

Agata Orzendowska

FUNKCJONOWANIE KONTROLI ZARZĄDCZEJ W PODMIOCIE LECZNICZYM

Streszczenie

Kontrola zarządcza jest istotnym elementem efektywnego funkcjonowania podmiotu leczniczego. Wiąże się z wyznaczeniem celów, ich realizacją według norm i przepisów oraz z uwzględnieniem istniejącego ryzyka zagrażającego ich realizacji.

Artykuł prezentuje obszary objęte kontrolą zarządczą w wybranym podmiocie leczniczym, ich ocenę oraz propozycje zmian, których wprowadzenie mogłoby poprawić jakość funkcjonujących procesów w zakresie kontroli zarządczej.

Na podstawie badań, do najważniejszych obszarów kontroli zarządczej w podmiocie leczniczym autor zalicza: zarządzanie ryzykiem, schematy przekazu informacji w jednostce, ochronę danych osobowych i zarządzanie środowiskiem wewnętrznym. Zapewnienie prawidłowej realizacji zadań w tych obszarach zwiększa szansę na powodzenie realizacji wyznaczonych przez podmiot celów.

Słowa kluczowe: kontrola zarządcza, podmiot leczniczy, ryzyko.

FUNCTIONING OF MANAGEMENT CONTROL IN THE MEDICAL ENTITY

Abstract

Management control is an essential element for the effective functioning of the healthcare entity. It is associated with setting goals, their implementation in accordance with standards and regulations, and taking into account the existing risk that threatens their implementation. The article presents the areas covered by management control in the healthcare entity, their assessment and proposed changes, the introduction of which could improve the quality of the functioning processes in the field of management control. On the basis of research, the most important areas of management control in a medical entity are risk management, information transfer schemes in the unit, personal data protection and internal environment management. Ensuring the correct implementation of tasks in these areas increases the chances of successful implementation of the objectives set by the entity.

Keywords: management control, medical entity, risk..



Wstęp

Kontrola zarządcza jest istotnym procesem dla prawidłowego funkcjonowania podmiotów leczniczych, takich jak szpitale czy przychodnie. Pomaga wyeliminować lub zminimalizować ryzyko np. związane z błędem lekarskim czy nieprawidłowo przechowywaną dokumentacją medyczną pacjenta. Podmioty medyczne są poddawane wielu obowiązkowym kontrolom zewnętrznym, a dzięki prawidłowo funkcjonującej kontroli zarządczej w jednostce, ich wynik może być satysfakcjonujący. Jest to proces, który pomaga podmiotom leczniczym w zarządzaniu jednostką, w gospodarce lekami, czy przestrzeganiu praw pacjenta. Przedmiotem rozważań niniejszego artykułu są obszary objęte kontrolą zarządczą w podmiocie leczniczym. W obrębie zainteresowania znalazły się zarówno obszary kontroli zewnętrznej, jak i wewnętrznej, które składają się na całość procesu kontroli zarządczej, funkcjonującej w badanej przychodni. Szczególna uwaga została poświęcona ośrodkom odpowiedzialności za poszczególne procesy i podmiotom biorącym w nich udział. Celem artykułu jest **zbadanie obszarów objętych kontrolą zarządczą w nietypowych przedsiębiorstwach, jakimi są podmioty lecznicze**. Artykuł skupia się na wskazaniu obszarów, które mają znaczenie dla realizowania przez podmioty funkcji ukie-
runkowanych na osiąganie zysków oraz tych, które mają wpływ na jakość świadczonych usług zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów.

Metody badawcze wykorzystane w artykule to obserwacja funkcjonowania przykładowego podmiotu leczniczego, analiza literatury krajowej i zagranicznej oraz analiza aktów prawnych i innych regulacji.

1. Podstawa prawna funkcjonowania kontroli zarządczej

Zgodnie z ustawą o finansach publicznych, kontrolę zarządczą w jednostkach sektora finansów publicznych stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy¹. Jest to rozwiązanie organizacyjne i prawne, które zostało wprowadzone na jednym z etapów rozwoju, a także praktyki zarządzania, będące reakcją na wykazane w pewnym okresie nieprawidłowości w zarządzaniu. Kontrola zarządcza została wprowadzona obowiązkowo od 2010 roku na mocy przepisów ustawy o finansach publicznych. Dotyczy ona publicznych jednostek opieki zdrowotnej, podlegających regulacjom ustawy, czyli takich, które zaliczają się do jednostek sektora finansów publicznych². Nie wyklucza to możliwości zastosowania zasad oraz procedur dotyczących kontroli w jednostkach o formie prawnej niepublicznej, które nie zaliczają się do sektora finansów publicznych³. Uwzględniając złożoność procedur i ogromną ilość prac organizacyjnych,

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 305 z późn. zm.), art. 9, art. 68.

² Ibidem.

³ R. Lewandowski, A. Kozuch, J. Sasak., Kontrola zarządcza w placówkach ochrony zdrowia, Wolters Kluwer Polska, 2018, s. 11.

które z nich wynikają, stosowanie nieobowiązkowo kontroli zarządczej może okazywać się mało powszechne. Do podmiotów leczniczych można zaliczyć takie, w których zakres działalności wchodzi:

- stacjonarne świadczenia zdrowotne,
- całodobowe świadczenia zdrowotne,
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne,
- promocja zdrowia,
- zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia⁴.

Bez względu na rodzaj prowadzonej działalności leczniczej, a także zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, niektóre podmioty lecznicze mają ustawowy obowiązek prowadzenia audytu wewnętrznego oraz kontroli zarządczej. Tym obowiązkiem objęte są przede wszystkim samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, spółki kapitałowe i jednostki budżetowe utworzone i prowadzone przez Skarb Państwa. Odpowiedzialnością za funkcjonowanie kontroli zarządczej w podmiocie leczniczym obarczony jest kierownik jednostki (dyrektor)⁵. Audyt wewnętrzny jest wsparciem dla kierownika przy realizacji zadań i celów dzięki systematycznej ocenie kontroli zarządczej. Audyt jest również formą czynności doradczych dla kierownika. Jednakże audyt wewnętrzny jest obowiązkowy wyłącznie w podmiotach leczniczych, będących państwowymi jednostkami budżetowymi lub samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, które nie zostały utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego (JST), jeśli kwota przychodów lub kosztów ujętych w planie finansowym przekroczyła 40 000 tys. zł⁶.

W podmiocie leczniczym kierownik jednostki zapewnia funkcjonowanie kontroli zarządczej, np. przez realizowanie standardów kontroli zarządczej, które zostały podzielone na pięć grup przez Ministra Finansów. W tych pięciu grupach zostały wskazane dwadzieścia dwa standardy, które odpowiadają elementom kontroli zarządczej. Zostały one zawarte w Tabeli 1.

