

*Załącznik do zarządzenia nr 108/2022
Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu
z dnia 27 października 2022 r. w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego
zarządzenia nr 98/2021*

**Polityka zarządzania ryzykiem
w
Samodzielnym Publicznym
Zakładzie Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i
Administracji
w Opolu¹⁾¹⁾¹⁾¹⁾**

¹⁾¹⁾¹⁾¹⁾ Załącznik w brzmieniu ustalonym § 1 zarządzenia nr 39/2022 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu z dnia 8 kwietnia 2022 r. zmieniającego zarządzenie nr 98/2021 z dnia 1.12.2021 r. w sprawie wprowadzenia w SP ZOZ MSWiA w Opolu Procedury Zarządzania Ryzykiem.

Przedmowa

Zarządzanie ryzykiem to kwestia kluczowa dla Szpitala jako jednostki sektora finansów publicznych. Szpital wpisuje świadomość ryzyka, zarówno w odniesieniu do zadań, które mogą zostać nieprawidłowo wykonane oraz możliwości, które mogą zostać wykorzystane, w ramy całej swojej działalności, a uwzględniając w ten sposób świadomość zarządzania ryzykiem wykorzystuje proces zarządzania ryzykiem w celu poprawy uzyskiwanych wyników oraz podniesienia zadowolenia wszystkich zainteresowanych stron.

Szpital uznaje wartość dodaną jaką może przynieść właściwe zarządzanie ryzykiem, dlatego upowszechnia niniejszą politykę w celu przedstawienia metodologii, która umożliwi kierownikom każdego szczebla zrozumienie roli w procesie zarządzania ryzykiem.

Szpital opracowując i wdrażając niniejszą politykę dba by wszyscy pracownicy Szpitala rozumieli podstawową koncepcję zarządzania ryzykiem. Jej celem nie jest przeciwstawianie się ryzyku, lecz zarządzanie nim zgodnie z polityką akceptacji realizowaną przez Dyрекcję Szpitala.

Odpowiedzialność za zarządzanie ryzykiem spoczywa na Dyrekcji Szpitala, która zapewnia:

- realizację celów;
- ochronę aktywów;
- wydajne, ekonomiczne i efektywne wykorzystanie zasobów

Ryzyko jest niepewnością wyniku, a dobre zarządzanie ryzykiem pozwoli Szpitalowi:

- pokładać większą ufność w osiąganie zamierzonych wyników;
- skutecznie ograniczać zagrożenia do możliwych do zaakceptowania poziomów;
- podejmować świadome decyzje dotyczące możliwości rozwoju.

Dobre zarządzanie ryzykiem pozwoli interesariuszom na pokładanie większej ufności w ład organizacyjny Szpitala i jego zdolność do osiągania wyników.

1. Wstęp

1.1 Celem niniejszego dokumentu jest określenie:

- listy głównych celów dotyczących zarządzania ryzykiem oraz sposobu w jaki łączą się one z celami Szpitala oraz charakterem usług przezeń świadczonych;
- struktury zarządzania ryzykiem, w tym danych o wszystkich zespołach i osobach ponoszących odpowiedzialność za ryzyko;
- sposobu praktycznego zarządzania ryzykiem;
- roli i zadań pracowników i kierownictwa w tym Dyrektora Szpitala, Dyrekcji oraz kierowników wyższego szczebla.

Kwestie te rozpatrywane są w wymiarze całego Szpitala.

1.2 Ryzyko to możliwość zaistnienia zdarzenia, które będzie miało wpływ na realizację założonych celów. Ryzyko to zatem niepewność związana ze zdarzeniem lub działaniem, które wpłynie na zdolność Szpitala do realizacji celów jego działalności. Może mieć charakter negatywnego zagrożenia lub pozytywnej możliwości.

1.3 Zarządzanie ryzykiem to logiczna i systematyczna metoda tworzenia kontekstu, identyfikacji, analizy, oceny, działania, nadzoru oraz informowania o ryzyku w sposób który umożliwi Szpitalowi minimalizację strat i maksymalizację możliwości.

Należy przeanalizować:

- co może pójść źle?
- gdzie możemy ponieść straty?
- jakie jest tego prawdopodobieństwo?
- co się stanie jeśli coś pójdzie nie tak?
- co należy zrobić by usunąć zagrożenie?
- co można zrobić, by zmniejszyć prawdopodobieństwo ponownego wystąpienia zagrożenia?
- co musi się udać żeby można było osiągnąć cel?
- gdzie tkwią nasze słabości?
- jakie składniki majątku musimy chronić?
- czy posiadamy majątek łatwy do upłynnienia lub taki, który może być wykorzystany alternatywnie?
- jakie są możliwości kradzieże?
- jak można zakłócić funkcjonowanie naszej firmy?

- czy zostały wyznaczone wskaźniki sukcesu cele i wymagania?
- od dostępu do jakich informacji jesteśmy uzależnieni?
- na co wydajemy najwięcej pieniędzy?
- jakie są źródła naszych dochodów?
- które z procesów realizowanych przez Szpital są najbardziej skomplikowane?
- które z podejmowanych decyzji są obciążone największym ryzykiem?

Tym samym proces zarządzania ryzykiem obejmuje:

- możliwie jak najszybszą identyfikację ryzyka związanego z działaniem operacyjnym
- ocenę stopnia wpływu ryzyka na wyniki lub cele Szpitala;
- zastosowanie odpowiednich środków kontroli ryzyka;
- upewnienie się, iż środki kontroli stosowane przez Szpital do zarządzania ryzykiem będą skuteczne.

1.4 Proces zarządzania ryzykiem w Szpitalu składa się z następujących etapów:

- Zrozumienie wykonywanej działalności;
- Identyfikacja;
- Analiza;
- Ocena punktowa;
- Hierarchizacja ryzyka;
- Zarządzanie

Zarządzanie ryzykiem to właściwe zarządzanie zasobami, ochrona Szpitala i jego pacjentów oraz innych interesariuszy, dbałość o majątek i środowisko oraz utrzymanie reputacji Szpitala.

1.5 Zarządzania ryzykiem nie można traktować jako obciążenia dla Szpitala. Jest to bowiem sposób maksymalizacji dostępnych możliwości i zmniejszenia prawdopodobieństwa porażki. Identyfikacja i zarządzanie ryzykiem dotyczy każdej osoby w Szpitalu i jest realizowane przez Dyрекcję Szpitala.

1.6 Zarządzanie ryzykiem:

- **Nie** sprowadza się do wypełniania papierków;
- **Nie** jest jednorazowym zadaniem;
- **Nie** dotyczy tylko pewnych osób;

- **Nie** dotyczy tylko kwestii finansowych;
- **Nie** sprowadza się do likwidacji całego ryzyka;
- **Nie** ogranicza się do ryzyka objętego możliwością ubezpieczenia.

1.7 Korzyści płynące z zarządzania ryzykiem:

- większy nacisk kierownictwa na sprawy faktycznie istotne;
- krótszy czas reakcji na sprawy kryzysowe;
- mniej nieprzewidzianych zdarzeń mających negatywny wpływ na Szpital;
- większy nacisk w Szpitalu na poprawne wykonywanie zadań;
- większe prawdopodobieństwo realizacji celów Szpitala;
- większe prawdopodobieństwo wdrożenia planowanych zmian;
- lepsze wykorzystanie zasobów;
- bardziej świadome podejmowanie ryzyka oraz decyzji;

Aspirując do miana nowoczesnej organizacji Dyrekcja Szpitala rozumie, iż musi patrzeć z wyprzedzeniem w przyszłość, a Szpital musi być dynamiczny, reagować na zmiany i optymalnie wykorzystywać dostępne możliwości, a zarządzanie ryzykiem stanowi podstawę takiego działania.

