

**PROCEDURY KONTROLI ZARZĄDCZEJ
W ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W SZCZECINIE**

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Kontrolę zarządczą w Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Szczecinie, zwanym dalej „Zakładem”, stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.

Przedmiotem kontroli zarządczej jest ocena gromadzenia i wykorzystania środków, gospodarowania mieniem oraz ochrony zasobów materialnych, finansowych i informatycznych.

System kontroli zarządczej uwzględnia warunki prawne, organizacyjne, kadrowe i finansowe, w jakich funkcjonuje Zakład i prowadzi do osiągnięcia przez podejmowane działania zgodności między stanem faktycznym a wymaganym.

System kontroli zarządczej powinien dostarczyć dyrektorowi Zakładu racjonalnego zapewnienia, że cele i zadania Zakładu są realizowane właściwie.

W szczególności celem kontroli zarządczej jest zapewnienie:

- 1) zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
- 2) skuteczności i efektywności podejmowanych działań,
- 3) wiarygodności sprawozdań,
- 4) ochrony zasobów,
- 5) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
- 6) efektywności i skuteczności przepływu informacji,
- 7) zarządzania ryzykiem.

Na dokumentację systemu kontroli zarządczej składają się procedury wewnętrzne, instrukcje, wytyczne, dokumenty określające zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników oraz inne dokumenty wewnętrzne.

Kontrola zarządcza zapewnia: legalność, rzetelność, celowość, gospodarność prowadzonych działań, przy czym:

- 1) kryterium legalności obejmuje badanie zgodności działania z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, wewnętrznymi aktami prawnymi, umowami, decyzjami administracyjnymi oraz innymi rozstrzygnięciami podjętymi przez uprawnione podmioty;
- 2) kryterium rzetelności obejmuje badanie:

- wypełniania obowiązków z należytą starannością, sumiennie i we właściwym czasie;
 - wypełniania zobowiązań zgodnie z ich treścią;
 - przestrzegania wewnętrznych reguł funkcjonowania Zakładu lub danej komórki organizacyjnej;
 - dokumentowania określonych działań lub stanów faktycznych zgodnie z rzeczywistością, we właściwej formie i wymaganych terminach, bez pomijania określonych faktów i okoliczności;
- 3) kryterium celowości obejmuje badanie, czy działalność Zakładu jest zgodna z przyjętymi celami i zasadami. W przypadku decyzji finansowych, kryterium celowości obejmuje sprawdzenie, czy dany wydatek jest zgodny z rocznym planem finansowym Zakładu
- 4) kryterium gospodarności obejmuje badanie:
- oszczędnego i wydajnego wykorzystania środków;
 - uzyskania właściwej relacji nakładów do efektów;
 - wykorzystania możliwości zapobieżenia lub ograniczenia wysokości zaistniałych szkód.

PROCEDURY KONTROLI ZARZĄDCZEJ POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE

§ 2

Procedury kontroli zarządczej obejmują pięć grup odpowiadających następującym elementom kontroli zarządczej:

- 1) środowisko wewnętrzne,
- 2) cele i zarządzanie ryzykiem,
- 3) mechanizmy kontroli,
- 4) informacja i komunikacja,
- 5) monitorowanie i ocena.

ŚRODOWISKO WEWNĘTRZNE PRZESTRZEGANIE WARTOŚCI ETYCZNYCH, KOMPETENCJE ZAWODOWE, STRUKTURA ORGANIZACYJNA, DELEGOWANIE UPRAWNIENÍ

§ 3

1. Pracownicy Zakładu powinni charakteryzować się wysokim poziomem osobistej i zawodowej uczciwości, zapewniającym osiągnięcie przez Zakład wyznaczonych celów zapisanych w planie finansowym.
2. Wartości etyczne powinny być brane pod uwagę przy zatrudnianiu nowych pracowników a także promowane i umacniane wśród stałego personelu.
3. Pracownicy powinni być świadomi konsekwencji wynikających z nieetycznego zachowania lub działań niezgodnych z prawem.