⁴ J. Chluska, Nowe Wyzwania zarządzania strategicznego w podmiotach leczniczych – szpitalach, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej Zarządzanie”, Nr 23 t. 2 (2016) s. 69–78, Częstochowa 2016, s. 71.

⁵ K. Pujer, Ekonomiczne i społeczne aspekty nowoczesnego zarządzania przedsiębiorstwem, Exante, Wrocław 2016, s. 133–148.

⁶ Ustawa z 27 sierpnia 2009 r...: art. 274 ust. 2 pkt 3.

Tabela 1. Standardy kontroli zarządczej.

Lp.	Grupa standardów	Opis standardu
1.	Środowisko wewnętrzne	<p>Przestrzeganie wartości etycznych – osoby zarządzające oraz pracownicy powinni mieć świadomość przyjętych w jednostce wartości etycznych i przestrzegać ich podczas wykonywania powierzonych zadań. Osoby zarządzające powinny promować i wspierać przestrzeganie przez pracowników wartości etycznych, dając dobry przykład przy codziennym postępowaniu oraz podejmowaniu decyzji.</p>
		<p>Kompetencje zawodowe – należy dbać o to, by pracownicy i osoby zarządzające posiadali umiejętności, wiedzę i doświadczenie pozwalające na efektywne i skuteczne wypełnianie powierzonych zadań. Proces zatrudnienia należy prowadzić w sposób, który zapewni wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy. Kierownik jednostki ma obowiązek zapewnić rozwój kompetencji zawodowych osób zarządzających i pracowników jednostki.</p>
		<p>Struktura organizacyjna – powinna być dostosowana do aktualnie wyznaczonych celów oraz zadań. Zakres uprawnień, zadań oraz odpowiedzialności jednostek, komórek organizacyjnych i zakres podległości personelu powinien być ustanowiony w formie pisemnej, w sposób spójny i przejrzysty. Dla każdego pracownika powinien być określony zakres obowiązków, uprawnień oraz odpowiedzialności.</p>
		<p>Delegowanie uprawnień – zakres delegowanych uprawnień poszczególnym osobom zarządzającym bądź pracownikom należy precyzyjnie określić. Powinien być on odpowiedni do wagi podejmowanych decyzji oraz stopnia ich skomplikowania, czy związanego z nimi ryzyka. Delegowanie uprawnień powinno być potwierdzane podpisem.</p>

Lp.	Grupa standardów	Opis standardu
2.	Cele i zarządzanie ryzykiem	<p>Misja – warto rozważyć możliwość wskazania celu działania jednostki w postaci krótkiego opisu misji.</p>
		<p>Określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji – cele oraz zadania należy jasno określić w co najmniej rocznej perspektywie. Ich wykonanie należy monitorować przy pomocy wyznaczonych mierników. Zaleca się przeprowadzanie oceny realizacji zadań i celów przy uwzględnieniu kryterium oszczędności, skuteczności i efektywności. Należy wskazać osoby bezpośrednio odpowiedzialne za ich realizowanie.</p>
		<p>Identyfikacja ryzyka – co najmniej raz w roku należy dokonać identyfikacji ryzyka w odniesieniu do zadań oraz celów. W przypadku istotnej zmiany warunków funkcjonowania jednostki, należy ponownie dokonać identyfikacji ryzyka.</p>
		<p>Analiza ryzyka – zidentyfikowane ryzyka należy przeanalizować, mając na celu określenie prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka oraz możliwych skutków. Należy również wskazać poziom akceptowalności ryzyka.</p>
		<p>Reakcja na ryzyko – w stosunku do każdego ważnego ryzyka należy określić rodzaj reakcji (przeniesienie, tolerowanie, działanie, wycofanie się). Należy wskazać działania, które trzeba podjąć, w celu zmniejszenia ryzyka do akceptowanego poziomu.</p>

Lp.	Grupa standardów	Opis standardu
3.	Mechanizmy kontroli	<p>Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej – instrukcje, procedury wewnętrzne, wytyczne, dokumenty określające zakresy obowiązków, uprawnień oraz odpowiedzialności pracowników, a także inne dokumenty wewnętrzne stanowiące dokumentację systemu kontroli zarządczej. Powinna ona być spójna oraz dostępna dla wszystkich osób, dla których jest niezbędna.</p>
		<p>Nadzór – powinien być prowadzony nad wykonaniem zadań, w celu ich efektywnej, skutecznej i oszczędnej realizacji.</p>
		<p>Ciągłość działalności – należy zagwarantować istnienie mechanizmów, służących utrzymaniu działalności jednostki w ciągłości, wykorzystując między innymi wyniki analizy ryzyka.</p>
		<p>Ochrona zasobów – należy dbać, by dostęp do zasobów jednostki miały jedynie osoby upoważnione. Pracownikom i osobom zarządzającym należy powierzyć odpowiedzialność za ochronę oraz właściwe wykorzystanie zasobów jednostki.</p>
		<p>Szczegółowe mechanizmy kontroli, dotyczące operacji finansowych i gospodarczych – powinny istnieć przynajmniej następujące mechanizmy:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pełne i rzetelne udokumentowanie oraz rejestrowanie operacji finansowych i gospodarczych, – zatwierdzanie (autoryzacja) operacji finansowych przez kierownika jednostki albo osoby przez niego upoważnione, – podział kluczowych obowiązków, – weryfikacja operacji gospodarczych i finansowych przed i po operacji.
		<p>Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych – należy wskazać mechanizmy, które posłużą zapewnieniu bezpieczeństwa danych oraz systemów informatycznych.</p>

Lp.	Grupa standardów	Opis standardu
4.	Informacja i komunikacja	Bieżąca informacja – pracownikom i osobom zarządzającym należy zapewnić właściwe i rzetelne informacje niezbędne do realizacji zadań.
		Komunikacja wewnętrzna – należy zapewnić efektywne mechanizmy do przekazywania ważnych informacji w strukturze organizacyjnej jednostki, a także w obrębie jednostki samorządu terytorialnego i działu administracji rządowej.
		Komunikacja zewnętrzna – należy zapewnić efektywny system wymiany istotnych informacji z podmiotami zewnętrznymi, które mają wpływ na osiągnięcie celów oraz realizację zadań.
5.	Monitorowanie i ocena	Monitorowanie systemu kontroli zarządczej – należy monitorować skuteczność każdego z elementów systemu kontroli zarządczej, co da możliwość bieżącego rozwiązywania zidentyfikowanych problemów.
		Samoocena – zaleca się, aby przeprowadzać przynajmniej raz w roku samoocenę systemu kontroli zarządczej przez pracowników jednostki oraz osoby zarządzające. Powinna ona być ujęta w ramy procesu odrębnego niż działalność bieżąca i udokumentowana.
		Audyt wewnętrzny – na warunkach i w przypadkach określonych przez ustawę, audytor wewnętrzny prowadzi niezależną i obiektywną ocenę kontroli zarządczej.
		Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej – źródłem powinny być w szczególności wyniki: monitorowania, samooceny i przeprowadzonych audytów oraz kontroli. Zaleca się, aby co roku potwierdzać uzyskanie zapewnienia w formie oświadczenia o stanie kontroli zarządczej za poprzedni rok.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Komunikatu Nr 23 Ministra Finansów z 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz.Urz.Min.Fin. nr 15, poz. 84).

