakłady opieki zdrowotnej. Wyznaczając w ten sposób nowe zadania i budując system wczesnego ostrzegania, polityka stała się uczestnikiem konfliktów technologicznych [6, s. 68] w realizacji usług medycznych.

Dyskusje polityczne nad nowym kształtem opieki zdrowotnej spowodowały zmiany nazewnicze i kompetencyjne w organach finansujących i rozliczających zakłady opieki zdrowotnej. W miejsce Kasy Chorych pojawił się Narodowy Fundusz Zdrowia [25]¹. Zmiany organizacyjne pociągnęły za sobą zmiany personalne na stanowiskach kierowniczych. Ponadto ciągle zmiany personalne na szczeblu ministerstwa powodowały niestabilność sytuacji zakładów opieki zdrowotnej i ryzyko ekonomiczne prowadzenia medycznej działalności usługowej.

Mimo zmiany zasad finansowania służby zdrowia, zakłady opieki zdrowotnej nadal pozostały w sektorze publicznym i podlegają ustawie o finansach publicznych [27] oraz ustawie o nieprzestrzeganiu dyscypliny finansów publicznych [26]. Ryzyko polityczne istnienia tych zakładów było szczególnie widoczne w kredytowaniu działalności. System płatności za zrealizowane usługi medyczne zmieniał się, powodując niestabilność gospodarczą zakładów. Brak płatności lub częściowe płatności za „nadwykonania” usług medycznych powodowało zadłużanie się zakładów (por. [8; 9]). Obietnice umorzenia zadłużenia były realizowane różnie. Konsekwencją było poszukiwanie nierentownych zakładów i koncepcja likwidacji wielu jednostek opieki zdrowotnej [16, s. 18-21; 19]. Propozycje te były bardziej polityczne i korupcyjne niż ekonomiczne. Zamykanie

¹ W ustawie przed zmianą instytucją zarządzającą środkami finansowymi była Kasa Chorych.

szpitali i sanatoriów w atrakcyjnych miejscowościach budziło wątpliwości i nakłaniało do refleksji nad polityką zdrowotną bądź brakiem polityki w Polsce.

Obecna polityka państwa przyczynia się także do powstawania ryzyka w funkcjonowaniu zakładów opieki zdrowotnej. Polityka płacowa w służbie zdrowia powoduje powolny odpływ kadr medycznych do innych państw, unijnych i nie tylko, w których stabilność zatrudnienia, warunki pracy, możliwości podnoszenia kwalifikacji, a co najważniejsze wynagrodzenia są korzystniejsze niż w Polsce. Ponadto poszukiwanie przejawów korupcji w służbie zdrowia spowodowało zaniechania pewnych czynności medycznych, a przez to np. załamanie systemu transplantologii.

3. Ryzyko ekonomiczne

Ryzyko ekonomiczne powstaje w kontekście celów możliwych do osiągnięcia [6, s. 58] przez zakład opieki zdrowotnej. W literaturze przedmiotu jest ono utożsamiane z ryzykiem gospodarczym (por. [17, s. 141]). Cele stojące przed zakładem opieki zdrowotnej wynikają z misji, z wizji i ze strategii. Zmierzając do osiągnięcia celów medycznych, zakład stara się zdobyć odpowiedni udział na rynku usług medycznych, dąży do wynegocjowania jak najlepszych kontraktów z płatnikiem instytucjonalnym, jakim jest NFZ, poszukuje odpowiednich kontrahentów (płatników) indywidualnych oraz dostawców materiałów medycznych i niemedyceńskich, dba o dobrą kadrę medyczną, a także planuje odpowiednie wyposażenie zakładu w nowoczesny sprzęt medyczny. W literaturze przedmiotu ryzyko ekonomiczne dzieli się na ryzyko działalności gospodarczej, wynikające z wahań poziomu zysku oraz ryzyko finansowe związane ze strukturą kapitału [4, s. 337].