1.8 Szpital jako jednostka sektora finansów publicznych zgodnie ze swoim ustawowym zobowiązaniem musi zarządzać ryzykiem tym samym chronić środki publiczne, a proces ten cechuje otwartość i rozliczalność czyli właściwy ład organizacyjny.

1.9 Zarządzanie ryzykiem nie sprowadza się wyłącznie do wdrożenia funkcji audytu wewnętrznego. Zarządzanie ryzykiem to zadanie każdego pracownika, a nie tylko nielicznych specjalistów. Proces ten należy postrzegać jako podstawowy obowiązek zarządzających, którzy powinni zachęcać pracowników, szczególnie w takiej instytucji jak Szpital, świadczących usługi, do stosowania podejścia opartego na świadomości występowania ryzyka. W tym celu Dyrekcja Szpitala:

- postrzega zarządzanie ryzykiem jako pozytywny wkład do sukcesu, a nie ograniczenie lub dodatkową warstwę biurokracji;
- uznaje że proces zarządzania ryzykiem należy wesprzeć solidną bazą informacyjną obejmującą:
 - identyfikację ryzyka;
 - analizę ryzyka;

- punktową ocenę ryzyka;
- hierarchizację ryzyka;
zapewnia by podejmowane decyzje były przekazywane i wdrażane w działalności Szpitala;
- zachęca pracowników do zastanowienia się, w jaki sposób ich praca może przyczynić się do osiągnięcia korzystnej relacji pomiędzy ponoszonym ryzykiem a osiąganymi korzyściami;
- ordynuje by personel kierowniczy wyższego szczebla był osobiście odpowiedzialny za wspieranie procesu zarządzania ryzykiem w całym Szpitalu;
- wypracowuje i umacnia postawy i metody oparte na świadomości ryzyka;

2. Monitorowanie realizacji zadań

- 2.1 Dyrekcja Szpitala ustala ogólne cele Szpitala co najmniej na bieżący rok.
- 2.2 Cele ogólne są jasne, możliwe do osiągnięcia i wystarczająco specyficzne oraz zgodne z zadaniami Szpitala określonymi przez przepisy prawa, statut, i inne obowiązujące jednostkę regulacje.
- 2.3 Liczba celów ogólnych jest niewielka, by Dyrekcja mogła skutecznie monitorować ich realizację.
- 2.4 Dyrekcja Szpitala określa termin w którym poszczególne cele ogólne mają być osiągnięte.
- 2.5 Wszyscy pracownicy muszą znać i rozumieć cele ogólne Szpitala;
- 2.6 Dyrekcja Szpitala traktuje cele ogólne jako własne i przyjmuje odpowiedzialność za ich osiągnięcie.
- 2.7 Dyrekcja Szpitala ustala cele szczegółowe dla komórek organizacyjnych, których realizacja służy osiągnięciu celów ogólnych w taki sposób, że:
- ✓ cele szczegółowe wynikają z celów ogólnych;
 - ✓ poszczególne cele szczegółowe są ze sobą spójne i uzupełniają się;
 - ✓ są ustalone realistycznie, adekwatnie do posiadanych zasobów;
- 2.8 Dyrektor Szpitala wyznacza osoby, będące na właściwym szczeblu zarządzania, odpowiedzialne za realizację poszczególnych celów szczegółowych;
- 2.9 Dyrekcja ustala mierzalne kryteria lub wskaźniki realizacji celów szczegółowych, dokonuje także okresowego przeglądu celów szczegółowych w celu weryfikacji ich aktualności;
- 2.10 W celu realizacji celów szczegółowych Dyrekcja Szpitala przyjmuje roczny plan pracy, zawierający poszczególne cele i zadania, komórki organizacyjne

- odpowiedzialne za ich realizację oraz zasoby (np. osobowe, finansowe, rzeczowe) przeznaczone do ich realizacji;
- 2.11 Dyrektor Szpitala identyfikuje te cele szczegółowe, które są istotne dla osiągnięcia celów ogólnych i regularnie ocenia ich realizację.
- 2.12 Osoby odpowiedzialne za osiąganie celów szczegółowych monitorują stopień ich realizacji za pomocą mierzalnych wskaźników, mierników lub precyzyjnych kryteriów ustalonych dla każdego celu.
- 2.13 Dyrektor Szpitala określa obowiązki sprawozdawcze z realizacji zadań, zarówno co do formy jak i treści sprawozdań, w taki sposób aby dane dotyczące rzeczywistej realizacji celów były porównywane z wielkościami planowanymi, a różnice poddane analizie i ocenie.
- 2.14 W przypadku wystąpienia niespodziewanych rezultatów lub tendencji Dyrektor Szpitala nakazuje przeprowadzenie szczegółowej analizy w celu identyfikacji czynników, które mogą zagrozić osiągnięciu celów i poleca osobom odpowiedzialnym podejmowanie działań zaradczych.

3. Identyfikacja ryzyka

- 3.1 Dyrektor Szpitala zapewnia przeprowadzanie systematycznej identyfikacji ryzyka.
- 3.2 Metoda identyfikacji ryzyka jest spójna w całym Szpitalu i prowadzona jest w sposób planowy i systematyczny przynajmniej raz w roku, a proces identyfikacji ryzyka jest dokumentowany. Identyfikacja ryzyka w Szpitalu dokonywana jest przy użyciu trzech metod tj. metody zagrożenia, scenariuszy zagrożeń i metody środowiskowej. Wiodącą jest metoda środowiskowa, pozostałe są wykorzystywane, aby zapewnić, że kompletny obraz sytuacji jest dostępny dla potrzeb planowania.
- 3.3 Dyrekcja Szpitala i kierownictwo wyższego szczebla jest zaangażowane w proces identyfikacji ryzyka, a sposób w jaki dokonuje się identyfikacji ryzyka jest komunikowany właściwym pracownikom.
- 3.4 W razie istotnej zmiany celów Szpitala, lub warunków w których funkcjonuje, identyfikacja ryzyka jest ponawiana.
- 3.5 W procesie identyfikacji ryzyka wykorzystuje się ustalenia audytu wewnętrznego i zewnętrznego, wyniki ocen, kontroli itp.
- 3.6 W celu identyfikacji ryzyka Dyrektor Szpitala wyznacza komórkę, której zadaniem jest identyfikacja ryzyka w całej jednostce.
- 3.7 W celu identyfikacji ryzyka Dyrektor Szpitala może powołać zespół którego celem będzie identyfikacja ryzyka, organizować narady kierownictwa poświęcone identyfikacji ryzyka, wykorzystać metodę oddolnej identyfikacji ryzyka, w której

pracownicy na każdym szczeblu dokonują identyfikacji ryzyka, a wyniki przekazują stopniowo w górę struktury organizacyjnej.

3.8 Identyfikowane jest ryzyko odnoszące się globalnie do całego Szpitala, jak i ryzyko odnoszące się do każdego istotnego obszaru jego działalności, programu czy projektu.

3.9 Ryzyko utracenia korzyści związanych z pojawiającymi się szansami, których Szpital może nie wykorzystać (np. pozyskanie środków z Unii Europejskiej) winno podlegać identyfikacji.

3.10 Identyfikacji podlega ryzyko związane z presją realizacji celów, gdzie nacisk na realizację komercyjnych celów krótkoterminowych może w konsekwencji przysłonić średnio i długoterminowe cele Szpitala o innej charakterystyce np. jakość.

3.11 W Szpitalu identyfikuje się zewnętrzne, finansowe, operacyjne czynniki ryzyka a także jakości zarządzania i funkcjonowania kontroli wewnętrznej oraz wewnętrzne czynniki ryzyka, a także dotyczące systemów informatycznych, które stanowią katalog otwarty podlegający modyfikacji w zależności od zmian zachodzących w Szpitalu i/lub w jego otoczeniu.

