

Procedura¹⁾¹⁾¹⁾¹⁾

Identyfikacja i Pomiar Ryzyka w SP ZOZ MSWiA w Opolu

**Dyrektor
SP ZOZ MSWiA w Opolu
Jacek Bartosz**

1)1)1)¹⁾ Załącznik w brzmieniu ustalonym § 1 zarządzenia nr 38/2022 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu z dnia 8 kwietnia 2022 r. zmieniającego zarządzenie z dnia 20 stycznia 2022 r. w sprawie wprowadzenia Procedury Identyfikacja i Pomiar Ryzyka w SP ZOZ MSWiA w Opolu.

1. **Cel procedury:** ustanowienie i sformowanie jednolitego podejścia do identyfikacji i pomiaru ryzyka w SP ZOZ MSWiA w Opolu;
2. **Zakres podmiotowy:** procedura ma zastosowanie we wszystkich komórkach organizacyjnych SP ZOZ MSWiA w Opolu i obowiązuje wszystkich zatrudnionych;
3. **Zakres przedmiotowy:** kluczem do szacowania ryzyka jest identyfikacja zagrożeń i możliwości (szans); ryzyko nie może być mierzone, uszeregowane ani zarządzane dopóki nie zostanie zidentyfikowane; w identyfikacji ryzyka prowadzi się rozważania na temat zagrożeń (i możliwych szans), które mogą oddziaływać na Szpital i jego zdolność do osiągnięcia celów.

4. Główne podejścia do identyfikacji ryzyka:

4.1 Analiza zagrożenia: identyfikacja ryzyk które mogą oddziaływać na zasoby (aktywa) — metoda ta koncentruje się na zasobach (aktywach) narażonych na ryzyko w trakcie trwania procesu a w szczególności:

- środki trwałe - aparatura i sprzęt medyczny, maszyny, urządzenia, etc.;
- aktywa finansowe — środki pieniężne, inwestycje;
- zasoby ludzkie włączając w to wiedzę i doświadczenie pracowników;
- wartości niematerialne i prawne w tym w szczególności informacje, reputacja, rozpoznawalność;

4.1.1 Metoda zagrożenia bierze pod uwagę:

- wielkość;
- rodzaj (typ);
- mobilność;
- lokalizację zasobów (aktywów).

4.1.2 Zagrożenia i ryzyko są badane pod względem istotności oddziaływania na zasoby (aktywa).

4.1.3 Metoda ma zastosowanie w procesach w których osiągnięcie ich celów uzależnione jest wysoce od zasobów (aktywów).

4.1.4 W każdym procesie występują inne źródła ryzyka dlatego koniecznym jest aby wykorzystywać przynajmniej dwie (lub wszystkie trzy) główne metody identyfikacji ryzyka, tak aby zapewnić, że wszystkie istotne czynniki ryzyka zostały rozpatrzone.

4.2 Analiza środowiskowa: identyfikacja ryzyk, które mogą wpływać na działania operacyjne.

4.2.1 Metoda środowiskowa stara się wziąć pod uwagę ryzyko powstałe w wyniku różnych stanów środowiska, zarówno tych obecnych jak i przyszłych;

4.2.2 Zagrożenie i ryzyko są badane pod względem istotności oddziaływania na osiągnięcie celów;

4.2.3 Na proces wpływa wiele zewnętrznych czynników środowiskowych, które są zidentyfikowane na podstawie listy środowisk a w szczególności takich jak:

- środowisko fizyczne — strona, lokalizacja, pogoda, obszar, dostęp;
- środowisko ekonomiczne — finanse, stopy procentowe, gospodarka;
- regulacje państwowe — prawo, polityka, regulacje prawne -obowiązujące lub oczekiwane;
- konkurencja — bezpośredni konkurenci, pośredni konkurenci;

- interesariusze w tym NFZ i pacjenci;
- technologia;
- dostawcy.

4.2.4 Niewiadomą jest zarówno obecny jak i przyszły stan środowisk, jak również kierunek zmian, które będą w nim zachodziły (ważne jest „co jest” oraz „co się może wydarzyć”) w kontekście konsekwencji, które wpłyną na realizację celów jednostki/komórki.

4.3 Scenariusze zagrożenia: Specjalistyczna metoda identyfikacji ryzyka oszustwa i/lub zagrożenia, katastrofy;

4.3.1 Identyfikacja i szacowanie ryzyka w Szpitalu rozpoczyna się od jednej z wyżej opisanych metod tj. metody zagrożenia lub metody środowiskowej albo obu jednocześnie, następnie właściciel procesu przygotowuje scenariusz funkcjonowania procesu, w którym może wystąpić nadużycie lub naruszenie sfery bezpieczeństwa.

4.3.2 Scenariusz zagrożenia może być wykorzystywany przy podstawowym szacowaniu szczególnie w sytuacji umiejętnego sprofilowania ryzyka nadużycia lub związanego z bezpieczeństwem.

4.3.3 Przeprowadzenie scenariuszy zagrożenia ograniczone jest przez czas. Oznacza to, że scenariusz rozważa konkretny okres, rozpoczynający się od momentu kiedy to konsekwencje zidentyfikowanych zagrożeń ulegają zmianom w czasie. Scenariusze zagrożenia dotyczą ściśle określonych okresów czasu.