Ryzyko nieosiągnięcia celów jest dla nas ryzykiem ekonomicznym. Okoliczności, które mogą spowodować straty lub szkody, są dość złożone. Wymienione powyżej niektóre cele zakładu opieki zdrowotnej są osiągalne pod warunkiem posiadania odpowiednich informacji (por. [18, s. 209-220]). Menedżerowie opieki zdrowotnej, dysponując rozbudowaną bazą informacyjną, mogą podejmować odpowiednie decyzje gospodarcze. Ryzyko działalności gospodarczej obejmuje niepewność osiągnięcia dochodów i zysków z tytułu świadczonych usług medycznych. Ryzyko oznacza także ewentualność zaistnienia odchylenia od stanu planowanego, którą można obliczyć za pomocą rachunku prawdopodobieństwa [2, s. 33-34]. Badanie wielkości ryzyka działalności gospodarczej jest odrębnym tematem i nie będzie poruszane w niniejszym artykule; jego przedmiotem jest identyfikacja ryzyka oraz przedstawienie okoliczności powstania ryzyka, m.in. ekonomicznego.

Opanowanie rynku usług medycznych oznacza dla menedżera opieki zdrowotnej posiadanie najlepszej kadry, najnowocześniejszego sprzętu medycznego, najlepszych materiałów medycznych oraz stosowanie najnowszych rozwiązań technologii medycznej. Ryzyko przewagi konkurencyjnej innych zakładów opieki zdrowotnej oznacza brak moż-

liwości zrealizowania kontraktu, a przez to zachwianie sytuacji ekonomicznej zakładu. Nieopanowanie rynku usług medycznych może spowodować ryzyko złego finansowania działalności zakładu (por. [5]), a czasem i upadłości, przy braku możliwości świadczenia usług medycznych.

Ryzykiem ekonomicznym obciążone będą również negocjacje z płatnikiem instytucjonalnym, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Wynegocjowanie złych, niewystarczających kontraktów lub brak zgodności celów i zakresu działania z wynegocjowanymi kontraktami może prowadzić do zachwiania sytuacji finansowej zakładu opieki zdrowotnej. Bazowanie tylko na płatnościach indywidualnych może być niewystarczające do utrzymania infrastruktury i personelu zakładu, co w konsekwencji odbije się na kondycji zakładu.

Ryzyko zaopatrzeniowe mieści się w szeroko rozumianym ryzyku ekonomicznym. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej znajdują się w lepszej sytuacji, ponieważ podpisują umowy z dostawcami, będące skutkiem wygranych przetargów w ramach zamówień publicznych. Jest to o tyle bezpieczna sytuacja, że stojące do przetargów hurtownie, producenci czy też inni dostawcy są sprawdzani pod względem wiarygodności ekonomicznej i jakości medycznej. Niepubliczne zakłady, nabywając materiały medyczne z wolnej ręki, przyjmując kryterium niskiej ceny, ryzykują jakością materiału, a tym samym ponoszą poważne ryzyko działalności gospodarczej. Źle zrealizowana usługa medyczna – z powodu złej jakości materiału – podważa wiarygodność i fachowość zakładu.

Zakład opieki zdrowotnej jest w stanie świadczyć usługi, mając dobrze wyszkolony personel medyczny. Posiadanie dobrego personelu wiąże się ściśle z kosztami utrzymania pracowników, które to koszty nie powinny destabilizować sytuacji kosztowej zakładu. Brak motywacji finansowej pracowników może powodować ryzyko ich utraty, a przez to ryzyko niewykonania zadań. Niemożność świadczenia usług medycznych powoduje brak przychodów, a przy istniejących kosztach stałych może doprowadzić do upadłości zakładu.

Współczesny rynek usług medycznych charakteryzuje się dynamicznymi zmianami w zakresie technologii i techniki świadczenia usług. Ograniczoność środków pieniężnych na zakup nowych urządzeń powoduje nieatrakcyjność zakładu na rynku usług medycznych, a przez to stwarza zagrożenie dla dalszego istnienia. NFZ, podpisując kontrakty na świadczenie usług medycznych, bierze także pod uwagę nowoczesność bazy technicznej zakładów. Brak kontaktów to brak przychodów ze sprzedaży usług medycznych, co w konsekwencji prowadzi do osłabienia kondycji ekonomicznej zakładu.

W ramach ryzyka ekonomicznego można jeszcze wyróżnić ryzyko finansowe, związane ze strukturą kapitału. Badanie struktury kapitału to nieodłączny element oceny kondycji finansowej i ryzyka prowadzenia działalności. Zbyt duże zadłużenie może powodować niestabilną sytuację zakładów opieki zdrowotnej (tab. 1) i utratę płynności finansowej. Jednak badanie stanu zadłużenia powinno odnosić się do ogólnej struktury poszczególnych kapitałów i możliwości spłaty ich zadłużenia w dłuższym lub krótszym

czasie. Niemniej jednak dane z tab. 1 wskazują na złą sytuację polskiej służby zdrowia i potrzebę restrukturyzacji placówek. Zmniejszanie zadłużenia i ograniczanie ryzyka ekonomicznego w Wielkopolsce jest wynikiem konsekwentnie prowadzonej restrukturyzacji jednostek ochrony zdrowia, polegającej m.in. na łączeniu szpitali o podobnym profilu. W efekcie takich działań udaje się zredukować administrację, służby logistyczne i lepiej wykorzystywać aparaturę medyczną.