Poza standardami regulującymi proces kontroli zarządczej, są też inne źródła prawa, które również to normują. Należy je wymienić zgodnie z hierarchią w jakiej obowiązują, czyli:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 305 z późn. zm.),
2. Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 roku o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 289). Zawiera regulacje odnoszące się do odpowiedzialności za niewykonywanie lub nienależyte wykonywanie przez kierownika jednostki obowiązków w zakresie kontroli zarządczej.
3. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie wzoru oświadczenia o stanie kontroli zarządczej (Dz.U. Nr 238, poz. 1581). Nie we wszystkich przypadkach jest obowiązkowe przedkładanie oświadczenia o stanie kontroli zarządczej, jednak istnieje taka możliwość. W wielu przypadkach okazuje się przydatne, dlatego warto rozważyć rozwiązania wskazane w tej regulacji.
4. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 września 2010 r. w sprawie planu działalności i sprawozdania z jego wykonania (Dz.U. Nr 187, poz. 1254). Tak jak w przypadku oświadczenia nie jest to obowiązkowe, ale mogą okazać się cenną pomocą i być wykorzystywane zgodnie z potrzebami jednostki⁷.

Przywołania w tej dziedzinie wymagają także komunikaty Ministra Finansów. Jeden z nich został już wskazany podczas omawiania standardów kontroli zarządczej. Trzy najważniejsze komunikaty regulujące procesy kontroli zarządczej to:

1. Komunikat nr 3 Ministra Finansów z dnia 16 lutego 2011 r. w sprawie szczegółowych wytycznych w zakresie samooceny kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF Nr 2, poz. 11).
2. Komunikat nr 6 Ministra Finansów z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem (Dz. Urz. MF z 2012 r., poz. 56).
3. Komunikat nr 23 Ministra Finansów z dnia 16.12.2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF Nr 15, poz. 84).

Poza standardami opracowanymi przez Ministerstwo Finansów, istnieją również standardy międzynarodowe, które wykorzystano podczas opracowywania polskich standardów. Uwzględniono przy tym:

⁷ M. Ćwiklicki, Kontrola zarządcza. Podstawowe zagadnienia kontroli zarządczej. Poradnik dla jednostek samorządu terytorialnego. Kraków 2015, MSAP, str. 18.

1. „Wytyczne w sprawie standardów kontroli wewnętrznej w sektorze publicznym” – przyjęte zostały przez Międzynarodową Organizację Najwyższych Organów Kontroli/Audytu (International Organizations of Supreme Audit Institutions – INTOSAI) w 2004 roku;
2. „Kontrola wewnętrzna – zintegrowana koncepcja ramowa” i „Zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwie” – opracowane przez COSO;
3. „Zmienione Standardy Kontroli wewnętrznej służące skutecznemu zarządzaniu” – przyjęte przez Komisję Europejską w 2007 roku (The Revised Internal Control Standard for Effective Management SEC [2007] 1341 appendix 1).

Każdy dokument, ustawa czy norma różni się od siebie w pewnym stopniu, kładzie nacisk na inny obszar, ale ostatecznie wszystkie są istotne i mają ten sam cel.

Opracowane wytyczne, standardy i ustawy zapewniają prawidłowe prowadzenie procesu kontroli zarządczej, która przeprowadzana jest w wielu obszarach prowadzonej działalności. Jest to zależne od specyfiki działalności, wskazanych przez analizę możliwego ryzyka, ale i obowiązujących norm i przepisów.

2. Wyznaczanie celów oraz zarządzanie ryzykiem jako najważniejsze elementy prawidłowo funkcjonującej kontroli zarządczej

Problematyka związana z kontrolą zarządczą, która na ogół stanowi działania podejmowane dla zagwarantowania realizacji zadań i celów w sposób spójny z prawem, oszczędny, efektywny, a także terminowy, może znajdować szczególne pole zainteresowań w podmiotach leczniczych. Zastosowanie adekwatne do potrzeb kontroli zarządczej w wymienionych podmiotach, przy powszechnym dla każdej jednostki sektora finansów publicznych operowaniu środkami publicznymi, jest związane z charakterystyką ich działalności, która skupia się na wyjątkowo istotnym i delikatnym problemie społecznym. Problem zdrowia i opieki zdrowotnej bardzo silnie oddziałuje w dłuższym okresie na panującą w kraju sytuację gospodarczą, rozwój gospodarczy oraz przyszłość następnych pokoleń.

Szczególna rola w rozwoju społeczeństwa, pełniona przez podmioty świadczące usługi medyczne, wymaga od organów państwowych, organów załóży-cielskich i pozostałych interesariuszy odpowiedniej kontroli, a także regulacji. Stanowi to istotne wskazanie do nadania w tych jednostkach wysokiego stopnia ważności kontroli zarządczej. Ten system stanowi pewną formę sprawozdawczości. Może ona być wykorzystywana na potrzeby ogólnej oceny dokonań w publicznych podmiotach leczniczych. Ze względu na specyficzny rodzaj prowadzonej działalności, stosowanie procedur kontroli zarządczej w jednostkach opieki zdrowotnej, odznacza się swego rodzaju odmiennością od podmiotów działających w innych branżach.

W podmiocie leczniczym kontrola zarządcza jest realizowana ze względu na dwie sfery: medyczną i niemedyczną. Specyfika działalności nie pozwala na wyraźne oddzielenie w podmiocie tych dwóch sfer. W związku z czym konieczna jest realizacja procedur z zakresu kontroli zarządczej w obu tych obszarach. Szczególny nacisk kładzie się na działanie w obszarze medycznym, ze względu na duże ryzyko operacyjne w wymiarze nie tylko finansowym, ale przede wszystkim społecznym.

Na ten moment kontrola jest zorientowana na osiąganie wyznaczonych celów oraz efektywne wykonywanie zadań⁸.