4.3.4 Scenariusze zagrożenia są konstruowane w okresach czasu krótkim, średnim i długim.

4.3.5 Krótkookresowe zagrożenia są klasyfikowane jako:

- błędy;
- opóźnienia;
- pominięcia;
- nadużycia w tym oszustwa;

4.3.6 Scenariusze zagrożenia są narracyjnym opisem procesu i ryzyka związanego z zasobami (aktywami) jak również prawdopodobieństwa i konsekwencji zeń wynikających, że proces lub element procesu nie będzie funkcjonował prawidłowo.

4.3.7 Proces jest dokładnie udokumentowany w formie narracyjnej lub „portfolio”. W formie „portfolio” wykorzystywanych jest minimum danych.

4.3.8 Model analizy ryzyka w Szpitalu wykorzystuje formę portfolio obejmując:

- opis zasobów (aktywów),

Przykład: Komputer — jednostka centralna;

- specyficzne zagrożenie,

Przykład: zalanie wodą;

- Konsekwencje w stosunku do tego zasobu (aktywa) spowodowane tym zagrożeniem,

Przykład: brak dostępu, koszty wymiany/naprawy, koszty innych rozwiązań/urządzeń do tworzenia kopii zapasowych;

- W jaki typowy sposób zagrożenie urzeczywistnia się,

Przykład: dach przecieka na sprzęt komputerowy.

- W zależności od lokalizacji typowym zagrożeniem zniszczeń dokonywanych przez wodę może być zalanie którego źródłem mogą być zarówno warunki atmosferyczne jak i nieszczelność instalacji wodnej.

4.3.9 Jeżeli głównym zagrożeniem jest nadużycie w tym oszustwo, to scenariusz jego urzeczywistnienia powinien obejmować trzy elementy:

- Jak zasób (aktywów) i jakiemu nadużyciu może podlegać?;
- Jak nadużycie mogłoby być ukryte lub niewykryte?;
- Konwersja/zmiana: jak nadużycie mogłoby być przekonwertowane aby mogłoby być wykorzystane przez sprawcę?;

5. Przebieg postępowania:

5.1 Postępowanie przy identyfikowaniu i analizie ryzyka polega na wykonaniu następujących kolejno po sobie czynności:

- 1) ustaleniu listy celów do realizacji w SP ZOZ MSWiA w Opolu i komórkach organizacyjnych;
- 2) określeniu ryzyk do każdego celu określonego dla jednostki/komórki organizacyjnej, przy ewentualnym wykorzystaniu „Kwestionariusza identyfikacji ryzyk”, którego wzór zawiera pkt. 5.2 niniejszej procedury;
- 3) określeniu przyczyn i skutków zidentyfikowanego ryzyka;
- 4) przeanalizowaniu każdego zidentyfikowanego ryzyka, w celu oszacowania ryzyka nieodłącznego poprzez określenie:
 - a) prawdopodobieństwa jego wystąpienia — ocena punktowa w skali od 1 do 4,
 - b) wpływu jaki będzie miało ewentualne wystąpienie ryzyka — ocena punktowa w skali od 1 do 4,
- 5) określeniu występujących mechanizmów kontrolnych dla zidentyfikowanych ryzyk,
- 6) określeniu koniecznych do wprowadzenia mechanizmów kontrolnych w celu zminimalizowania zidentyfikowanego ryzyka;
- 7) przeanalizowaniu każdego zidentyfikowanego ryzyka, w celu oszacowania ryzyka rezydualnego poprzez określenie:
 - a) prawdopodobieństwa jego wystąpienia — ocena punktowa w skali od 1 do 4,
 - b) wpływu jaki będzie miało ewentualne wystąpienie ryzyka — ocena punktowa w skali od 1 do 4;
- 8) określeniu punktowej oceny zidentyfikowanego ryzyka;
- 9) uszeregowaniu, według ważności, celów do realizacji w jednostce organizacyjnej, zgodnie ze wzorem zawartym w pkt. 5.3 niniejszej procedury. Ważność określana jest przez ilość istotnych ryzyk zidentyfikowanych do każdego celu ustalonego do realizacji.

5.2 Kwestionariusz identyfikacji ryzyk.

Kwestionariusz identyfikacji ryzyk to narzędzie mające ułatwić identyfikację ryzyk występujących w Szpitalu i jest wstępnie uzgodnioną listą pytań umożliwiających zidentyfikowanie obszarów ryzyka. Wyniki kwestionariusza można wykorzystać podczas dyskusji moderowanej jako punkt wyjścia właściwej identyfikacji ryzyk występujących w Szpitalu.

| L.p. | Pytanie | Odpowiedź – w ramach prowadzonej w jednostce organizacyjnej analizy |
|------|---|---|
| 1. | Co w prowadzonych przez nas działaniach może pójść źle ? Z jakiego powodu ? | |
| 2. | Gdzie tkwią nasze słabości i jakich obszarów one dotyczą? Czy je znamy? Czy podejmujemy jakieś działania? | |
| 3. | Które z realizowanych procesów/przedsięwzięć są najbardziej skomplikowane? | |
| 4. | Co może spowodować zakłócenia funkcjonowania naszej jednostki/komórki? Jakich obszarów to dotyczy? Czy takie zakłócenia już istnieją? | |
| 5. | Co musi pójść dobrze aby zrealizowane zostały nasze zadania/cele? | |
| 6. | Które z podejmowanych decyzji wiążą się z największym ryzykiem? | |
| 7. | Czy nasze działania związane są z wydatkowaniem środków publicznych? Jakich działań to dotyczy ? | |
| 8. | Czy dysponujemy majątkiem który należy chronić? | |
| 9. | Jakie informacje są nam niezbędne do realizacji naszych celów, zadań ? | |
| 10. | Jakie są obszary, które wiążą się z możliwością poniesienia straty (finansowej, innej)? Jak to obszary? | |
| 11. | Czy prowadzona działalność uzależniona jest od systemów informatycznych ? Czy niedostatek tego zasobu wpłynie na realizację celów i zadań komórki ? | |