Tabela 1. Zadłużenie szpitali w Wielkopolsce na dzień 31 grudnia 2006 r.

Nazwa zakładu	Stan zadłużenia (w zł)	Organ założycielski
Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie	26 527 448	Sejmik Województwa Wielkopolskiego
Szpital Kliniczny nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu	20 744 672	Minister Zdrowia
Szpital Kliniczny nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu	17 170 108	Minister Zdrowia
Szpital Kliniczny Ginekologiczno-Położniczy nr 3 Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu	16 183 336	Minister Zdrowia
Wojewódzki Szpital Zespolony w Kaliszu	14 300 473	Sejmik Województwa Wielkopolskiego
Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku	13 718 081	Sejmik Województwa Wielkopolskiego
Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wlkp.	13 312 876	Rada Powiatu Ostrowskiego
Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie	12 863 726	Sejmik Województwa Wielkopolskiego
Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku	12 341 477	Rada Powiatu Tureckiego
Zespół Opieki Zdrowotnej Nowe Miasto w Poznaniu	10 331 995	Rada Miasta Poznania
Razem	157 494 192	udział procentowy zadłużenia wybranych szpitali w ogólnym zadłużeniu szpitali wielkopolskich wynosi 45%
Ogółem zadłużenie szpitali w Wielkopolsce	347 054 697	

Źródło: Komunikat Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu z dnia 9.02.2007 r.

4. Ryzyko organizacyjne

Ryzyko organizacyjne może być rozumiane bardzo szeroko. Dotyczyć ono może rozwiązywania skomplikowanych problemów dotyczących pracowników, bazy materiałowo-technicznej, organizacji i funkcjonowania [6, s. 67] zakładu opieki zdrowotnej oraz kontroli wewnętrznej. W niektórych publikacjach ryzyko organizacyjne kojarzone jest z ryzykiem organizacji, dzielącym się na ryzyko obsługi maszyn i urządzeń i ryzyko harmonizacji procesów [1, s. 48-54]. Ryzyko obsługi urządzeń medycznych może stanowić zagrożenie istnienia zakładu opieki zdrowotnej. Brak personelu obsługującego urządzenia, nieumiejętność obsługi, niesprawność urządzeń medycznych oraz przestarzała baza sprzętowa stanowi ryzyko obsługi. Źłe przeprowadzone badanie pacjenta, zła interpretacja wyników badań, naruszenie stanu organizmu badanego pacjenta urządzeniem medycznym – podrywają autorytet medyczny zakładu i powodują niemożność świadczenia usług medycznych. Tego typu działania często bywają przyczyną odebrania uprawnień do prowadzenia działalności medycznej. Natomiast ryzyko braku harmonizacji procesów oznacza brak zgodności w realizacji procedur medycznych, nieprawidłowości dotyczące organizacyjnej strony funkcjonowania zakładu, rozbieżność decyzyjną różnych szczebli zarządzania. Harmonizacja procesów jest istotnym elementem sprawnego zarządzania jednostką gospodarującą. Zadaniem harmonizacji procesów jest zespolenie poszczególnych elementów w funkcjonalną całość.

Wychodząc od struktury organizacyjnej zakładu, należy zwrócić uwagę na to, że zmiany struktury mogą stanowić zagrożenie lub poprawę działalności zakładu. Menedżerowie zakładów opieki zdrowotnej powinni głęboko analizować planowane zmiany i wyciągać odpowiednie wnioski. Tradycyjne struktury w wielu przypadkach są już „przetestowane” w danej branży i rewolucyjne zmiany mogą zaszkodzić zakładowi. Wspomniane już wcześniej działania restrukturyzacyjne mogą poprawić funkcjonalność zakładu i spowodować ograniczenia kosztowe, niemniej jednak zbyt daleko idące zmiany mogą zaszkodzić funkcjonowaniu jednostki.