Lp.	Kategoria	Zewnętrzne czynniki ryzyka
1.	Pacjenci/Klienci	Atrakcyjność rynku; Popyt na usługi; Poziom satysfakcji pacjentów/klientów; Skorumpowanie głównych klientów;
2.	Dostawcy	Stabilność lub niepewność zaopatrzenia; Stosunki z partnerami biznesowymi; Praktyki monopolistyczne dostawców;
3.	Konkurencja	Konkurencyjność usług medycznych; Pojawianie się nowych technologii; Pojawianie się nowych konkurentów;
4.	Infrastruktura	Zakłócenia w dojazdach pracowników; Zakłócenia w dostawach energii; Przerwy w łączności telefonicznej; Uzależnienie od Internetu i poczty elektronicznej;
5.	Ekonomiczne czynniki zewnętrzne	Stopy procentowe; Inflacja; Ściągalność składek; Kursy wymiany walut;
6.	Środowisko naturalne	Wydatki związane z ochroną środowiska;

		Zatrucie i/lub zanieczyszczenie środowiska; Katastrofa ekologiczna; Działalność „zielonych” – blokowanie inwestycji
7.	Prawne czynniki zewnętrzne	Poziom skomplikowania przepisów; Częste zmiany przepisów; Brak regulacji prawnej w danym zakresie; Niejasność i niejednoznaczność przepisów;
8.	Polityczne czynniki zewnętrzne	Presja polityczna i społeczna; Zmiana rządu; Zmiana władz samorządowych; Zmiany na stanowiskach istotnych dla funkcjonowania Szpitala; Naciski grup interesu; Działalność lobbująca;
9.	Siła wyższa	Pożar; Powódź; Trzęsienie ziemi; Huragan;
10.	Inne zagrożenia	Działania przestępcze; Terroryzm;

Lp.	Kategoria	Finansowe czynniki ryzyka (istotność)
1.	Budżet	Kapitał własny i całkowity; Fundusz specjalny Przychody z działalności podstawowej; Dochód; Wydatki w skali rocznej; Problemy z planowaniem zrównoważonego budżetu; Wpływ niedostatecznego budżetu na świadczone usługi; Obszary w których regularnie wydaje się za mało lub za dużo;
2.	Inwestycje	Źródła finansowania; Koszty inwestycji; Działalność organizacji „zielonych”; Realność i kompletność dokumentacji projektowo-

		<p>kosztorysowej;</p> <p>Prawidłowość dokumentacji procesów inwestycyjnych;</p> <p>Terminowość realizacji inwestycji lub poszczególnych jej etapów;</p> <p>Rzetelność rozliczenia efektów inwestycji;</p> <p>Prawidłowość wystawienia dowodów OT na przekazanie inwestycji do eksploatacji;</p> <p>Koszty kredytu inwestycyjnego i terminowość spłaty rat oraz odsetek;</p> <p>Rzetelność sprawozdawczości inwestycyjnej</p>
3.	Rzetelność sprawozdań	<p>Zmiany w systemie księgowania;</p> <p>Zmiany pracowników odpowiedzialnych za sprawozdawczość;</p> <p>Moduł księgowy nie posiada ścieżki audytu i odpowiednich kontroli;</p> <p>Cechy jakościowe sprawozdań finansowych istotność, zrozumiałość, wiarygodność, ważność, terminowość, konsekwencja, porównywalność;</p>
4.	Płynność	<p>Pogarszające się warunki ekonomiczne;</p> <p>Wykonywanie świadczeń medycznych ponad limit umowy z NFZ;</p> <p>Zatory płatnicze;</p> <p>Cykl obrotu leków i materiałów medycznych;</p>
5.	Nieproduktywna strata środków	<p>Popełnienie oszustwa przez działanie osób spoza Szpitala;</p> <p>Popełnienie oszustwa przez działanie własnych pracowników, bądź osób zatrudnionych w innej formie, czyli skutki działań których celem jest osiągnięcie korzyści osobistych;</p> <p>Działania nielegalne własne, których celem jest korzyść instytucji (np. fałszowanie danych finansowych);</p> <p>Kradzież;</p> <p>Kary umowne i grzywny;</p> <p>Odsetki karne;</p>

		Brak możliwości ubezpieczenia strat;
6.	Rejestracja operacji finansowych i zdarzeń	Bezzwłoczna rejestracja; Prawidłowa klasyfikacja; Inicjacja i autoryzacja; Bezzwłoczne uaktualnianie dokumentacji, tak aby odpowiadała rzeczywistości; Brak ścieżki audytu; Brak logów rejestrujących transakcje; Częstotliwość i forma kontroli logów;
7.	Finanse	Środki pieniężne; Rozrachunki i roszczenia; Windykacja należności; Zapasy; Aktywa trwałe; Zatrudnienie i wynagrodzenia; Koszty; Inwentaryzacja; Finansowe systemy informatyczne;

Lp.	Kategoria	Operacyjne czynniki ryzyka tj. związane z prowadzoną działalnością
1.	Działalność podstawowa	Procesy podstawowe tj. leczenie szpitalne, leczenie ambulatoryjne, diagnostyka, badania laboratoryjne, rehabilitacja, monitorowanie stanu zdrowia po zakończeniu leczenia; Presja wywierana na kierownictwo; Niedawne zmiany kluczowych pracowników; Skomplikowanie procesów podstawowych; Doświadczenie zawodowe pracowników; Personel (morale, niezadowolenie, stres);
2.	Działalność pomocnicza	Zaopatrzenie medyczne w leki i materiały medyczne; Zaopatrzenie niemedyce w materiały i sprzęt; Transport pacjentów; Utylizacja odpadów; Utrzymanie czystości; Żywnienie;

		Pranie bielizny; Sterylizacja; Prowadzenie dokumentacji medycznej; Przepływ informacji; Marketing usług medycznych;
3.	Informacja	Integralność baz danych; Bezpieczeństwo IT; Naruszenie poufności informacji; Nieadekwatność informacji na podstawie których podejmuje się decyzje; Utrata informacji;
4.	Stabilność	Stabilność poziomu usług medycznych; Gwałtowny wzrost zadań Szpitala; Ograniczenie zadań Szpitala; Zmiany procesów operacyjnych; Decentralizacja działalności programów lub projektów;
5.	Technologia	Poziom uzależnienia od IT; Zakłócenia w działaniu systemów informatycznych; Bezpieczeństwo systemów informatycznych; Pojawienie się nowych technologii; Wdrażanie nowych technologii;
6.	Projekty	Niewłaściwe planowanie projektu; Niepowodzenie projektu; Nadmierne koszty; Opóźnienia; Brak środków na realizację projektu;
7.	Innowacyjność	Koszty badań naukowych; Opór pracowników; Skłonność do zmian; Wdrażanie niesprawdzonych rozwiązań;
8.	Nowe zadania i programy	Brak odpowiednich zasobów(finansowych, kadrowy, technicznych i technologicznych); Krótki termin realizacji; Konieczność współpracy z innymi podmiotami;
9.	Outsourcing	Zależność od kontrahentów w realizacji krytycznych

		celów Szpitala; Znaczna część zadań zlecona na zewnątrz; Niewystarczająca jakość realizacji zadań zleconych innym podmiotom;
10.	Reputacja Szpitala	Spadek reputacji na skutek: - niewłaściwego działania lub zaniedbań pracowników; - niewłaściwej realizacji zadań przez Szpital; - złego zarządzania;