5.3 Lista celów realizowanych przez jednostkę organizacyjną, uszeregowanych według ich ważności.

| Zadania / cele | Ilość zidentyfikowanych istotnych ryzyk | Numer/ry ryzyka/yk wynikający/ce z zatwierdzonego w jednostce rejestru ryzyk | Funkcja / stanowisko odpowiedzialna/odpowiedzialne za realizację celu/ zadania i wdrożenie mechanizmów kontrolnych |
|----------------|---|---|--|
| 1. | 2. | 3. | 4. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

5.4 Stopień określenia prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka określa się poprzez następujące wartości punktowe:

1. 1 — **rzadkie prawdopodobieństwo** — **do 30 %** szans, że ryzyko wystąpi w nadchodzącym roku, o ile nie zostanie zmniejszone (lub: ryzyko będzie się krystalizować rzadko, jego przypadki będą pojedyncze),
2. 2 — **średnie prawdopodobieństwo** — **od 41 do 60 %** szans, że ryzyko wystąpi w nadchodzącym roku, o ile nie zostanie zmniejszone (lub: ryzyko będzie się krystalizować okazjonalnie bądź w wyniku zbiegu niezwyklej okoliczności),
3. 3 — **wysokie prawdopodobieństwo** — **od 61 do 89 %** szans, że ryzyko wystąpi w nadchodzącym roku, o ile nie zostanie zmniejszone (lub: ryzyko będzie się krystalizować dość często bądź w wyniku równoczesnego występowania różnych problemów i okoliczności),
4. 4 — **najwyższe prawdopodobieństwo** — **od 90 do 100 %** szans, że ryzyko wystąpi w nadchodzącym roku, o ile nie zostanie zmniejszone (lub: ryzyko będzie systematycznie narastać).

5.5 Stopień określenia wplywu wystąpienia ryzyka określa się poprzez następujące wartości punktowe:

- 1.1 — **mały wpływ ryzyka** - rozwiązanie problemu będzie wymagało pewnego nakładu czasu/zasobów, lecz problem nie spowoduje trwałej szkody i wywrze mały wpływ na wyniki finansowe. Stanie się wydarzeniem o ograniczonej informacji w mediach lokalnych. Może spowodować niewielkie zakłócenia w działalności,
- 2.2 — **średni wpływ ryzyka** — rozwiązanie problemu będzie wymagało umiarkowanego nakładu czasu/zasobów. Usunięcie skutków będzie wymagało czasu. Wywrze wpływ na wyniki finansowe, których ranga będzie wymagała ujawnienia. Może stać się wydarzeniem publicznym gdyż pewne informacje pojawią się w mediach lokalnych lub regionalnych. Może spowodować zakłócenia w działalności,
- 3.3 — **poważny wpływ ryzyka** - rozwiązanie problemu będzie wymagało dużego nakładu czasu i zasobów oraz będzie wymagało podjęcia decyzji o sposobie rozwiązania problemu przez kierownictwo wyższego szczebla. Usunięcie skutków będzie bardzo trudne. Wywrze poważny wpływ na wyniki finansowe i stanie się ważnym wydarzeniem publicznym - pewne informacje pojawiły się w mediach lokalnych i regionalnych. Może nastąpić brak realizacji kluczowego celu,
- 4.4 - **krytyczny wpływ ryzyka** – rozwiązanie problemu będzie wymagało dużego nakładu czasu i zasobów oraz będzie wymagało podjęcia decyzji dotyczących strategicznego poziomu rozwiązań. Skutki ryzyka będą nieodwracalne. Wywrze istotny wpływ na wyniki finansowe i

stanie się ważnym wydarzeniem publicznym – doniesienia w mediach całego kraju. Spowoduje brak realizacji kluczowych celów.

Sposób prezentacji punktowej oceny ryzyka stanowi załącznik nr 1.

5.6 Kierownicy komórek organizacyjnych/pracownicy na samodzielnych stanowiskach pracy są zobowiązani udokumentować przeprowadzoną w podległej komórce analizę ryzyka, w szczególności poprzez utworzenie rejestru ryzyk, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszej procedury.

5.7 Wyniki analizy ryzyka -rejestry ryzyk, kierownicy/pracownicy na samodzielnych stanowiskach pracy są zobowiązani przekazać Zespołowi ds. analizy i oceny ryzyka w terminie do 31 marca każdego roku. Szpitalny rejestr ryzyk jest przedstawiany do akceptacji Dyrektora SP ZOZ MSWiA w Opolu wraz z opinią przygotowaną przez Zespół ds. analizy i oceny ryzyka.