Zmiany w strukturze zatrudnienia podobnie jak i zmiany struktury organizacyjnej zakładu mogą być korzystne bądź niebezpieczne dla zakładu. Gwałtowna i nieprzemyślana zmiana struktury zatrudnienia może uniemożliwić realizację podpisanego kontraktu na świadczenie usług medycznych. Ryzyko zmian jest tym większe, im gruntowniejsze są zmiany przeprowadzane bez badania rynku wewnętrznego i zewnętrznego. Od zatrudnionego personelu należy wymagać wysokich kwalifikacji zawodowych, skrupulatności i dokładności działania, a także psychicznej odporności na sytuacje stresowe. Aby uzupełnić braki w wykształceniu specjalistycznym, należy wymuszać samokształcenie, udział w kursach, konferencjach i w seminariach [6, s. 68]. Zmiany w strukturze zatrudnienia należy wprowadzać w razie nieakceptowania polityki personalnej prowadzonej przez zakład i niechęci podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych przez pracowników, szczególnie przez pion medyczny.

Ryzyko organizacyjne ponoszą zakłady wprowadzające szeroko outsourcing. Jest to wykorzystywanie zasobów zewnętrznych: zlecanie wyspecjalizowanym jednostkom zewnętrznym tych procesów niezbędnych do funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej, które zostaną tam zrealizowane efektywniej niż byłoby to możliwe we własnym zakresie (por. [19, rozdz. 3]). W przypadku usługowej działalności medycznej dotyczy to zadań pomocniczych, najczęściej: usług żywieniowych, utrzymywania czystości, pralniczych, ochroniarskich, informatycznych, księgowych itd. [11, s. 78-80]. Niektóre zakłady idą dalej, wprowadzając outsourcing wybranych usług medycznych, dla których wymagany jest wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny bądź wysoko wyspecjalizowani pracownicy. W takich przypadkach nie ponosi się ryzyka kosztów pozyskania pracowników oraz ich szkolenia, a także ryzyka zakupu sprzętu, którego nie można wykorzystać w pełni.

Ryzyko organizacyjne bazy materiałowo-technicznej dotyczy stosowania nowych technologii medycznych. Stosowanie nowoczesnych urządzeń medycznych, najnowszych materiałów medycznych wymaga wiedzy. Ta wiedza kosztuje, a w obowiązującym systemie finansowania służby zdrowia przychody nie idą za kosztami. Poniesienie zbyt dużych kosztów inwestycyjnych nie gwarantuje uzyskania wysokich przychodów z działalności medycznej prowadzonej w ramach kontraktów z płatnikiem instytucjonalnym i zakłady opieki zdrowotnej boją się ryzyka przeinwestowania. Ryzyko bazy materiałowo-technicznej związane jest także z awaryjnością sprzętu, błędami odczytów, możliwością porażenia lub uszkodzenia pacjenta, awariami systemów komputerowych. To ryzyko można minimalizować przez prawidłowy nadzór nad pracą urządzeń medycznych.

Ryzykiem organizacyjnym jest również niewłaściwa i nieefektywna organizacja funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej. W ograniczeniu tego ryzyka może pomóc właściwa kontrola wewnętrzna, niekoniecznie występująca w formie zinstytucjonalizowanej. Procedury kontrolne stosowane na poszczególnych szczeblach zarządzania są niezwykle ważnym narzędziem w działalności każdego zakładu. Istnienie tych procedur i dostosowanie struktury organizacyjnej zakładu do potrzeb zarządzania oraz przyjętej strategii pozwala na bieżąco kontrolować funkcjonowanie zakładu, a także analizować minione okresy z punktu widzenia ekonomicznego² i medycznego.

5. Ryzyko medyczne

Medyczna koncepcja ryzyka jest ukierunkowana na utrzymanie życia ludzkiego [6, s. 73]. Istotą tej koncepcji jest stwierdzenie, że istnienie określonych czynników ryzykogennych może powodować pewne choroby w przyszłości. Postęp w dziedzinie motoryzacji, ocieplanie klimatu, zatrucie chemiczne i biologiczne środowiska stają się

² Biorąc pod uwagę zakres przedmiotowy rozpatrywanych zjawisk można w analizie ekonomicznej wyodrębnić analizę techniczno-ekonomiczną i analizę finansową, por. [3].

czynnikami wyzwalającymi ryzyko medyczne. Takie choroby, jak AIDS, wirus HIV czy vCJD, gruźlica i inne powodują ogromne szkody w zdrowiu i skracają życie pacjentów. Usunięcie przyczyn ryzyka może spowodować niewystąpienie choroby lub złagodzenie jej przebiegu. Wymienione czynniki są raczej trudne do usunięcia, jedynie próba zmniejszenia nasilenia ich występowania może powodować zmniejszenie ryzyka medycznego.