Do celów kontroli zarządczej należy:

- zapewnienie zgodności działalności z procedurami wewnętrznymi oraz przepisami prawa,
- zapewnienie efektywności i skuteczności działania,
- wiarygodność sprawozdań,
- ochrona zasobów,
- promowanie i przestrzeganie zasad postępowania etycznego,
- zapewnienie efektywnego i skutecznego przepływu informacji,
- zarządzanie ryzykiem⁹.

Do najważniejszych zadań i funkcji kontroli zarządczej należy:

- kontrolowanie, czy wydatki publiczne są realizowane w sposób oszczędny i celowy, przy zachowaniu zasady uzyskania najlepszego efektu z danych nakładów i optymalnego doboru środków i metod służących osiągnięciu założonego celu,
- kontrolowanie terminowości realizowanych zadań,
- porównywanie poziomu realizacji podjętych zadań i celów z założeniami,
- sprawdzanie, czy ponoszone wydatki są zgodne z terminem i wysokością zaciągniętych zobowiązań,
- nadzorowanie terminów składania sprawozdań,
- nadzorowanie terminów zwrotu środków publicznych,
- ocenianie prawidłowości pracy podmiotu¹⁰.

Są to przykładowe, powtarzalne i najistotniejsze zadania i funkcje kontroli zarządczej, których realizacja jest podstawowym celem prowadzonej działalności leczniczej. Dla każdego podmiotu zadania te i cele mogą być nieco inne. Pomiot powinien je jasno określić w co najmniej rocznej perspektywie, a ich wykonanie należy monitorować przy pomocy wyznaczonych mierników¹¹.

⁸ E. Kowalczyk, Procedury kontroli zarządczej w jednostce sektora finansów publicznych. Wzory i przykłady, Wydawnictwo Presscom sp. z o.o., Wrocław 2011, s. 11.

⁹ Art. 68 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 305 z późn. zm.).

¹⁰ J. Podlewski, Ład korporacyjny, kontrola wewnętrzna i zarządzanie ryzykiem w podmiotach leczniczych, „Przeźreń, Ekonomia, Społeczeństwo”, 2018, nr 14, str. 209.

¹¹ M. Małecka-Łyszczek pod red. Marka Ćwiklińskiego, Podstawowe zagadnienia kontroli zarządczej. Poradnik dla jednostek samorządu terytorialnego, Kraków 2015, s. 39.

Ryzyko ogólnie rozumiane utożsamia się z zaniechaniem albo niepodjęciem określonych działań. Kojarzone i identyfikowane jest z niepewnością, niebezpieczeństwem bądź hazardem¹². Najczęściej pojęcie ryzyka funkcjonuje jako coś negatywnego lub niechcianego, jednakże istnieje również podejście do ryzyka, jako możliwości pojawienia się efektu w procesie decyzyjnym, niezgodnego z przewidywaniami i szacunkami, co zdaje się uzupełniać rozumienie ryzyka, a także stanowi pełniejsze określenie tej definicji. Inna definicja ryzyka mówi, że jest to potencjalna zmienność zdarzeń¹³. Obecnie towarzyszy ono wszystkiemu, czego dokonują ludzie. Powoduje to, że nie można precyzyjnie przewidzieć skutku działania. W związku z tym odczuwana jest niepewność. Człowiek narażony jest na ryzyko wszędzie, gdzie jego aktywność powoduje powstanie potencjalnych korzyści albo strat, których nie da się przewidzieć. Ryzyko to pojęcie obiektywne, wobec czego może być mierzone¹⁴. Definicje ryzyka można podzielić według grup, co zostało przedstawione w Schemacie 1.

Schemat 1. Definicje ryzyka według różnych teorii.

Według kategorii decyzji podejmowanych dla realizacji określonych celów:

Ryzyko to niepewność związana z przyszłymi wydarzeniami lub wynikami decyzji.

Wyniki decyzji prowadzą do wystąpienia niespodziewanej wysokości samej straty bądź straty lub zysku.

Według źródeł powstania ryzyka:

Źródłem ryzyka jest niepełność informacji lub podjęta decyzja, która jest nieoptymalna ze względu na założony cel.

Według przejawów ryzyka:

Ryzyko to odchylenia od wartości oczekiwanej założonego celu.

Według miar probabilistycznych lub statystycznych:

Ryzyko to prawdopodobieństwo subiektywne zdarzeń jednorazowych lub takich, które w ogóle nie miały miejsca.

Według teorii rozpoznawania obrazów:

Ryzyko to dyskretna miara wykorzystująca teorię rozpoznawania obrazów i stowarzyszony z tą miarą koszt. Przy ocenie ryzyka są tworzone lub wykorzystuje się istniejące abstrakcyjne wzorce ryzyka, a następnie umiejscawia się badane ryzyko w przestrzeni ryzyka.

Według teorii niezawodności:

Niezawodność rozumie się tu jako własność obiektu określoną przez jego zdolność do spełnienia stawianych mu wymagań.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: M. Thlon, Katedra Teorii Ekonomii, *Charakterystyka i klasyfikacja ryzyka w działalności gospodarczej*, Zesz. Nauk. UEK, 2013, 902, 18–20.

¹² M. Mojsiewicz, W. Tarczyński, Zarządzanie ryzykiem, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2001, s. 12.

¹³ Z. Redziak, Zarządzanie ryzykiem w organizacji, Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2015, s.12–13.

¹⁴ C.A. Williams Jr., M.L. Smith, P.C. Young, Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 28–29.

Zarządzanie ryzykiem to podejmowanie decyzji oraz realizacja działań, które prowadzą do osiągnięcia przez jednostkę akceptowalnego poziomu ryzyka. Z praktycznego punktu widzenia jest to utożsamiane z procesem diagnozy i sterowania ryzykiem, które mają na celu intencjonalne zapewnienie na stabilnym poziomie wyników finansowych i stworzenie odpowiednich warunków do dalszego rozwoju.

Zarządzanie ma na celu ograniczanie ryzyka i zabezpieczenie się przed jego skutkami. W zarządzaniu ryzykiem można wskazać dwa główne podejścia:

- aktywne – polega na oddziaływaniu na przyczyny ryzyka,
- pasywne – koncentruje się na zabezpieczeniu przed ewentualnymi stratami.

W ramach aktywnego sterowania ryzykiem osoba zarządzająca podmiotem może podjąć działania takie jak:

- przenoszenie ryzyka na inne podmioty – wiąże się to z transferem odpowiedzialności ponoszonej za ewentualne straty. Może przyjmować formy takie jak: ubezpieczenie, gwarancje, transakcje terminowe czy poręczenia.
- unikanie ryzyka – wiąże się z zaniechaniem przedsięwzięć, kiedy są one obciążone bardzo dużym ryzykiem.
- działania prewencyjne – ich celem jest zapobieganie zdarzeniom losowym¹⁵.