5.8 O sposobie postępowania w odniesieniu do zidentyfikowanych ryzyk:

- 1) których wpływ jest niewielki lub mały decyzję podejmuje kierownik komórki organizacyjnej,
- 2) których wpływ jest średni decyzję podejmuje Dyrektor SP ZOZ MSWiA w Opolu, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, Główny Księgowy na podstawie opinii Zespołu ds. oceny i analizy ryzyka,
- 3) których wpływ jest poważny lub krytyczny decyzję podejmuje Dyrektor SP ZOZ MSWiA w Opolu w oparciu o pisemną opinię Zespołu ds. oceny i analizy ryzyka.

5.8.1 W stosunku do każdego zidentyfikowanego w jednostce organizacyjnej ryzyka kierownik jest zobowiązany planować i wdrażać odpowiednie mechanizmy kontrolne.

5.8.2 Kierownicy komórek organizacyjnych/pracownicy na samodzielnych stanowiskach mają obowiązek dokonywania półrocznych przeglądów samych ryzyk w celu uzyskania informacji czy:

- 1) ryzyko nadal występuje,
- 2) pojawiło się nowe ryzyko,
- 3) prawdopodobieństwo i wpływ ryzyka zmieniło się,
- 4) stosowane mechanizmy kontrolne są efektywne.

5.8.3 Przeglądy ryzyk odbywają się w formie spotkania Dyrektora SP ZOZ MSWiA w Opolu, Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, Głównego Księgowego z podległą kadrą kierowniczą, z którego to spotkania sporządza się protokół.

5.8.4 Kierownicy komórek organizacyjnych/ pracownicy na samodzielnych stanowiskach mają obowiązek dokonywania przeglądu wszystkich działań z zakresu zarządzania ryzykiem występujących w komórce organizacyjnej w celu zgłaszania Zespołowi ds. analizy i oceny ryzyka propozycji podnoszących ich skuteczność.

5.8.5 Wykonanie czynności określonych w ust. 5.8.1 i 5.8.2 należy udokumentować, a dokumentację z omawianego zakresu należy dołączyć do rocznego raportu samooceny ryzyka, którego wzór stanowi załącznik nr 3 w terminie do 31 stycznia każdego roku.

5.8.6 Dyrektor SP ZOZ MSWiA w Opolu, w zależności od potrzeb, poleca kierownikom komórek organizacyjnych wdrożenie zaproponowanych mechanizmów kontrolnych związanych ze zidentyfikowanymi ryzykami, które zagrażają realizacji celów, planów i zadań Szpitala.

5.9 Kierownicy komórek organizacyjnych/pracownicy na samodzielnych stanowiskach pracy zobowiązani są do składania rocznych raportów samooceny ryzyka do 31 stycznia każdego roku, w celu:

- 1) udokumentowania, że dokonano w danej komórce/stanowisku przeglądu wszystkich działań z obszaru zarządzania ryzykiem,
- 2) udokumentowania w formie protokołu, o którym mowa w pkt. 5.8.3, że samo ryzyko było poddawane przeglądowi co pół roku przez kierownika komórki organizacyjnej/pracownika na samodzielnym stanowisku.

5.9.1 Roczne raporty samooceny ryzyka, o których mowa w pkt. 5.8.5, Szpitalny rejestr ryzyk i opinie Zespołu ds. analizy i oceny ryzyka są wykorzystywane w toku pracy Zespół do spraw analizy i oceny ryzyka.

5.10 Wyniki identyfikacji i analizy ryzyka wykorzystywane są przez audytora wewnętrznego na etapie przygotowywania rocznego planu audytu wewnętrznego.

5.10.1 Zespół ds. analizy i oceny ryzyka przekazuje, na wniosek audytora wewnętrznego, wyniki identyfikacji i analizy ryzyka w Szpitalu.

5.10.2 Niezależna ocena zarządzania ryzykiem w Szpitalu jest przeprowadzana przez audytora wewnętrznego w ramach realizacji zadań zapewniających oraz prowadzenia czynności doradczych.

5.11 Przewodniczącym Zespołu ds. analizy i oceny ryzyka jest Koordynator ds. kontroli zarządczej SP ZOZ MSWiA w Opolu.

5.11.1 Dyrektor SP ZOZ MSWiA w Opolu co najmniej raz na kwartał zwołuje Zespół do spraw analizy i oceny ryzyka, którego działalność ma na celu:

- 1) dokonanie przeglądu ryzyk występujących w Szpitalu,
- 2) dokonanie przeglądu stosowanych jak i proponowanych przez kierowników komórek organizacyjnych Szpitala/pracowników na samodzielnych stanowiskach mechanizmów kontrolnych związanych ze zidentyfikowanym ryzykiem,
- 3) ustalenie poziomu ryzyka akceptowalnego dla ryzyk strategicznych i operacyjnych,
- 4) uzgodnienie polityki zarządzania ryzykiem – po pierwszej przeprowadzonej przez kierowników komórek organizacyjnych/pracowników na samodzielnych stanowiskach analizie ryzyka.

5.11.2 W celu ustalenia poziomu ryzyka akceptowalnego Zespół ds. analizy i oceny ryzyka analizuje w szczególności następującą dokumentację:

- 1) roczne raporty samooceny ryzyka,
- 2) Szpitalny rejestr ryzyk,
- 3) opinie składane Dyrektorowi SP ZOZ MSWiA w Opolu przez Zespół ds. analizy i oceny ryzyka
- 4) listy celów realizowanych przez samodzielne stanowiska/komórki organizacyjne, uszeregowane według ich ważności.