Ryzyko medyczne wiąże się również z diagnozowaniem pacjentów, zgodnością wyników badań laboratoryjnych, skutecznością stosowanych leków, a także z występowaniem nowych przypadków zachorowań, które w konsekwencji mogą powodować zagrożenie zdrowia i życia pacjentów. Na ograniczenie ryzyka wpływają: podwyższanie kwalifikacji personelu, zakup nowocześniejszych urządzeń analizy laboratoryjnej, stosowanie najnowszych i najbardziej skutecznych leków oraz szeroko prowadzone badania w zakresie nowych przypadków zachorowań.

Na całym świecie coraz częściej mówi się o ryzyku medycznym związanym z niską jakością usług medycznych, które prowadzą do olbrzymiej liczby błędów medycznych i śmierci, nawet setek tysięcy pacjentów. Według Institute of Medicine tylko w USA np. w 1997 roku z powodu błędów medycznych umarło 44 tys. osób, a przypuszcza się, że liczba ta mogła wynosić nawet 98 tys. (dla porównania śmierć w wypadkach drogowych poniosło wtedy 43,5 tys. osób, a liczba ofiar AIDS wyniosła 16,5 tys.) [14, s. 24-28]. Co roku w Anglii i Walii z powodu błędów popełnionych przez szpitale i lekarzy umiera ok. 40 tys. pacjentów [15, s. 19]. Oprócz ryzyka medycznego dotyczącego zdrowia i życia pacjentów pojawia się jeszcze ekonomiczna strona problemu. Ofiarom pomyłek lekarskich wypłacono do tej pory w Polsce ponad 100 mln zł [15, s. 18], a średnia wartość roszczenia w 2006 roku wynosiła 345 tys. złotych [7, s. 24]. Powstaje pytanie, kto ma za to zapłacić. We Francji w razie przyznania odszkodowania za ubezpieczonych lekarzy prywatnych wypłaca je towarzystwo ubezpieczeniowe, natomiast za błędy popełnione w szpitalach publicznych odpowiedzialność finansową bierze państwo [15, s. 19].

Tabela 2. Wybrane wyniki w ramach badań na temat błędów medycznych

Przyczyna błędu	Udział w badanej populacji (w %)
Błędnie podany lek	19
Niewłaściwy czas podania leku	43
Pominięcie dawki	30
Niewłaściwa dawka	17
Podanie leku nie zarejestrowanego	4
Niepożądane działanie leku	7

Źródło: opracowanie na podstawie „The Archives of Internal Medicine” cyt. za [15].

Ryzyko medyczne obejmuje także zakażenia szpitalne, które dotyczą ok. 5% pacjentów i są przyczyną zgonu co dziesiątego pacjenta, u którego wystąpiło to powikłanie [13]. Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach [24] nakłada na kierowników zakładów opieki zdrowotnej obowiązek zapewnienia przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych, w tym zapewnienia warunków skutecznej sterylizacji materiałów medycznych, narzędzi i innego sprzętu medycznego oraz prowadzenia prawidłowych procesów dezynfekcji i stosowania indywidualnych środków ochrony pracowników. W przeciętnym szpitalu hospitalizuje się rocznie od 10 000 do 20 000 pacjentów. Zakażeniom ulega od 500 do 1000 pacjentów, co może prowadzić do 50-100 zgonów [13]. Powikłania infekcyjne są zjawiskiem normalnym, każdy bowiem szpital ma swój minimalny poziom zakażeń, mimo wdrażanego skutecznego programu kontroli zakażeń oraz dostosowania pomieszczeń i urządzeń do wymogów ustawy i rozporządzenia [21]. Szpitale powinny ograniczać ryzyko zakażeń, dostosowując zakład do poziomu wymaganego przez rozporządzenia i redukować liczbę powikłań infekcyjnych.

6. Zakończenie

Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w obecnych warunkach systemowych łączy się z niepewnością, niebezpieczeństwami, ale i z szansami. Omawiane w artykule wybrane obszary ryzyka, takie jak: ryzyko polityczne, ekonomiczne, organizacyjne i medyczne, to tylko niektóre, z jakimi muszą się borykać zakłady. Zarządzanie tym ryzykiem to w pierwszej kolejności:

- próba zidentyfikowania zagrożeń,
- ocena wielkości zagrożeń,
- sprawdzenie możliwości ich minimalizowania lub nawet eliminowania.