Podejście pasywne do zarządzania ryzykiem przejawia się zazwyczaj tym, że tworzy się rezerwy finansowe na pokrycie ewentualnych strat, co nie sprawdza się, jeśli chodzi o zarządzanie podmiotem medycznym, gdzie ryzykiem obarczone jest ludzkie zdrowie i życie.

Zarządzanie ryzykiem jest elementem zarządzania, dzięki któremu podmioty lecznicze mogą systematycznie optymalizować sposoby leczenia (szybkość), analizować oraz optymalizować wydajność (efektywność kosztowa), a dzięki temu podwyższyć standard jakości świadczonych usług. Dodatkowo przez uwzględnienie współpracowników, w podmiocie ulega ożywieniu zarządzanie ideowe, a innowacyjny potencjał podmiotów leczniczych zostaje miarodajnie podniesiony. Przez zarządzanie ryzykiem podmioty medyczne osiągają długotrwałe sukcesy gospodarcze, a także podnoszą bezpieczeństwo pacjentów.

Zwiększone bezpieczeństwo pacjentów jest możliwe do zrealizowania, jeśli zostaną zastosowane wyżej wymienione elementy zarządzania ryzykiem, a to pozwoli również na wzrost satysfakcji innych pracowników podmiotu i obniży chęć pacjentów do składania roszczeń i skarg. To wszystko w końcowym efekcie przekłada się na koszty ubezpieczenia od ewentualnych błędów i ich następstw.

¹⁵ Z. Wilimowska, D. Seretna-Sałamaj, J. Szczepańska, Wybrane aspekty zarządzania ryzykiem w decyzjach inwestycyjnych. CeDeWu, Warszawa 2012.

Najważniejsze ryzyka występujące w działalności podmiotu leczniczego, dotyczą najczęściej **prawidłowości zarządzania umowami z NFZ**. Pojawić się może także ryzyko związane z finansami, takie jak **odpowiednia polityka zarządzania długiem**, jeśli podmiot boryka się z takimi problemami. Jednak najczęściej spotykanym ryzykiem jest to **związane z działalnością leczniczą**. Kolejny obszar ryzyka w placówce medycznej to realizacja **projektów unijnych**, które potrzebują spełnienia określonych wymogów. Niespełnienie tych wymogów może spowodować poniesienie konsekwencji, np. w postaci zwrotu uzyskanego dofinansowania¹⁶.

Ryzyko błędu medycznego dostrzega każdy podmiot medyczny i nie można go pod żadnym pozorem ignorować. Jest to ryzyko, którego nie można wyeliminować, choć można je obniżyć, a także zapobiegać jego wystąpieniu odpowiednimi instrumentami. Tutaj ważną rolę odgrywa komunikacja w relacji lekarz – pacjent. Podczas wystąpienia jakichkolwiek komplikacji, a co za tym idzie, skarg ze strony pacjenta lub jego rodziny, ważną rolę odgrywa dokumentacja medyczna, która zawiera informacje o:

- poinformowaniu pacjenta o ryzykach,
- zgodzie na zabieg/leczenie podpisanej przez pacjenta,
- możliwości zadawania pytań przez pacjenta,
- wywiadzie na temat stanu zdrowia pacjenta.

Cały zbiór klauzul i zgód jest dowodem tego, że relacja lekarz-pacjent była prawidłowa lub nie. Brak jakiegokolwiek podpisu lekarza, bądź pacjenta może zostać określony jako problem i daje możliwość określenia czy roszczenie jest uzasadnione, czy też nie. Dokumentacja medyczna może być ważnym dowodem w sporze z pacjentem, jeśli trafi on do rozpatrzenia przez sąd, pod warunkiem, że jest prowadzona zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi. Wiąże się to z oddzielnym obszarem ryzyka.

Ryzyko prawne jest to bardzo istotne zagadnienie, ponieważ podmioty lecznicze są zobowiązane do działania w zgodzie z przepisami prawnymi, takimi jak: ustawy, rozporządzenia ministra zdrowia, zarządzenia prezesa NFZ, które zawierają szczegółowo opisane wymagania dotyczące działalności podmiotu medycznego. Przepisy często się zmieniają, w związku z czym podmioty muszą je na bieżąco monitorować i wypełniać zawarte w nich wymogi¹⁷. Zmusza to do dużej czujności oraz zatrudnienia bardzo dobrze wykwalifikowanej kadry pracowniczej. Bardzo często wymaga to współpracy z prawnikami, którzy od lat specjalizują się w zagadnieniach medycznych.

¹⁶ M. Okoniewska, Zarządzanie ryzykiem w placówce medycznej musi być działaniem systemowym. 15.12.2015, <https://www.prawo.pl/zdrowie/zarzadzanie-ryzykiem-w-placowce-medycznej,253469.html> [dostęp: 08.10.2021 r.]

¹⁷ M. Matecka, J. Sielska, E. Dąbrowska, Kompetencje menedżera podmiotu leczniczego, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego Nr 875 Problemy zarządzania, finansów i marketingu”, nr 41, t. 2, 2015 s. 294–304.

3. Ocena prawidłowości funkcjonowania kontroli zarządczej w ośrodku zdrowia „ABC”

Dla potrzeb przeprowadzenia badań wybrano ośrodek zdrowia „ABC”, funkcjonujący w Tczewie. Jest to jedna z czternastu przychodni Zespołu Opieki Zdrowotnej „ABC”. Oprócz placówek medycznych, ZOZ „ABC” posiada również apteki oraz punkty apteczne. Działalność gospodarcza jest prowadzona na terenie trzech sąsiednich powiatów (tczewski, gdański i starogardzki). Ośrodek wybrany do badań to duże Centrum Specjalistyczno-Diagnostyczne, które świadczy usługi medyczne z zakresu poradni POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej), medycyny pracy, poradni specjalistycznych oraz diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Działalność medyczna jest prowadzona od 20 lat. Najważniejszym celem prowadzonej przez Zespół Opieki Zdrowotnej „ABC” działalności jest zaspokojenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Każdy ośrodek zdrowia ma na całość lub część świadczonych usług kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. W głównym oddziale, czyli Centrum Specjalistycznym wybranym do badań pracuje 7 lekarzy internistów, 6 pediatrów, 1 lekarz medycyny estetycznej, 1 lekarz medycyny pracy, 5 radiologów, 11 pielęgniarek, 13 rejestratorek, 3 fizjoterapeutki, 1 stomatolog oraz 29 lekarzy innych specjalizacji. Placówka jest czynna dla pacjentów od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 20:00. W każdy z tych dni pacjent może wykonać badania w laboratorium oraz pracowni RTG w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej jest bezpłatna dla pacjentów, którzy poprzez deklarację wyboru zapisali się jako pacjenci tej przychodni. Jest to placówka funkcjonująca od 3 lat, w związku z czym nadal oferuje wiele usług, z których pacjent może skorzystać jedynie odpłatnie. Na obecną chwilę kontrakt z NFZ dotyczy tylko poradni POZ, badań USG i RTG, poradni neurologicznej oraz stomatologicznej. Dla pacjentów jest również dostępny gabinet zabiegowy. Badana placówka bierze udział w realizowaniu dodatkowych zadań finansowanych przez Unię Europejską lub z budżetu realizowanego poprzez starostwo powiatowe. Aktualnie podmiot realizuje Program Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego HPV i Program Profilaktyki Raka Jelita Grubego. Przychodnia ma do dyspozycji 2 karetki umożliwiające przewóz pacjentów niepełnosprawnych na badania odbywające się zarówno w placówkach „ABC” oraz w innych punktach świadczących opiekę zdrowotną.