5.11.3 Zespół do spraw analizy i oceny ryzyka podejmuje działania mające na celu zwiększenie prawdopodobieństwa osiągnięcia celów Szpitala i właściwy governance (ład organizacyjny), który wymaga wdrożenia odpowiednich planów zarządzania ryzykiem.

5.11.4 Zespół do spraw analizy i oceny ryzyka jest zwoływany po raz pierwszy po przeprowadzonej przez kierowników organizacyjnych/pracowników na samodzielnych stanowiskach pracy pierwszej analizie ryzyka.

5.11.5 Decyzje podjęte przez Zespół do spraw analizy i oceny ryzyka są przekazywane do wykonania odpowiednim kierownikom komórek organizacyjnych/pracownikom na samodzielnych stanowiskach pracy.

5.12 Kierownicy komórek organizacyjnych/pracownicy na samodzielnych stanowiskach pracy zobowiązani są do wykonania czynności, o których mowa w pkt. 5.1 ust. 1, 2 i 3 przekazania wyników prac dotyczących 2022 r. w terminie do 30 czerwca 2022 r., a w każdym następnym roku do dnia 31 marca Zespołowi ds. analizy i oceny ryzyka.

5.13 Użyte w Procedurze określenia oznaczają:

- **ryzyko** – prawdopodobieństwo wystąpienia dowolnego zdarzenia, działania lub zaniechania, które może przeszkodzić w osiągnięciu wyznaczonych celów i zadań,
- **czynnik ryzyka** – zdarzenie, działanie, zaniechanie, które może spowodować wystąpienie ryzyka,
- **ryzyko nieodłączne** – ryzyko występujące bez jakichkolwiek mechanizmów kontrolnych, które wpływają na to ryzyko,
- **ryzyko rezydualne** – ryzyko występujące po wprowadzeniu mechanizmów kontrolnych,
- **mechanizmy kontrolne** – metody, polityki, standardy, procedury, fizyczne środki oraz działania itp. stosowane w celu zahamowania lub zmniejszenia negatywnych skutków ryzyka. Koszt mechanizmu kontrolnego jest odpowiedni do zidentyfikowanego ryzyka i/lub potencjalnego ryzyka,
- **właściciel ryzyka** – osoba odpowiedzialna za dane ryzyko w Szpitalu, która jest rozliczana ze skuteczności zarządzania tym ryzykiem,
- **prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka** – szacowane prawdopodobieństwo lub możliwość wystąpienia zdarzenia lub działania, które wpłynie na zdolność Szpitala do realizacji celów jego działalności,
- **wpływ ryzyka** – oddziaływanie zdarzenia lub działania, na zdolność do realizacji celów,
- **punktowa ocena ryzyka** – wynik z połączenia skutków wystąpienia ryzyka i prawdopodobieństwa jego wystąpienia,
- **proces zarządzania ryzykiem** – należy przez to rozumieć wykonywanie czynności w oparciu o przyjętą metodę, dzięki której pracownicy Szpitala określają, analizują i kontrolują ryzyko działalności,
- **poziom ryzyka** – poziom ryzyka odzwierciedlający wagę ryzyka, jego nasilenie i prawdopodobieństwo wystąpienia,
- **akceptowalny poziom ryzyka** – poziom ryzyka możliwy do zaakceptowania,
- **oddziałowy/działowy rejestr ryzyk** – dokument zawierający wszystkie informacje o ryzyku, stanowiące podstawę zarządzania ryzykiem w komórce organizacyjnej,
- **Szpitalny rejestr ryzyk** – należy przez to rozumieć dokument zawierający wszystkie informacje o ryzykach w jednostkach organizacyjnych, stanowiący podstawę zarządzania ryzykiem w Szpitalu,
- **przegląd ryzyk** – spotkania kierownictwa z podległą kadrą kierowniczą w celu uzyskania i udokumentowania informacji o zarządzaniu ryzykiem w podległych komórkach organizacyjnych,

- **roczny raport samooceny ryzyka** – dokument składany obligatoryjnie przez kierowników jednostek organizacyjnych do Dyrektora SP ZOZ MSWiA w Opolu lub upoważnionej przez Dyrektora osoby, dający informację o procesie zarządzania ryzykiem w podległej komórce organizacyjnej,
- **governance** (ład organizacyjny) – należy przez to rozumieć, podejmowanie przez Władze Szpitala stosownych działań jak i monitorowanie wszystkich procesów w Szpitalu, nakierowanych na realizację jego celów.

5.14 Odpowiedzialność za prawidłowy przebieg procesu zarządzania ryzykiem ponoszą:

5.14.1 **Dyrektor SP ZOZ MSWiA w Opolu** – za weryfikację istotnych zagadnień dotyczących zarządzania ryzykiem na poziomie strategicznym i organizacyjnym, na które Szpital jako organizacja jest narażony, w szczególności za:

- ocenę sposobu identyfikacji i zarządzanie ryzykiem przez kierownictwo komórek organizacyjnych i pracowników na samodzielnych stanowiskach pracy,
- wybór działań kontrolujących ryzyko w związku z występującymi ryzykami, do których należą:
 - redukcja ryzyka – zmniejszenie ryzyka,
 - tolerowanie ryzyka – niepodejmowanie działań ze względu na niskie ryzyko lub przewagę kosztów podjęcia działań nad korzyściami,
 - wyeliminowanie ryzyka – likwidacja ryzyka lub zaprzestanie ryzykownych działań,
 - transfer ryzyka – przeniesienie ryzyka na stronę trzecią w celu przejęcia ryzyka.