Lp.	Kategoria	Jakość zarządzania
1.	Zespół zarządzający	Polityka, plany strategiczne, prognozy; Kwalifikacje pracowników i kierownictwa; Częste zmiany na stanowiskach kierowniczych; Osiąganie celów biznesowych; Poziom wydajności pracy zatrudnionych; Poziom lojalności pracowników; Poziom satysfakcji z pracy; Budowanie zespołów; Organizacja pracy; Ustalanie zadań; Ocena realizacji zadań; Ramowy plan zatrudnienia; Merytoryczne decyzje w sprawie obsady stanowisk; Zatwierdzanie przedsięwzięć szkoleniowych; Zatwierdzanie przedsięwzięć integracyjnych i programów lojalnościowych; Ramowe zasady wynagradzania dla poszczególnych grup stanowisk;
2.	Organizacja	Nieadekwatna struktura organizacyjna; Opisy stanowisk pracy w tym obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień; Nieefektywny system przepływu informacji; Znaczne zmiany w zakresach odpowiedzialności kierownictwa; Brak reakcji kierownictwa na ważne informacje

		otrzymywane z zewnątrz i z wnętrza Szpitala
3.	Zarządzanie zasobami ludzkimi	Planowanie zatrudnienia; Rekrutacja i selekcja; Adaptacja zawodowa i integracja; Motywacja płacowa i pozapłacowa; Oceny pracowników; Rozwój zawodowy i szkolenia;
4.	Zarządzanie doskonaleniem i zmianami	Doskonalenie działalności; Wdrażanie systemów jakości; Przeprojektowywanie działalności; Identyfikacja i reakcja na rutynowe zmiany warunków w których funkcjonuje Szpital i mogących mieć wpływ na osiągnięcie celów, lub realizację poszczególnych zadań czy programów.
5.	Kontrola	Jakości; Kosztów; Czasu realizacji; Efektywności; Wydajności; Racjonalna pewność, że cele zarządzania zostaną osiągnięte; Akcentująca postawa kierownictwa; Uczciwość i kompetencja; Celowość kontroli; Monitorowanie systemu kontroli;
6.	Bezpieczeństwo i higiena pracy	Wypadki przy pracy; Choroby zawodowe; Przestrzeganie przepisów BHP i P POŻ; Tworzenie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy; Niedbalstwo pracownika i/lub pracodawcy w zakresie BHP; Terminowość usunięcia stwierdzonych naruszeń przepisów; Koszty BHP i P POŻ; Efektywność i wydajność Służb BHP;

7.	Zakażenia szpitalne	Brak dokumentacji systemu kontroli Niewydolny i nieefektywny system monitoringu i kontroli zakażeń; Wysoki stopień wrażliwości na zakażenia szpitalne; Brak procedur; Naruszanie istniejących procedur;
----	---------------------	---

Lp.	Kategoria	Funkcjonowanie kontroli wewnętrznej
1.	Dokumentacja	Brak dokumentacji systemu kontroli zarządczej Braki w dokumentacji; Dokumenty sporządzane po terminie; Dokumenty nieadekwatne, nierzetelne, nieużyteczne;
2.	Kontrola prewencyjna	Brak należytej autoryzacji; Brak lub niewłaściwy podział obowiązków; Możliwość zmiany decyzji pracownika przez przełożonego; Brak kontroli automatycznych w systemach informatycznych; Niewłaściwa delegacja uprawnień; Wadliwy nadzór; Brak kryteriów oceny i wyznaczników błędów; Brak pisemnych procedur; Zmowa pracownicza; Brak rejestracji odstępstw od przyjętych procedur; Nieograniczony dostęp do zasobów – brak właściwej kontroli dostępu;
3.	Kontrola detekcyjna	Wadliwa ocena możliwości akceptacji straty; Niewłaściwa korekta parametrów kontrolowanego systemu; Niewłaściwie wykonana inwentaryzacja; Wadliwe wnioski z błędów popełnionych w trakcie wprowadzania nowego systemu; Źle wykonany przegląd „Post Implementation Review”; Niepowodzenia w osiąganiu celów w przeszłości – niezrealizowanie projektu lub programu,

		przekroczenie planowanych wydatków lub kosztów, niewykonanie planu dochodów; Przypadki nieprawidłowości w przeszłości np. nieprawidłowe wydatki, naruszenie lub obejście procedur kontrolnych, naruszenie prawa lub regulacji wewnętrznych;
4.	Kontrola zarządcza	Systemy Szpitala; Strategie; Procedury i zasady praktyki; Bezpośrednie zarządzanie; Przeglądy wykonywane przez kierownictwo;
5.	Delegowanie funkcji	Jakość usług świadczonych przez firmę zewnętrzną; Przepływ informacji; Źle zawarte umowy;
		Systemy informatyczne
1.	Utrzymanie ciągłości pracy systemów informatycznych	Zatrzymanie pracy systemów informatycznych; Brak przepływu informacji o błędach w systemach informatycznych; Kontrole aplikacji w tym wprowadzanie danych, powtórne wprowadzanie, kontrola nadmiarowości, kontrola echa, kontrole kompletności, kontrole przetwarzania, kontrole wyjścia; Przetwarzanie danych przez użytkownika; Dokumentacja systemowa, programowa, operacyjna, proceduralna, użytkownika; Bazy danych;
2.	Dostęp do zasobów informatycznych.	Wpływ danych z systemów; Włamanie do systemów; Zafałszowanie danych;
3.	Wykorzystanie infrastruktury informatycznej.	Awaria sprzętu; Niedopasowanie systemów do bazy sprzętowej; Wykorzystywanie nielegalnego oprogramowania; Elektroniczna wymiana danych w tym elektroniczny przekaz pieniędzy;
4.	Rozwój i wdrożenie nowych systemów	Nieuprawnione wdrożenie zmian w oprogramowaniu i bazach danych;

	informatycznych	<p>Projekt fizycznego systemu; Projekt fizycznej bazy danych; Rozwój procedur; Schemat przepływu; Diagramy przepływu danych; Tworzenie programu; Przepływ informacji; Przesyłanie danych; Sieci komputerowe w tym sieci prywatne, publiczna sieć komutowana, sieć VAN, sieć lokalna LAN w tym sieć peer to peer; Infrastruktura sieci WWW; Kontrolę nabywania i rozwijania systemów i programów;</p>
5.	Bezpieczeństwo systemu	<p>Spójność danych; Polityka bezpieczeństwa informacji; Kontrola dostępu; Bezpieczeństwo w Internecie; Środki uwierzytelniania; Przechowywanie danych; Szyfrowanie – technologia oparta na sprzęcie; Szyfrowanie – technologia oparta na oprogramowaniu; Planowanie na wypadek awarii; Szkodliwe oprogramowanie i ataki; System detekcji intruzów; Ataki poprzez złamanie hasła; Atak typu przechwycenia połączenia; Atak typu odmowa wykonania usługi; Standard SET</p>
6.	Inwestowanie w informatykę	<p>Sprzęt komputerowy i oprogramowanie; Rozwój e-biznesu w tym planowanie pamięci i skalowalność; Koszty własności zasobów informatycznych w tym model całkowitych kosztów własności; Zrozumienie i minimalizacja kosztów ukrytych;</p>

		System ERP - scalenie systemów informatycznych w całym Szpitalu poprzez stworzenie jednej bazy danych połączonej ze wszystkimi aplikacjami Szpitala; - back office; front office; Architektura sieci lokalnej i rozległej;
--	--	---

Lp.	Kategoria	Czynniki ryzyka wewnętrznego (wrodzonego)
1.	Wielkość Szpitala	Skala usług medycznych i ich zakres; Obroty; Majątek trwały; Liczba pracowników;
2.	Ryzyko branży	Sezonowość; Rentowność; Duża konkurencja; Monopolizacja źródeł finansowania usług medycznych;
3.	Kompleksowość	Ilość transakcji; Skomplikowanie systemu; Rozległa sieć WAN z wieloma użytkownikami;

3.12 Struktura identyfikacji ryzyka przedstawia się następująco i skłania do sprawdzenia wszystkich aspektów ryzyka w Szpitalu:

- Identyfikacja głównych zasobów (metoda zagrożenia),
- Identyfikacja głównych procesów i celów (scenariusze zagrożeń),
- Identyfikacja głównych wpływów środowiska (metoda środowiskowa).