Osobą odpowiedzialną za funkcjonowanie adekwatnej, efektywnej i skutecznej kontroli zarządczej w podmiocie jest Kierownik Jednostki (Dyrektor). W badanej przychodni, wiele zadań z zakresu kontroli zarządczej zostało przydzielone Koordynatorowi Placówki. Jest to pracownik odpowiedzialny za zapewnienie zgodności działań placówki z procedurami i przepisami prawa, przygotowywanie comiesięcznych sprawozdań z bieżącej działalności, dbanie o przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania, prowadzenie rekrutacji nowych pracowników oraz innych zadań z zakresu zarządzania personelem.

W Centrum Specjalistyczno-Diagnostycznym „ABC” na system kontroli zarządczej składa się zintegrowany zbiór elementów, który obejmuje:

- środowisko wewnętrzne,
- cele i zarządzanie ryzykiem,
- mechanizmy kontroli,
- komunikację i informację,
- monitorowanie i ocenę.

W jednostce zostały ustalone mechanizmy kontrolne w ramach obowiązków nadzorczo – kontrolnych: samokontrola, kontrola wewnętrzna i zewnętrzna.

Samokontrolą objęci są wszyscy pracownicy placówki, bez względu na stanowisko i rodzaj wykonywanej pracy. Jest ona realizowana w ramach powierzanych zadań w czasie ich codziennego wykonywania. Polega na kontrolowaniu prawidłowości wykonywania własnej pracy w oparciu o obowiązujące przepisy przez każdego pracownika. W momencie ujawnienia nieprawidłowości, pracownicy są zobowiązani do podjęcia niezbędnych do usunięcia nieprawidłowości działań oraz poinformowania przełożonego o stwierdzonych nieprawidłowościach. Przełożony podejmuje decyzję o dalszym toku postępowania w odniesieniu do zgłoszonych i stwierdzonych nieprawidłowości.

Kontrola wewnętrzna w badanym podmiocie jest realizowana w ramach obowiązku nadzoru przez:

- dyrektora – nad podległymi komórkami organizacyjnymi,
- pracowników funkcyjnych – nad podległymi pracownikami.
- innych pracowników wyznaczonych przez Dyrektora w ramach wykonywanych przez nich zadań.

Częstotliwość i zakres prowadzenia kontroli wewnętrznej placówka określa na podstawie analizy ryzyka, przeprowadzanej dla poszczególnych obszarów działalności. Kontrola wewnętrzna jest dokumentowana w formie notatek służbowych i zawiera przebieg i zakres kontroli, a także wnioski i ocenę przeprowadzonej kontroli.

W przypadku skarg składanych przez pacjenta, ustalenia kontroli wewnętrznej są prowadzone w celu zbadania jej zasadności i opisywane w sprawozdaniu. Przedstawia ono fakty stanowiące podstawę do oceny zarzutów, a w szczególności nieprawidłowości oraz uchybienia wraz z przyczynami, skutkami i osobą odpowiedzialną.

Podmiot leczniczy ZOZ „ABC” ma spójny system zarządzania bezpieczeństwem informacji, jakości oraz kontroli zarządczej. Każdy element systemu był wdrażany stopniowo w ramach rozwoju i doskonalenia systemu zarządzania jednostki. Wszystkie placówki od wielu lat posiadają certyfikaty. Natomiast w 2018 roku badana przychodnia uzyskała certyfikat zgodności systemu zarządzania jakością ISO 9001:2015.

Dla usprawnienia i ułatwienia funkcjonowania kontroli zarządczej placówka na każdy rok sporządza plan działalności, w którym zamieszcza cele do zrealizowania w danym roku wraz z miernikiem realizacji oraz ze wskazaniem osoby odpowiedzialnej za konkretne zadanie lub cel.

Mimo stosowania Planu Działalności na dany rok, obowiązujących na stałe procedur, przepisów czy ustaw zdarzają się sytuacje nieuwzględnione w planach i analizach. Podmiot leczniczy został wystawiony na dodatkowe utrudnienia w 2020 roku, nieprzewidziane przez żadne plany i żadnych koordynujących. Żadna analiza ryzyka prowadzona w ramach funkcjonującej kontroli zarządczej nie przewidywała pandemii na skalę światową i ograniczeń z tym związanych. W marcu 2020 w Polsce pojawiły się pierwsze zachorowania na COVID-19, powodowane wirusem SARS-CoV-2. Placówka musiała wprowadzić dodatkowe procedury, aby móc dalej zapewniać pacjentom dostęp do świadczeń medycznych w sposób bezpieczny, zarówno dla pacjentów, jak i personelu. Była i nadal jest to ogromna próba dla personelu zarządzającego placówką. Aby ograniczyć ilość osób wchodzących do placówki, zostały wprowadzone teleporady. Pacjenci, którzy wymagają wizyty, muszą się trzymać zasad panujących w budynku. Należą do nich: dezynfekcja przy wejściu do przychodni, prawidłowe założenie maseczki zakrywającej usta i nos, wypełnienie ankiety dotyczącej aktualnego stanu zdrowia oraz dystans od innych osób, znajdujących się na terenie placówki. Żeby zminimalizować prawdopodobieństwo zakażenia się koronawirusem przez personel i pacjentów, została dodatkowo opracowana analiza ryzyka zarażania i procedura postępowania, obowiązująca we wszystkich przychodniach, aptekach i punktach aptecznych. Raport zawiera opis pracy narażającej na zarażenie, ocenę ryzyka, czynności, które mogą powodować ryzyko i zalecenia oraz środki ochrony osobistej, pozwalające na zminimalizowanie ryzyka.