5.14.2 **Kierownicy komórek organizacyjnych, w tym kierownicy Oddziałów i Działów oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach pracy** za zapewnienie zgodności działań z zakresem zarządzania w sprawie zasad zarządzania ryzykiem, w szczególności za:

- określenie listy celów do realizacji w zarządzanej komórce organizacyjnej oraz za uszeregowanie celów według ich ważności,
- identyfikację ryzyk w komórce organizacyjnej,
- analizę ryzyk zidentyfikowanych w komórce organizacyjnej,
- przeprowadzenie oceny ryzyk zidentyfikowanych w komórce organizacyjnej,
- opracowywanie i wdrażanie mechanizmów kontrolnych,
- utworzenie i aktualizację rejestrów ryzyk w komórce organizacyjnej,
- składanie raportów dotyczących zarządzania ryzykiem,
- współpracę i utrzymywanie kontaktów z Zespołem ds. analizy i oceny ryzyka,
- zapewnienie, by pracownicy byli świadomi wagi procesu zarządzania ryzykiem,
- zapewnienie wszystkim podległym pracownikom możliwości formalnego zgłaszania zmian w zakresie identyfikowanych przez nich ryzyk lub innych istotnych problemów,
- identyfikację potrzeb szkoleniowych dot. zarządzania ryzykiem.

5.14.3 **Koordinator ds. kontroli zarządczej wraz z zespołem ds. analizy i oceny ryzyka** za monitoring i przegląd systemów zarządzania ryzykiem w Szpitalu, w szczególności za:

- dokonywanie przeglądu sposobu, w jaki pracownicy na samodzielnych stanowiskach/ kierownictwo komórek organizacyjnych identyfikuje i zarządza ryzykiem;
- dokonywanie we współpracy z Dyrektorem Szpitala przeglądu działań podejmowanych w związku z występującym ryzykiem,

- c) badanie efektywności działań dotyczących zarządzania ryzykiem w Szpitalu,
- d) odbieranie i ocenianie wyników działań podejmowanych w celu identyfikacji ryzyka, analizy ryzyka oraz stosowania mechanizmów kontrolnych dotyczących ryzyka,
- e) rozpatrywanie wraz z Dyrektorem Szpitala czy zalecenia audytorów i/lub organów kontrolnych w zakresie zarządzania ryzykiem zostały właściwie wdrożone,
- f) przedkładanie Dyrektorowi Szpitala przynajmniej raz na rok raportu dotyczącego zarządzania ryzykiem przez kierowników komórek organizacyjnych/ pracowników na samodzielnych stanowiskach,
- g) prowadzenie Szpitalnego rejestru ryzyk oraz dokumentacji dotyczącej zarządzania ryzykiem,
- h) przeprowadzenie na wniosek kierownika komórki organizacyjnej, moderowanej sesji dyskusji w celu zapewnienia pomocy, podczas procesu identyfikacji i analizy ryzyka w komórce organizacyjnej.

5.14.4 **Pracownicy Szpitala** są odpowiedzialni w szczególności za zgłaszanie przełożonym informacji o pojawiających się ryzykach lub innych istotnych problemach.

5.14.5 Audytor wewnętrzny, wspiera Szpital poprzez:

- rozpoznanie i ocenę znaczących zagrożeń ryzykiem,
- usprawnianie systemów zarządzania ryzykiem i kontroli,
- monitorowanie i ocenianie skuteczności systemu zarządzania ryzykiem,
- ocenianie zagrożeń związanych z governance (ładem organizacyjnym), działalnością operacyjną oraz systemami informatycznymi.

| | |
|---|---|
| <p>Opracował : Zbigniew Dzieciołowski Koordynator ds. kontroli zarządczej</p> <p>Data: 30.03.2022r.</p> | <p>Zatwierdził: Dyrektor SP ZOZ MSWiA w Opolu Jacek Bartosz</p> <p>Data: 08.04.2022 r. - na oryginale data i podpis odręczny-</p> |
|---|---|

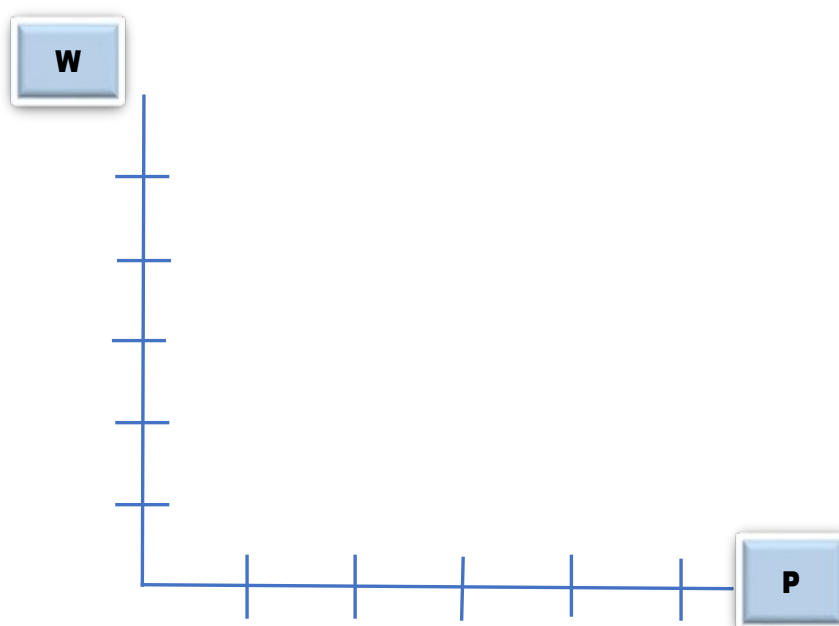
Sposób prezentacji punktowej oceny ryzyka