Leczenie
Transformowanie
Mierzenie
Komunikowanie
Ochrona

Konkurencyjności
Prawne

Aktywa komórki organizacyjnej Szpitala
--

4. Analiza ryzyka

- 4.1 Każde zidentyfikowane ryzyko poddawane jest gruntownej i całościowej analizie, mającej na celu określenie możliwych skutków (znaczenia, wpływu) danego ryzyka i prawdopodobieństwa jego wystąpienia.
- 4.2 Wyniki analizy ryzyka są dokumentowane, a każde zidentyfikowane i zanalizowane ryzyko przypisuje się do odpowiednich celów Szpitala;
- 4.3 W analizę ryzyka zaangażowane jest kierownictwo odpowiedniego szczebla oraz właściwi pracownicy;
- 4.4 Wpływ ryzyka i prawdopodobieństwo jest wyrażony jako wartość szacunkowa w przyjętej skali tj. odpowiednio bardzo wysokie, wysokie, średnie i niskie lub jako wartość liczbowa;
- 4.5 Analiza ryzyka obejmuje oszacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia każdego ryzyka łącznie z oszacowaniem częstotliwości jego występowania;
- 4.6 Dyrektor Szpitala wyznacza poziom ryzyka akceptowalnego dla Szpitala, czyli stopień ryzyka jaki Szpital gotowy jest podjąć („**apetyt na ryzyko**”) uwzględniając sytuację Szpitala i wielkość kosztów ograniczenia danego ryzyka;
- 4.7 Dla każdego ryzyka zostaje ustalony **właściciel**, czyli osoba odpowiedzialna za zarządzanie tym ryzykiem.
- 4.8 Własność danego ryzyka stosowanie do jego istotności, jest określona na odpowiednim szczeblu zarządzania;
- 4.9 Odpowiedzialność za zarządzanie kluczowym ryzykiem- dotyczącym celów krytycznych Szpitala- jest przypisana Dyrektorowi i Dyrekcji Szpitala;
- 4.10 W stosunku do każdego zidentyfikowanego ryzyka, które nie może być przez Szpital zaakceptowane, planuje się i wdraża odpowiednie działania, w szczególności Dyrektor określa rodzaj reakcji w stosunku do danego ryzyka tj. odpowiednio przeniesienie, tolerowanie, działanie, wycofanie się.
- 4.11 Zgodnie z ustalonym rodzajem reakcji planuje się i wdraża odpowiednie działania w stosunku do każdego ryzyka.
- 4.12 Dyrektor Szpitala monitoruje proces zarządzania ryzykiem w Szpitalu.

- 4.13 Analiza ryzyka jest przeprowadzona z zastosowaniem wybranego modelu celem porównania rezultatów, zarówno poprzez porównanie ryzyka poszczególnych projektów, jak również porównanie wyników w kolejnych latach.
- 4.14 Gotowe modele analizy ryzyka z reguły wykorzystujące arkusze kalkulacyjne, są traktowane jako dobry punkt wyjściowy przy projektowaniu przydatnego dla Szpitala modelu analizy ryzyka, chyba że są zrozumiałe i przydatne dla Szpitala bez konieczności korekty stosowanej metody.
- 4.15 Rezultatem analizy ryzyka jest ocena na ile można polegać na istniejących kontrolach, w tym czy:
- ograniczają prawdopodobieństwo zmaterializowania się ryzyka;
 - ograniczają skutki w przypadku zmaterializowania się ryzyka.

5 Pomiar ryzyka

5.1 Przeprowadzając pomiar ryzyka Szpital ma za zadanie zmierzyć w sposób maksymalnie obiektywny ryzyko. Pomiar ryzyka składa się z następujących czynności:

- 1) wybór określonej liczby kategorii ryzyka, reprezentujących najważniejsze aspekty ryzyka dla Szpitala. Kategorie te muszą być miarodajne, co oznacza konieczność zróżnicowania wag. Stosuje się maksymalnie 5 kategorii ponieważ im więcej kategorii tym większe prawdopodobieństwo dublowania poszczególnych czynników ryzyka w różnych kategoriach oraz mniejszy wpływ danego czynnika na określenie ostatecznego ryzyka.
- 2) wybór skali – rekomendowane jest stosowanie skali 4 stopniowej (niski, średni, wysoki, krytyczny), jako stosowanej najczęściej. Możliwe jest także stosowanie skali pięciostopniowej np.(nieznaczne, małe, średnie, poważne, katastrofalne);
- 3) ocena każdego z ryzyk pod względem obecności oraz siły danej kategorii ryzyka i przypisanie wyniku(przedziału skali) – definiowanie przedziałów skal. Przyjęcie wagi dla każdego z wybranych kategorii ryzyka oparte na oddziaływaniu (prawdopodobieństwo i konsekwencje) jaki dana kategoria ma na Szpital. Wagi są znormalizowane tak, że suma wag wynosi 1.00 lub 100%. Kategoria ryzyka winna mieć przynajmniej 10% (0.10) wpływ na Szpital (projekt, program, zadanie

etc). W modelu z pięcioma kategoriami wartości wag zawierają się pomiędzy 0.1 a 0.4.

- 4) iloczyn wartości wagi danej kategorii i wartości natężenia (wartość skali) przypisanego tej kategorii ryzyka

$$R_w = W \times S$$

Gdzie :

R_w- ważona wartość ryzyka

W- waga

S- skala

5.2 Szpital ocenia ryzyko na dwa sposoby:

- tak jak gdyby nie występowały żadne mechanizmy kontrolne (ryzyko nieodłączne),
- biorąc pod uwagę istniejące mechanizmy kontrolne (ryzyko rezydualne),

5.3 Taką ocenę przeprowadza się w celu:

- zademonstrowania skuteczności wewnętrznych mechanizmów kontrolnych przy zmniejszaniu ryzyka, oraz
- uwypuklenia poważnego ryzyka, które może być ukryte, mimo funkcjonujących mechanizmów kontrolnych.

5.4 Zidentyfikowane ryzyka są ocenione według ich oddziaływania na cały Szpital tj. ryzyka w największym stopniu oddziałujące na zdolność Szpitala do osiągnięcia celów to te ryzyka, którym przypisuje się największy priorytet z punktu widzenia procesu zarządzania ryzykiem.

5.5 Pomiar ryzyka zawiera zarówno elementy subiektywnego osądu jak też odniesienia do obiektywnych oraz historycznych danych. Poprzez używanie czynników ryzyka łączy się w procesie myślowym ryzyka, skutki i mechanizmy kontroli, otrzymując obserwowalne zdarzenia i grupowe cechy pozwalające na łatwiejsze mierzenie ryzyka. W przypadku stabilnych niezmiennych działań szczególnie użyteczne może być mierzenie trendów w czynnikach ryzyka z przeszłości przykład stanowi wartość środków pieniężnych narażona na ryzyko (obiektywny czynnik ryzyka), czy rotacja pracowników (historyczny czynnik ryzyka). Ze względu jednak na burzliwe otoczenie w którym funkcjonuje Szpital dane historyczne tracą na znaczeniu. Pomiar ryzyka oraz określenie jego skutków wymaga połączenia doświadczenia, umiejętności, wyobraźni oraz kreatywności. Szpital zatem stosując praktyczne podejście kładzie nacisk na subiektywne

pomiary, uznając że rzetelny osąd doświadczonego praktyka posiada tę samą wartość jak jakakolwiek inna metoda.