Kontrola zarządcza to zagadnienie wymagające konfrontacji wymiaru formalnego z funkcjonalnością przyjętych rozwiązań. Poza analizą uregulowań formalnych należy dokonać oceny użyteczności stosowanych narzędzi, które są realizacją wymogów z zakresu kontroli zarządczej.

Ocena organizacji kontroli zarządczej została dokonana przy użyciu dwóch grup kryteriów:

- grupa I – kryteria zgodności rozwiązań z wymogami ustawowymi,
- grupa II – kryteria prakseologiczne.

Kryteria grupy I zostały uznane jako podstawowe. Zaliczają się do nich wymogi wskazane przez ustawodawcę w charakterze obligatoryjnym (ustawy) oraz w charakterze wytycznych (22 standardy kontroli zarządczej). Przyjęte kryteria grupy II zostały uznane za niezbędne dla zachowania adekwatności wykorzystywanych narzędzi zarządczych oraz dla zapewnienia adekwatności kontroli zarządczej obligowanej art. 69 ust. 1 ustawy o finansach publicznych z 2009 r.

Kryteria i dopuszczone do oceny wartości zostały ujęte w *Tabeli 2*. Do każdego kryterium zostały przypisane wartości punktowe, służące ocenie spełnienia

tego kryterium. Dopuszczono wartości: 0, 1 i ½ pkt. W grupie I wartość ½ pkt zastosowano, gdy z analizy nie wynikała jednoznaczna odpowiedź, bądź kryterium zostało spełnione częściowo. Natomiast w grupie II wartość ½ stosowano, gdy treść dokumentacji uzyskanej do wglądu podczas wywiadu z koordynatorem placówki nie potwierdzała jego deklaracji w tym zakresie. Wartość 1 pkt jest wartością oczekiwaną, tzn. pozytywnie wpływającą na całokształt oceny systemu.

Tabela 2. Ocena systemu kontroli zarządczej z podziałem na kryteria grupy I i II w podmiocie leczniczym „ABC”.

Lp.	Kryterium oceny	Ocena stanu faktycznego
I.	Kryteria zgodności z wymogami ustawodawcy	
1.	Zgodność rozumienia pojęcia kontroli zarządczej z intencją ustawodawcy.	zgodne (1) / niezgodne (0)
2.	Poprawność wyznaczenia osób odpowiedzialnych w procesie kontroli zarządczej: <ul style="list-style-type: none"> – wskazano kierownictwo, – wskazano stanowiska nie kierownicze, – wskazano osoby spoza jednostki. 	tak (1) / nie (0) tak (1) / nie (0) tak (0) / nie (1)
3.	Zgodność procesu wyznaczenia celów ze standardami kontroli zarządczej: <ul style="list-style-type: none"> – zarządzenie wymaga od kierownictwa wyznaczenia celów jednostki w perspektywie minimum roku, – wyznaczane cele powinny być przyporządkowane miernikom ich wykonania wraz oczekiwanym wartościom docelowym, – zarządzenie wymaga monitorowania realizacji wyznaczonych celów za pomocą ustalonych mierników. 	tak (1) / nie (0) tak (1) / nie (0) tak (1) / nie (0)
4.	Zgodność procesu zarządzania ryzykiem ze standardami kontroli zarządczej: <ul style="list-style-type: none"> – identyfikacji ryzyka należy dokonywać minimum raz w roku, – ryzyko oceniane jako wypadkowa prawdopodobieństwa jego wystąpienia oraz skutków zmaterializowania. 	tak (1) / nie (0) tak (1) / nie (0)

Lp.	Kryterium oceny	Ocena stanu faktycznego
5.	Zgodność pozostałych elementów organizacji kontroli zarządczej ujętych w zapisach zarządzenia kierownika jednostki będącego przedmiotem oceny z założeniami koncepcyjnymi kontroli zarządczej: <ul style="list-style-type: none"> – formy organizacyjne kontroli zarządczej, – pojęcie samokontroli, – zakres samokontroli, – pojęcie samooceny, – zakres samooceny. 	dopuszczalne (0) / niedopuszczalne (1) właściwe (1) / błędne (0) właściwe (1) / błędne (0) właściwe (1) / błędne (0) właściwe (1) / błędne (0)
II.	Kryteria prakseologiczne (adekwatność kontroli zarządczej)	
6.	Zgodność procesu zarządzania ryzykiem do wymogów prakseologicznych: <ul style="list-style-type: none"> – proces identyfikacji oraz analizy ryzyka jest poprzedzeniem wyznaczenia celów lub jego integralną częścią, – proces identyfikacji ryzyka wykorzystuje sygnały (inicjatywy, wnioski, skargi itp.) zgłaszane przez pacjentów placówki, – pracownicy jednostki są zaangażowani w proces identyfikacji ryzyka, – istotnie znaczące ryzyko, na które podmiot nie może samodzielnie podjąć skutecznej reakcji jest sygnalizowane kompetentnym do tego podmiotom zewnętrznym. 	tak (1) / nie (0) tak (1) / nie (0) tak (1) / nie (0) tak (1) / nie (0) tak (1/2) / nie (0)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wywiadu z koordynatorem placówki ZOZ „ABC”.

Według kryteriów użytych w powyższej tabeli, badany podmiot leczniczy wypada dobrze. Tylko w dwóch kryteriach oceniony został negatywnie. Podmiot nie wskazał osób odpowiedzialnych za procesy kontroli zarządczej spoza placówki. Taką osobą jest Inspektor BHP, który realizuje zadania m.in. w zakresie oceny ryzyka zawodowego, prowadzenia i analiz oraz wprowadzania rozwiązań minimalizujących ryzyko. Inspektor wysyła analizy, sprawozdania bezpośrednio do rąk kierownika jednostki, natomiast pracownicy znają go i wiążą jedynie z osobą, która przeprowadza okresowe szkolenia z zakresu BHP.

Drugim elementem, który nie jest realizowany zgodnie z uznanymi kryteriami to niedopuszczenie i nieprowadzenie odrębnych form organizacyjnych dla celów realizowania procesów kontroli zarządczej. Większość zadań leży w obowiązkach koordynatora placówki. Nie wynika to jednak z odrębnego stanowiska, a jedynie z uwzględnienia pewnych zadań na wykazie obowiązków.

Zakończenie

Prawidłowo rozumiane funkcjonowanie zasad kontroli zarządczej wpływa zdecydowanie na poprawność przyjmowanych przez kierownika jednostki rozwiązań wykonawczych. W badanym podmiocie leczniczym nie stwierdzono problemów z zakresu zgodności systemu wyznaczania celów oraz zadań ze standardami kontroli zarządczej, czy poprawności identyfikacji ryzyka, a przede wszystkim prawidłowej interpretacji w zakresie kontroli zarządczej zgodnej z intencjami ustawodawcy.