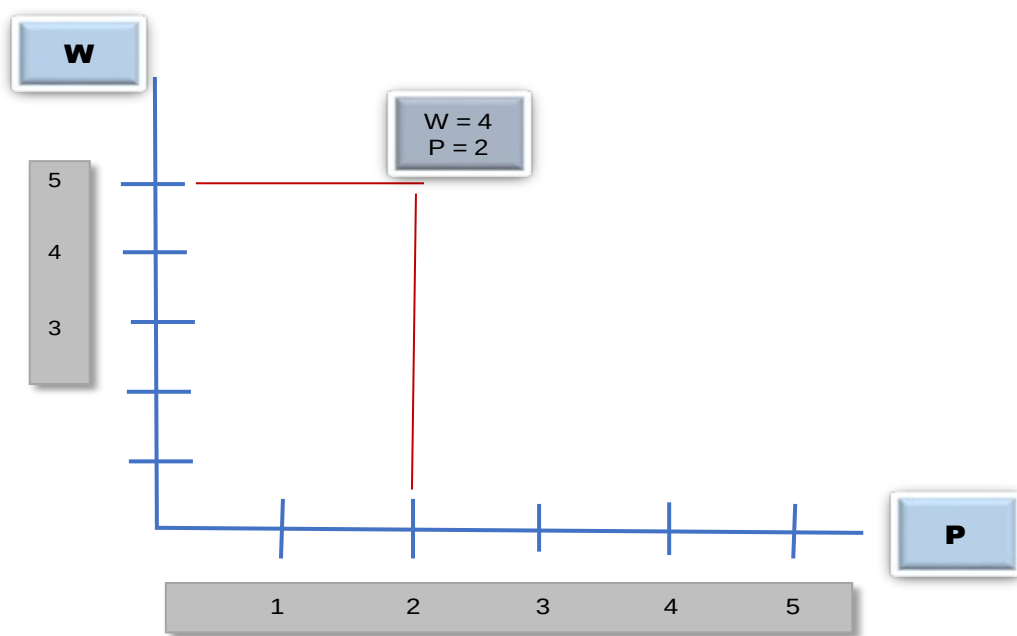
1. Punktowa ocena ryzyka wynika z połączenia skutków wystąpienia ryzyka i prawdopodobieństwa jego wystąpienia.
2. Ocenę taką przeprowadza się w celu:
 - zademonstrowania skuteczności wewnętrznych mechanizmów kontrolnych przy zmniejszeniu ryzyka,
 - uwypuklenia poważnego ryzyka, które może być ukryte, mimo funkcjonujących mechanizmów kontrolnych.
3. Ocenę punktową skutków wystąpienia ryzyka i prawdopodobieństwa jego wystąpienia **mnoży się**, by uzyskać łączną punktową ocenę ryzyka.
4. W celu określenia punktów ryzyka należy kierować się wartościami odnoszącymi się do prawdopodobieństwa i wpływu, wynikającymi z pkt. 5.4 i 5.5 Procedury.
5. Punktową ocenę ryzyka **należy przeprowadzić dla ryzyka nieodłącznego i ryzyka rezydualnego**, a wyniki należy umieścić w kolumnach 7 i 8 oddziałowego/działowego rejestru ryzyk – w prezentowany poniżej sposób.
6. W celu ułatwienia określenia punktowej oceny ryzyka nieodłącznego i ryzyka rezydualnego, należy zastosować poniższy sposób prezentacji relacji między:

P – PRAWDOPODOBIENSTWEM

W – WPŁYWEM (ODDZIAŁYWANIEM)

Przykład: punktowa ocena ryzyka rezydualnego – po zastosowaniu mechanizmów kontrolnych





Legenda

Ryzyko prawdopodobieństwo wystąpienia dowolnego zdarzenia, działania lub zaniechania, które może przeszkodzić w osiągnięciu wyznaczonych celów i zadań.

Prawdopodobieństwo (**P**) wystąpienia zdarzenia, które będzie miało wpływ na realizację zadań (celów) wynosi w tym przypadku **2**

Wpływ (**W**) wystąpienia zdarzenia, na realizację zadań (celów) wynosi w tym przypadku **4**

Łączna punktowa ocena ryzyka rezydualnego w tym przypadku wniesie **8**.