5.6 Celem zminimalizowania stronniczości przy stosowaniu subiektywnej oceny ryzyka w Szpitalu używa się odpowiednio metod:

- 1) Pomiary statystyczne, które są stosowane poprzez odwołanie się do obserwowalnych zdarzeń i danych, które mogą współzależać od subiektywnych ocen;
- 2) Pomiar poprzez odwołanie się do wzorca lub schematu;
- 3) Metody grupowe – przy zbieraniu doświadczeń oraz intuicyjnych pomysłów większej grupy ekspertów wykorzystuje się technikę delficką oraz inne techniki podejmowania decyzji grupowych; wspólne rozwiązanie jest budowane na podstawie opinii zebranych od kilku osób, w ten sposób usuwając indywidualną stronniczość z procesu pomiaru.

5.7 Proponowana metodologia punktowej oceny ryzyka

Tabela punktowa prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka.

	1	2	3	4
opis	małe	średnie	duże	krytyczne
prawdopodobieństw o	0-30%	31-60%	61-89%	90-100%

Tabela punktowa oddziaływania ryzyka

	Istotność	Jakość zarządzania	Kontrola wewnętrzna	Wpływ czynników zewnętrznych	Operacyjne
1	2	3	4	5	6
1	Brak implikacji finansowych Strata finansowa <100 PLN	Bardzo wysoka	Bardzo wysoka	Niski	Mała
2	Małe implikacje	Wysoka	Wysoka	Umiarkowana	Średnia

	finansowe Strata finansowa w przedziale >100<1000 PLN				
3	Duże implikacje finansowe Strata finansowa w przedziale >10 000 < 100 000 PLN	Umiarkowan a	Zadawalając a	Wysoki	Duża
4	Kluczowy system finansowy Strata finansowa >100 000 PLN	Niska	Niska	Bardzo wysoki	Bardzo duża
		Waga modelu			
	0,25	0,15	0,25	0,15	0,20

6 Hierarchizacja ryzyka

6.1 Punktowa ocena ryzyka umożliwia uporządkowanie rodzajów ryzyka według ich wagi, co umożliwia tym samym hierarchizację działań podejmowanych w celu zmniejszenia ryzyka.

6.2 Dyrekcja Szpitala jak i poszczególni właściciele ryzyka są świadomi, że natychmiastowe podjęcie działań wymaganych dla pewnych ryzyk o wysokiej ocenie punktowej może być niemożliwe w danej chwili, ale także wie, że pewne czynności można łatwo i szybko podjąć, by zmniejszyć średnie i niskie ryzyko.

- 6.3 Celem lepszego poznania i zrozumienia profilu ryzyka, wszystkie informacje o ryzyku należy wprowadzić do rejestru ryzyka.
- 6.4 Rejestr ryzyka jest prowadzony w formie papierowej i/lub elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym, bazie danych lub specjalistycznym programie do zarządzania ryzykiem.
- 6.5 Rejestr zawiera wszystkie rodzaje zidentyfikowanego ryzyka i stanowi podstawę planu zarządzania ryzykiem w Szpitalu; jeśli zachodzi potrzeba zmienia się odzwierciedlając dynamiczny charakter ryzyka oraz sposób zarządzania ryzykiem w Szpitalu.
- 6.6 Rejestr ryzyka zawiera w szczególności:
- Numer identyfikacyjny ryzyka;
 - Opis ryzyka;
 - Rodzaj/kategoria ryzyka;
 - Właściciela ryzyka;
 - Oddziaływanie;
 - Prawdopodobieństwo nieodłączne;
 - Łączną punktową ocenę ryzyka nieodłącznego;
 - Funkcjonujące mechanizmy kontrolne;
 - Prawdopodobieństwo rezydualne;
 - Łączną punktową ocenę ryzyka rezydualnego;
 - Wymagane działanie;
 - Odpowiedzialność za działanie i datę wdrożenia;
- 6.7 Preferowaną w Szpitalu metodą hierarchizacji ryzyka jest uszeregowanie absolutne. Po identyfikacji i pomiarze ryzyk oraz ich skutków poszczególne elementy szereguje się według przyznanej im punktacji.

7 Odpowiedź na ryzyko

- 7.1 Przed podjęciem decyzji o sposobie postępowania z ryzykiem Dyrekcja Szpitala ustala jakie rodzaje ryzyk oraz jakie poziomy (prawdopodobieństwa) są akceptowalne.
- 7.2 Następnie Dyrekcja Szpitala ustala jakie środki są niezbędne w celu skutecznego ograniczenia ryzyka i czy środki te są dostępne.
- 7.3 Reakcja na ryzyko dzieli się na cztery kategorie:
- 1) Transfer – dla pewnej kategorii ryzyk najlepszym zabezpieczeniem może być transfer, czyli przeniesienie ryzyka na inną instytucję; można

go realizować poprzez ubezpieczenie lub bardziej skomplikowanymi metodami;

- 2) Tolerowanie – zdolność do przeciwdziałania pewnym ryzykom może być ograniczona, lub koszt skutecznego przeciwdziałania może przekraczać potencjalne korzyści i tylko w tej sytuacji odpowiedzią jest tolerowanie;
- 3) Przeciwdziałanie – podjęte działanie winno doprowadzić do likwidacji ryzyka lub jego ograniczenia do akceptowalnego poziomu – przedmiotowe działania to kontrola wewnętrzna funkcjonalna i instytucjonalna;
- 4) Przesunięcie w czasie – istnieją ryzyka, które mogą być kontrolowane czyli ograniczone do akceptowalnego poziomu jedynie poprzez zawieszenia działania – nie chodzi o zawieszenie działania całego Szpitala, lecz jedynie o zawieszenie działania, które powoduje zbyt duże ryzyko.

8 Monitorowanie i nadzór

8.1 Szpital traktuje zarządzanie ryzykiem jako proces ciągły i dlatego monitoruje i ocenia podjęte działania.

8.2 Dyrekcja Szpitala jest świadoma i krzewi tę świadomość wśród podległego personelu, że ciągłość procesu zarządzania ryzykiem oznacza ciągłość cyklu od identyfikacji ryzyka poprzez jego obliczenie, ocenę apetytu na ryzyko, identyfikację właściwej odpowiedzi, przygotowanie planu działania do jego wprowadzenia i monitorowania, ponieważ nowe ryzyka są immanentną cechą funkcjonowania organizacji.

8.3 Właściwy system monitorowania pozwala na podejmowanie właściwych decyzji we właściwym czasie.

8.4 Wyeliminowanie wszystkich ryzyk nie jest możliwe, jednak Szpital zarządzając ryzykiem jest lepiej przygotowany aby skutecznie sobie z nimi radzić i dostosowywać się do zmieniającej się rzeczywistości.

8.5 Monitoring ryzyka obejmuje:

- Wykonanie przeglądu w celu określenia czy ryzyko uległo zmianie;
- Sprawdzenie czy punktowa ocena ryzyka jest wciąż odpowiednia;
- Zapewnienie skuteczności dotychczasowych mechanizmów kontrolnych;

- Monitorowanie rozwoju uzgodnionych działań w zakresie zarządzania ryzykiem

- 8.6 W Szpitalu funkcjonuje proces nadzorowania rozwoju kontroli ryzyka oraz weryfikacji poziomu ryzyka. Dyrektor Szpitala otrzymuje w tym względzie regularne raporty.
- 8.7 Dyrektor Szpitala jest także adresatem odpowiednich raportów z rejestru ryzyka, tak by mógł zająć się najpoważniejszym ryzykiem przed którym stoi Szpital.
- 8.8 Raportowanie ryzyka jest zintegrowane z istniejącymi procesami raportowania zarządczego w tym zarządzania wynikami; częstsze raporty są konieczne dla działań niosących ze sobą wysokie ryzyko.
- 8.9 Wszyscy kierownicy są zobowiązani do monitorowania ryzyka w podległych im komórkach.