Indywidualna ocena kierownika jednostki na podstawie przytoczonych w artykule kryteriów mogłaby pomóc w doskonaleniu procesów kontroli zarządczej, bowiem zgodnie z postanowieniami ustawy o finansach publicznych, powinna ona funkcjonować w sposób adekwatny. By podmiot leczniczy mógł dokonać poprawy adekwatności funkcjonowania kontroli zarządczej, powinien przeprowadzić dodatkową ocenę jej kontrolowania oraz dokonać aktualizacji struktury organizacyjnej. Dla poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej w tym podmiocie istotnym ruchem byłoby powołanie dodatkowego stanowiska dla pełnomocnika ds. kontroli zarządczej. Osoba wykwalifikowana w tym zakresie z obiektywnym i nowym spojrzeniem na sytuację podmiotu, mogłaby zaproponować zmiany prowadzące do poprawy efektywności i skuteczności w realizowaniu celów oraz zadań, a także poprawy gospodarki finansowej.

Reasumując, badany podmiot leczniczy realizuje zadania z zakresu kontroli zarządczej na podstawie obowiązującego w placówce zarządzenia. Nadzór nad zadaniami pełni koordynator placówki. Jest to jedyny pracownik w jednostce, zajmujący się zadaniami z tej dziedziny. Cele i zadania w jednostce są ogólnie planowane i regulowane szczegółowo na piśmie. Proces zarządzania ryzykiem także jest uregulowany i opracowywany w dokumentacji placówki oraz weryfikowany w trakcie roku, gdy zajdą nietypowe i nieuwzględnione wcześniej okoliczności. Pracownicy podmiotu są zaangażowani w całość procesu kontroli zarządczej i rozliczani z wypełniania swoich zadań w tym zakresie. To wszystko składa się na pozytywną ocenę przebiegu procesu kontroli zarządczej w badanym podmiocie.

W wyniku badań przeprowadzonych na wybranym podmiocie, można wyciągnąć ogólne wnioski dotyczące obszarów kontroli zarządczej, istotnych dla podmiotów leczniczych. Jako najistotniejsze obszary należy wskazać: zarządzanie ryzykiem, ochronę danych osobowych pacjentów oraz przestrzeganie procedur medycznych. Podejmowanie działań w tych obszarach zmniejsza ryzyko wystąpienia błędu medycznego, podwyższa jakość świadczenia usług medycznych, a co za tym idzie uniknięcie ewentualnych kar w procesach z poszkodowanymi i niezadowolonymi pacjentami. Efektywne prowadzenie kontroli zarządczej w podmiotach leczniczych, mimo braku obowiązku w niektórych przypadkach, może znacznie zwiększyć bezpieczeństwo działań podmiotów i zwiększyć efektywność realizacji wyznaczanych sobie zadań i celów. Całość tych działań nie tylko wpływa na zadowolenie pacjentów oraz jakość świad-

czoney opieki, ale równie ważne dla podmiotów leczniczych dochody. Nie należy zapominać, że oprócz tego, iż są to podmioty lecznicze nastawione na dbanie o zdrowie i dobro pacjenta, są to jednocześnie przedsiębiorstwa nastawione na osiąganie zysków.

Bibliografia

1. Chluska J., *Nowe Wyzwania zarządzania strategicznego w podmiotach leczniczych – szpitalach*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej Zarządzanie”, Nr 23 t. 2, Częstochowa 2016.
2. Ćwiklicki M., *Kontrola zarządcza. Podstawowe zagadnienia kontroli zarządczej. Poradnik dla jednostek samorządu terytorialnego*, Kraków 2015, MSAP.
3. Komunikat nr 3 Ministra Finansów z dnia 16.02.2011 r. w sprawie szczegółowych wytycznych w zakresie samooceny kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych [Dz. Urz. MF Nr 2, poz. 11].
4. Komunikat nr 6 Ministra Finansów z dnia 6.12.2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem [Dz. Urz. MF z 2012 r., poz. 56].
5. Komunikat nr 23 Ministra Finansów z dnia 16.12.2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych [Dz. Urz. MF Nr 15, poz. 84].
6. Kowalczyk E., *Procedury kontroli zarządczej w jednostce sektora finansów publicznych. Wzory i przykłady*, Wydawnictwo Presscom sp. z o.o., Wrocław 2011.
7. Lewandowski R., Kozuch A. Sasak J., *Kontrola zarządcza w placówkach ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer Polska, 2018.
8. Małecka – Łyszczek M. pod red. Marka Ćwiklińskiego, *Podstawowe zagadnienia kontroli zarządczej. Poradnik dla jednostek samorządu terytorialnego*, MSAP, Kraków 2015.
9. Matecka M., Sielska J., Dąbrowska E., *Kompetencje menedżera podmiotu leczniczego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 875 Problemy zarządzania, finansów i marketingu” nr 41, t. 2, 2015.
10. Mojsiewicz M., Tarczyński W., *Zarządzanie ryzykiem*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2001.
11. Okoniewska M., *Zarządzanie ryzykiem w placówce medycznej musi być działaniem systemowym*. 15.12.2015, <https://www.prawo.pl/zdrowie/zarządzanie-ryzykiem-w-placowce-medycznej,253469.html> [dostęp: 08.10.2021 r.].

12. Podlewski J., *Ład korporacyjny, kontrola wewnętrzna i zarządzanie ryzykiem w podmiotach leczniczych*, „Przestrzeń, Ekonomia, Społeczeństwo”, Sopot 2019.
13. Pujer K., *Ekonomiczne i społeczne aspekty nowoczesnego zarządzania przedsiębiorstwem*, Exante, Wrocław 2016.
14. Redziak Z., *Zarządzanie ryzykiem w organizacji*, Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2015.
15. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 305 z późn. zm.).
16. Thlon M., *Katedra Teorii Ekonomii, Charakterystyka i klasyfikacja ryzyka w działalności gospodarczej*, Zesz. Nauk. UEK, 2013, 902.
17. Wilimowska Z., Seretna-Sałamaj D., Szczepańska J., *Wybrane aspekty zarządzania ryzykiem w decyzjach inwestycyjnych*. CeDeWu, Warszawa 2012.
18. Williams Jr. C.A., Smith M.L., Young P.C., *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2002.

Informacje o autorze

Agata Orzendowska,
Sopocka Szkoła Wyższa, Polska
e-mail: agata.reca@ssw-sopot.pl