Zatem zapis tych wartości w wydziałowym rejestrze ryzyk będzie wyglądał następująco:

W=4; P=2

Wynik: 8

Roczny raport samooceny ryzyka w SP ZOZ MSWiA w Opolu

| L.p. | I. Dane ogólne | |
|------|--|--|
| 1 | Nazwa komórki organizacyjnej | |
| 2 | Imię i nazwisko, stanowisko oraz pieczęć składającego raport | |
| 3 | Dane kontaktowe składającego raport | |
| 4 | Okres za który składany jest raport | |
| 5 | Pracownik jednostki wyznaczony do kontaktów w sprawie raportu* | |
| 6 | Uwagi | |

*opcjonalnie

| L.p. | II. Identyfikacja i analiza ryzyka | |
|------|--|--|
| 1 | Proszę określić liczbę celów w komórce do realizacji na dany rok kalendarzowy. | |
| 2 | Jaką metodę zastosowano przy identyfikacji ryzyk ? np. burza mózgów, kwestionariusz, dyskusja moderowana, itd. | |
| 3 | Proszę opisać jakie problemy pojawiły się podczas identyfikacji ryzyk w komórce organizacyjnej? | |
| 4 | W przypadku pojawienia się problemów podczas identyfikacji ryzyk – jakie zostały podjęte działania mające na celu ich rozwiązanie? | |
| 5 | Jakie pojawiły się trudności podczas analizy ryzyka? | |
| 6 | Co było łatwe podczas analizy ryzyka? | |
| 7 | Kto brał udział w procesie identyfikacji i analizy ryzyka? Dlaczego? | |
| 8 | Czy wyznaczono osobę odpowiedzialną za tworzenie i prowadzenie dokumentacji dotyczącej procesu zarządzania ryzykiem w komórce? Proszę podać imię i nazwisko oraz | |

| | | |
|-------------|---|--|
| | stanowisko pracownika. | |
| 9 | Ile zidentyfikowano w komórce istotnych ryzyk? | |
| 10 | Czy lista zadań komórki uległa zmianie po dokonanej identyfikacji i analizie ryzyka? Proszę określić zakres zmian. | |
| Lp. | III. Postępowanie ze zidentyfikowanym ryzykiem | |
| 1 | Czy do wszystkich zidentyfikowanych i zanalizowanych ryzyk określono mechanizmy kontrolne? | |
| 2 | Które mechanizmy kontrolne wdrożono w pierwszej kolejności i dlaczego? | |
| 3 | Czy pojawiły się przypadki, że wdrożone mechanizmy kontrolne nie wpływały na poziom ryzyka? Z jakiego powodu nie wpływały? Jakże wówczas podjęto działania? | |
| 4 | Czy określanie mechanizmów kontrolnych dla konkretnych ryzyk było łatwe? Jeżeli nie, na czym polegała trudność? | |
| 5 | Czy pojawiają lub pojawiły się przypadki nie wdrożenia mechanizmów kontrolnych? Z jakiego powodu? | |
| 6 | Komu zgłaszano problemy pojawiające się z zarządzaniem ryzykiem np. problemy z wdrażaniem mechanizmów kontrolnych? | |
| 7 | Ile przeglądów ryzyk w raportowanym okresie dokonano? | |
| 8 | Czy po dokonywanych przeglądach ryzyk weryfikowano stosownie oddziałowy/działowy rejestr ryzyk? Jakże zmiany nanoszono do rejestru? | |
| 9 | Kiedy dokonano przeglądu całości działań z obszaru zarządzania ryzykiem występującym w oddziale/dziale? Jakże są wyniki przeglądu? | |
| L.p. | IV. Przegląd ryzyka i sprawozdawczość | |
| 1 | Termin złożenia tego raportu upływa danego roku kalendarzowego – czy dotrzymano terminu? Jeżeli nie | |

| | | |
|---|---|--|
| | proszę określić przyczyny. | |
| 2 | Czy zapoznano pracowników z polityką i procedurami dot. zarządzania ryzykiem w Szpitalu? W jaki sposób? | |
| 3 | Czy zapewniono pracownikom formalne kanały komunikacyjne, za pomocą których będą oni mogli zgłaszać pojawiające się problemy związane z wykonywaną pracą? Proszę krótko opisać metodę. | |
| 4 | W jaki sposób identyfikowane są potrzeby szkoleniowe dot. zarządzania ryzykiem? Komu je zgłaszano? | |
| 5 | Czy w okresie za który składany jest raport miała miejsce kontrola/audyt dot. m.in. procesu zarządzania ryzykiem? Jeżeli tak proszę w formie załącznika do raportu dołączyć dane o organie dokonującym kontroli/audytu wraz z zaleceniami pokontrolnymi/poaudytowymi. ^{1*} | |
| 6 | Jakie zmiany proponuje Pani/Pan w zakresie obowiązującej polityki i procedur zarządzania ryzykiem? Proszę określić z jakiego powodu są to dobre rozwiązania? | |

UWAGA

Obowiązkowe załączniki, które należy przekazać wraz z raportem:

1. aktualny działowy/oddziałowy rejestr ryzyk,
2. kopie protokołów z dokonywanych przeglądów ryzyk,
3. 1* - tylko w przypadku wystąpienia,
4. coroczna deklaracja dotycząca zarządzania ryzykiem.

Załącznik nr 2

Działowy/Oddziałowy rejestr ryzyk

Nazwa komórki organizacyjnej oraz jej

symbol:.....

| Nr ryzyk a | Cele i ich ryzyka/kategorie ryzyka/właścicie le ryzyka | Przyczyn y | Skutk i | Istniejące mechanizm y kontrolne | Proponowan e mechanizmy kontrolne | Punktowa ocena ryzyka nieodłączneg o * | Punktowa ocena ryzyka rezydujalnego * | Dane pracownika odpowiedzialneg o za wdrożenie mechanizmów kontrolnych |
|------------------|---|---------------|------------|--|--|---|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

***aby ustalić punktową ocenę ryzyka należy pomnożyć przyznane poszczególnym ryzykom punkty prawdopodobieństwa i wpływu – zgodnie z wytycznymi określonymi w procedurze**