9 Kultura

- 9.1 Dyrekcja tworzy role i zadania dla pracowników, którzy będą prowadzić, nadzorować i koordynować działania z zakresu zarządzania ryzykiem.
- 9.2 Dyrektor Szpitala wyznacza Koordynatora ds. kontroli zarządczej odpowiedzialnego za promocję zarządzania ryzykiem i opracowanie rocznego raportu dotyczącego działań podjętych w Szpitalu z zakresu zarządzania ryzykiem.²⁾²⁾²⁾
- 9.3 Dyrekcja wdraża i monitoruje plany zarządzania ryzykiem na poziomie operacyjnym i strategicznym.
- 9.4 Dyrekcja tworzy stały program oceny ryzyka, którego wyniki są wprowadzane do procesu planowania działalności Szpitala na każdym poziomie.
- 9.5 Dyrektor Szpitala zapewnia środki konieczne do finansowania inicjatyw i projektów z zakresu zarządzania ryzykiem w Szpitalu.
- 9.6 Dyrekcja Szpitala zachęca interesariuszy do opracowania i utrzymania etyki zarządzania ryzykiem oraz raportowania istotnych kwestii.

10. Odpowiedzialność

- 10.1 Dyrektor Szpitala odpowiada w szczególności za:

- 1) Uzgodnienie polityki zarządzania ryzykiem oraz jej przegląd;

²⁾²⁾²⁾ W brzmieniu ustalonym § 1 pkt 1 zarządzenia nr 39/2022, o którym mowa w odnośniku nr 1.

- 2) Uzgodnienie i monitorowanie działań związanych z okresowymi i rocznymi raportami dotyczącymi zarządzania ryzykiem oraz składanie raportów dotyczących tych działań;³⁾³⁾³⁾³⁾
 - 3) Opracowanie i przedłożenie rocznego raportu z kontroli nad procesem zarządzania ryzykiem związanego z działaniami z zakresu zarządzania ryzykiem w Szpitalu;
 - 4) Weryfikację istotnych zagadnień dotyczących zarządzania ryzykiem na poziomie strategicznym i operacyjnym, na które Szpital jest narażony;
 - 5) Uzgodnienie zakresu zadań i obowiązków i programu działań grupy ds. zarządzania ryzykiem w Szpitalu;
 - 6) Uzgodnienie zasobów udostępnianych w związku z zarządzaniem ryzykiem;
 - 7) Wyznaczenie przedstawicieli kierownictwa w grupie ds. zarządzania ryzykiem;
- 10.2 Koordynator do spraw kontroli zarządczej w szczególności odpowiada za:⁴⁾⁴⁾⁴⁾⁴⁾
- 1) Nadzorowanie funkcji zarządzania ryzykiem;
 - 2) Doradztwo dotyczące członkostwa w grupie ds. zarządzania ryzykiem we współpracy z Dyrektorem Szpitala oraz doradztwo dotyczące adekwatności dostępnych zasobów;
 - 3) Informowanie Dyrektora Szpitala o postępach prac Zespołu ds. analizy i oceny ryzyka;⁵⁾⁵⁾⁵⁾⁵⁾
 - 4) Pełnienie roli głównej osoby kontaktowej w priorytetowych kwestiach związanych z zarządzaniem ryzykiem;
 - 5) Przedkładanie okresowych raportów Dyrektorowi w kwestii działań dotyczących zarządzania ryzykiem w Szpitalu;
 - 6) Przedkładanie rocznego raportu Szpitala w kwestii działań dotyczących zarządzania ryzykiem.
- 10.3 Zespół ds. analizy i oceny ryzyka odpowiada za:⁶⁾⁶⁾⁶⁾⁶⁾
- 1) Przygotowanie zakresu zadań i obowiązków dotyczących wykonywanych czynności we współpracy z Dyrektorem Szpitala;
 - 2) Ułatwienie podejmowania inicjatyw z zakresu zarządzania ryzykiem oraz ich przegląd na poziomie strategicznym i operacyjnym;

3)3)3)³⁾ W brzmieniu ustalonym § 1 pkt 2 zarządzenia nr 39/2022, o którym mowa w odnośniku nr 1.

4)4)4)⁴⁾ W brzmieniu ustalonym § 1 pkt 3 zarządzenia nr 39/2022, o którym mowa w odnośniku nr 1.

5)5)5)⁵⁾ W brzmieniu ustalonym § 1 pkt 4 zarządzenia nr 39/2022, o którym mowa w odnośniku nr 1.

6)6)6)⁶⁾ W brzmieniu ustalonym § 1 pkt 5 zarządzenia nr 39/2022, o którym mowa w odnośniku nr 1.

- 3) Składanie raportów dotyczących inicjatyw i czynności z zakresu zarządzania ryzykiem oraz ich wyników;
- 4) Podnoszenie świadomości problematyki zarządzania ryzykiem;
- 5) Doroczny przegląd zakresu polityki zarządzania ryzykiem w celu zapewnienia aktualności i stosowności do potrzeb Szpitala.

10.4 Kierownictwo wyższego szczebla w szczególności odpowiada za:

- 1) Identyfikację, ocenę, redukcję i składanie raportów ryzyka przy wykorzystaniu oceny ryzyka;
- 2) Określenie implikacji/wymogów dotyczących zasobów związanych z oceną ryzyka;
- 3) Zapewnienie zgodności działań z zakresem polityki zarządzania ryzykiem;
- 4) Współpracę i utrzymanie kontaktów z grupą ds. zarządzania ryzykiem przy wykonywaniu czynności dotyczących zarządzania ryzykiem;
- 5) Zapewnienie by interesariusze byli świadomi wagi procesu zarządzania ryzykiem oraz mechanizmów włączania problemów do formalnych procesów;
- 6) Identyfikację potrzeb szkoleniowych dotyczących zarządzania ryzykiem;
- 7) Zapewnienie by wyznaczone osoby przeszły wymagane szkolenie, otrzymały wsparcie i porady dotyczące zarządzania ryzykiem.

10.5 Pracownicy są w szczególności świadomi występującego ryzyka i potrzeby rozpatrzenia ryzyka w formalnych procesach.

11. Proces

11.1 Administracja procesami zarządzania ryzykiem wymaga prowadzenia zapisów i procedur, dokumentowania podejmowanych decyzji i zachowania wyraźnych ścieżek kontrolnych, co umożliwi zapewnienie właściwej staranności, przejrzystości i rozliczalności.

11.2 Szpital wdraża standardowy proces rejestrowania i archiwizacji informacji dotyczących zarządzania ryzykiem. Proces ten podlega przeglądowi, który zapewni jego stosowność.

12. Strategia dotycząca zarządzania ryzykiem

12.1 Strategia określa sposób wdrożenia/realizacji polityki zarządzania ryzykiem. Strategia ta jest realizowana w cyklach rocznych.