Dostosowując się do danych warunków politycznych i ekonomicznych, zakład opieki zdrowotnej powinien wprowadzać zmiany organizacyjne, techniczne i medyczne, aby świadczone usługi medyczne znalazły nabywców i umożliwiły prowadzenie działalności gospodarczej. Tego typu działania powinny ograniczać ryzyko istnienia i prowadzenia usługowej działalności medycznej

Literatura

- [1] Bizon-Górecka J., *Koszty ryzyka w przedsiębiorstwie w ujęciu komplementarnym*, „Rynek Terminowy” 2004, nr 24.
- [2] Dyrbuś S., *Ryzyko gospodarcze działalności przedsiębiorstwa przemysłowego*, Zeszyty Teoretyczne Rady Naukowej SKwP, 1987.
- [3] Gabrusewicz W., *Podstawy analizy finansowej*, PWE, Warszawa 2005.
- [4] Gabrusewicz W., Kamela-Sowińska A., Poetschke H., *Rachunkowość zarządcza*, PWE, Warszawa 1998.

- [5] Galicki J., *Polityka finansowa zakładu opieki zdrowotnej*, Konferencja naukowo-szkoleniowa nt. *Profesjonalizm w ochronie zdrowia*, Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Swarzędz 2005.
- [6] Kaczmarek T.T., *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem*, Difin, Warszawa 2006.
- [7] Knypl K., *Strach się bać*, „Menedżer Zdrowia” 2006, nr 8.
- [8] Misiński W., *Jak rozwiązać problem zadłużenia szpocz-ów*, „Menedżer Zdrowia” 2004, nr 6.
- [9] Majer P., *Oszczędności to nasza specjalność*, „Menedżer Zdrowia” 2004, nr 6.
- [10] Olzacka B., Pałczyńska-Gościński R., *Leksykon zarządzania finansami*, ODDK, Gdańsk 1998.
- [11] *Outsourcing usług technicznych w służbie zdrowia – szanse i możliwości*, „Menedżer Zdrowia” 2006, nr 7.
- [12] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2000.
- [13] Przybylski Z., *Bezpieczny szpital*, Konferencja nt. Bezpieczny szpital, Września 2007.
- [14] *Quo vadis ochrona zdrowia*, „Menedżer Zdrowia” 2006, nr 3.
- [15] Szczęśny J., *Błędne szpitale*, „Menedżer Zdrowia” 2006, nr 8.
- [16] Szczęśny J., *Czarna setka polskich szpitali*, „Menedżer Zdrowia” 2006, nr 7.
- [17] Tarczyński W., Mojsiewicz M., *Zarządzanie ryzykiem*, PWE, Warszawa 2001.
- [18] Walczak M., *Ryzyko gospodarcze i możliwości jego oszacowania w ramach analizy finansowej*, Zeszyty Teoretyczne Rady Naukowej SKwP nr 26, Warszawa 1994.
- [19] Zastawa M., Redliński T., *Zarządzanie ryzykiem informacji*, [w:] *Sposoby utrzymania przewagi konkurencyjnej firmy*, red. K. Lisiecka, AE, Katowice 2006.
- [20] Zimniewicz K., *Współczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2003,
- [21] *100 szpitali pod nóż*, „Menedżer Zdrowia” 2006, dodatek do nr 7.
- [22] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, DzU z dnia 24 listopada 2006 r.
- [23] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU nr 91, poz. 408 z późn. zmian.
- [24] Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU nr 28, poz. 153 z późn. zmian.
- [25] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach DzU nr 126, poz. 1384.
- [26] Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia DzU nr 45, poz. 391 z późn. zmian., poprzednio w ustawie przed zmianą, instytucją zarządzającą środkami finansowymi była Kasa Chorych.
- [27] Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, DzU nr 14, poz. 114 z późn. zmian.
- [28] Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych, DzU nr 249, poz. 2104 z późn. zmian.

RISK OF RUNNING BUSINESS ACTIVITY BY HEALTH CARE UNITS

Summary

The concept of risk is usually connected with a possibility of not executing decisions or actions. In medical activity, like in others, a political, economic, organizational or medical risk may appear. Health care units which run business activity shall take account of risk especially while taking executive decisions.