12.2 Strategia składa się z trzech elementów dotyczących zarządzania ryzykiem, które zapewniają:

- przestrzeganie zasad i wartości;
- realizację zadań;
- zastosowanie najlepszej praktyki oceny ryzyka;

12.3 Dla każdego elementu zidentyfikowano następujące cele:

Przestrzeganie zasad i wartości procesu zarządzania ryzykiem

Cele
Uzgodnienie celów związanych z podejściem stosowanym przez Szpital przy zarządzaniu ryzykiem;
Uzgodnienie i zatwierdzenie zakresu polityki zarządzania ryzykiem;
Przegląd strategii zarządzania ryzykiem;
Opracowanie, uzgodnienie i zatwierdzenie rocznego raportu z działań dotyczących zarządzania ryzykiem;
Opracowanie i opublikowanie zakresu kontroli nad procesem zarządzania ryzykiem;
Przegląd zakresu zadań i obowiązków grupy ds. zarządzania ryzykiem

Realizacja zadań z zakresu zarządzania ryzykiem

Cele
Przegląd i określenie następujących elementów dla Zespołu ds. analizy i oceny ryzyka: ⁷⁾⁷⁾⁷⁾⁷⁾ <ul style="list-style-type: none">• składu grupy;• programu działalności;• sposobu raportowania;• wymagań dotyczących zasobów;
Określenie działań podejmowanych w ramach programu zarządzania ryzykiem, w tym: <ul style="list-style-type: none">• analizy ryzyka;

⁷⁾⁷⁾⁷⁾⁷⁾ W brzmieniu ustalonym § 1 pkt 6 zarządzenia nr 39/2022, o którym mowa w odnośniku nr 1.

<ul style="list-style-type: none"> • skuteczności mechanizmów kontrolnych; • działań dotyczących zarządzania ryzykiem;
Składanie raportów i monitorowanie działań podejmowanych w ramach programu zarządzania ryzykiem;
Określenie zasobów dotyczących zarządzania ryzykiem;
Przeprowadzenie analizy ryzyka w ramach: <ul style="list-style-type: none"> • corocznego planowania działalności Szpitala; • bieżących działań operacyjnych, w tym projektów;
Dokonanie przeglądu i sporządzenie raportu dotyczącego: <ul style="list-style-type: none"> • zastosowania procesu analizy ryzyka i sporządzenia rejestru ryzyka na poziomie strategicznym i operacyjnym; • skuteczności mechanizmów kontrolnych ryzyka; • właściwości działań podejmowanych w celu zmniejszenia ryzyka; • zgodności z polityką zarządzania ryzykiem;
Raporty monitorujące dotyczą: <ul style="list-style-type: none"> • ryzyka zidentyfikowanego w ramach procesu oceny ryzyka, zarówno na poziomie strategicznym jak i operacyjnym; • bieżącej skuteczności mechanizmów kontrolnych; • wdrożenia/tworzenia środków zaradczych lub mechanizmów kontroli ryzyka;

Zastosowanie najlepszej praktyki zarządzania ryzykiem

Cele
Przegląd raportów z głównymi wynikami osiągniętymi w ramach procesu zarządzania ryzykiem;
Realizacja programu inicjatyw i czynności wsparcia oraz zapewnienia zgodności z najlepszą praktyką;
Nadzorowanie strategicznej i operacyjnej skuteczności działań z zakresu zarządzania ryzykiem;

13. Wdrażanie modelu ryzyka

- 13.1 Proces oszacowania ryzyka winien kończyć się wypracowaniem wiarygodnych rezultatów, zaakceptowanych przez Dyrektora Szpitala.
- 13.2 Proces oszacowania ryzyka winien być przeprowadzany w ściśle określonych ramach czasowych, tak aby unikać sytuacji, w której czekanie na rezultaty poprzedniej czynności hamuje cały proces.

- 13.3 Proces oszacowania ryzyka powinien się przyczyniać do właściwego wykorzystania zasobów. Oznacza to że informacja powstała w wyniku tego procesu jest przynajmniej tak samo wartościowa jak nakłady poniesione na jej uzyskanie.
- 13.4 Kluczem do pomyślnie przeprowadzonego oszacowania jest zrozumienie i identyfikacja ryzyka a nie tylko samo użycie sprzętu komputerowego i przetwarzanie danych.
- 13.5 Proces oszacowania ryzyka powinien być dopasowany do zasobów i potrzeb Szpitala. Należy unikać niepotrzebnych komplikacji i utrzymywać proces tak prosty jak to tylko możliwe.
- 13.6 Ostateczną weryfikacją dla oszacowania powinno być poczucie rozsądku i intuicja. Oszacowanie winno być sensowne dla doświadczonego kierownika.
- 13.7 Modele ryzyka nie są koniecznym warunkiem do przeprowadzenia oszacowania ale znakomicie ułatwiają pracę, oprócz tego:
- oszacowanie oparte na modelu ryzyka łatwiej wytłumaczyć innym osobom,
 - modele przyczyniają się do zwięzłej formy oceny,
 - modele mogą być wykorzystywane na potrzeby szkoleniowe.
- 13.8 Szpital skutecznie szacuje ryzyko na dwóch poziomach:
- Makro - modele planowania strategicznego,
 - Mikro – modele planowania na szczeblu projektu,
- używając odpowiednio modelu jedno lub wielowymiarowego.

14. Coroczna deklaracja dotycząca zarządzania ryzykiem

- 14.1 SP ZOZ MSWiA w Opolu wymaga, by kierownicy podpisywali coroczną deklarację dotyczącą wykonywanej pracy związanej z zarządzaniem ryzykiem. Niniejsza część ogólnego planu zarządzania ryzykiem umożliwi Dyrektorowi Szpitala podpisanie Oświadczenia o Stanie Kontroli Zarządczej. Oświadczenie to można podpisać bez zastrzeżeń wyłącznie gdy wdrożono plan zarządzania ryzykiem, który funkcjonował przez cały rok.
- 14.2 Kierownicy wyższego szczebla co roku będą podpisywali deklarację według niżej przedstawionego wzoru:

Deklaracja złożona przez:

*Odpowiedzialnego za:(obszar
odpowiedzialności)*

*Zgadzam się iż pełniona przeze mnie funkcja zobowiązuje mnie do podpisania
niniejszej deklaracji. Podpisując niniejszą deklarację uznaję że:*

- 1) Wraz ze swoimi pracownikami przestrzegam polityki SP ZOZ MSWiA
w Opolu dotyczącej zarządzania ryzykiem, w zakresie , w jakim ma ona
wpływ na pełnione przeze mnie obowiązki;*
- 2) Prowadzę i dokonuję przeglądów właściwych rejestrów ryzyka oraz
monitoruje podjęcie odpowiednich działań w celu zarządzania
najważniejszymi rodzajami ryzyk, które mi przypisano;*
- 3) Niezwłocznie podejmuje działania w celu wdrożenia uzgodnionych
zaleceń Audytu Wewnętrznego i Zewnętrznego oraz raportów stron
trzecich;*
- 4) Pracownicy kierowanej przeze mnie komórki są aktywnie zachęceni do
identyfikacji i zarządzania ryzykiem;*
- 5) Pracownicy kierowanej przeze mnie komórki są aktywnie zachęceni do
informowania personelu kierowniczego wyższego szczebla o nowym
ryzyku i/lub istotnych kwestiach.*

Podpisano

Opole, dnia

Zarządzanie ryzykiem oznacza wykorzystywanie informacji, uzyskanych w trakcie oszacowania ryzyka tj. identyfikacji, analizy, pomiaru i hierarchizacji ryzyka poprzez aktywne działanie. Jest ono niezbędnym krokiem, który umożliwia wykorzystanie wszystkich posiadanych informacji do podjęcia skutecznej i efektywnej decyzji.

Aby osiągnąć wyznaczone cele Dyrektor Szpitala wystawia posiadane zasoby na ryzyko. Jego decyzje muszą być oparte na skutecznym i efektywnym oszacowaniu ryzyka i uzasadnione w procesie zarządzania ryzykiem.