§ 4

1. Wszyscy pracownicy Zakładu, w tym jego kierownictwo, są zobowiązani do posiadania takiego stopienia wiedzy i umiejętności oraz doświadczenia, który pozwala im skutecznie i efektywnie wypełniać powierzone zadania i obowiązki.
2. Pracownicy Zakładu uczestniczą w szkoleniach, dbają o ciągłe podnoszenie umiejętności i aktualizowanie koniecznego zakresu wiedzy.
3. Proces zatrudniania pracowników Zakładu jest prowadzony w sposób zapewniający wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko i odbywa się w drodze konkursu.
4. Pracownicy Zakładu podlegają okresowym ocenom prowadzonym przez bezpośrednich przełożonych, które mają wpływ na ewentualny awans czy też przyznanie premii lub nagrody.
5. „Regulamin pracy” ustala organizację i porządek w miejscu pracy oraz związane z tym prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników.
6. Dział Kadr i Spraw Pracowniczych zapewnia zapoznanie się przez każdego zatrudnianego pracownika z treścią „Regulaminu pracy”, przed przystąpieniem przez niego do pracy.

§ 5

1. Struktura organizacyjna Zakładu jest okresowo analizowana i dostosowywana do zmieniających się warunków działania, celów i zadań.
2. Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych Zakładu jest określony w formie „Regulaminu Organizacyjnego”.
3. Dyrektor oraz kierownicy komórek organizacyjnych Zakładu oraz osoby przez nich upoważnione są zobowiązane od bieżącej aktualizacji zakresów zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych pracowników.

§ 6

1. Dyrektor podejmuje decyzje we wszystkich sprawach dotyczących Zakładu, z wyjątkiem spraw zastrzeżonych przez Statut ZOZ MSWiA w Szczecinie do kompetencji innych organów, w tym również decyzje dotyczące mienia i gospodarki Zakładu.
2. Zastępcy dyrektora działają w granicach kompetencji udzielonych im przez dyrektora i za te działania ponoszą odpowiedzialność przed dyrektorem.
3. Prawo do wydawania wewnętrznych aktów prawnych (zarządzeń) ma dyrektor Zakładu lub osoby przez niego upoważnione. Rejestr zarządzeń prowadzi sekretariat Zakładu.
4. Dyrektor może powoływać swoich pełnomocników, na czas nieokreślony lub na okres niezbędny do wykonania zleconych zadań, z tym że:
 - pełnomocnictwo jest udzielane na piśmie, ze wskazaniem zadań oraz terminu do wykonania przez pełnomocnika, jego uprawnień oraz odpowiedzialności.
 - rejestr pełnomocnictw udzielanych przez dyrektora prowadzi Komórka Prawna.

5. Obowiązek koordynacji działań w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej w Zakładzie spoczywa na dyrektorsze Zakładu, kierownictwie wyższego szczebla oraz kierownikach wszystkich komórek organizacyjnych Zakładu w ramach udzielonych uprawnień.

CELE I ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

§ 7

1. Cele i zadania Zakładu określone są w Statucie ZOZ MSWiA w Szczecinie.
2. Cele i zasady zarządzania ryzykiem określono w „Polityce zarządzania ryzykiem” stanowiącej załącznik nr 2.
3. Identyfikacja zewnętrznego i wewnętrznego ryzyka związanego z poszczególnymi celami Zakładu wykonywana jest nie rzadziej niż raz w roku.
4. Analiza ryzyka i podejmowanie działań zaradczych polega na tym, że zapewnia się systematyczne poddawanie zidentyfikowanego ryzyka analizie mającej na celu określenie możliwych skutków i prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka.
5. W obszarach szczególnie podatnych na zagrożenia przeprowadzane są kontrole problemowe przez kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych.
6. Dla każdego istotnego ryzyka określa się rodzaj reakcji. Osoby, które realizują działania związane z danym ryzykiem są odpowiedzialne za określenie działań, które należy podjąć w celu zmniejszenia danego ryzyka do akceptowanego poziomu.

MECHANIZMY KONTROLI

§ 8

1. Zakład prowadzi samodzielną gospodarkę finansową zgodnie z przepisami prawa.
2. Gospodarka finansowa Zakładu prowadzona jest na podstawie planu finansowego, zgodnie z przepisami o finansach publicznych i o rachunkowości oraz Statutu Zakładu. Plan finansowy Zakładu zatwierdza Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji po zaopiniowaniu przez Radę Społeczną Zakładu.
3. Zasady gospodarowania środkami finansowymi oraz zasady podziału środków na poszczególne zadania (cele) oraz między komórki organizacyjne Zakładu określa Plan Finansowy.
4. Zakład dokonuje zakupów dostaw, usług i robót budowlanych na zasadach określonych w przepisach regulujących zamówienia publiczne.

§ 9

1. System kontroli zarządczej Zakładu, w szczególności procedury, instrukcje, wytyczne kierownictwa, zakresy obowiązków, jest dokumentowany, a dokumentacja ta jest łatwo dostępna dla wszystkich pracowników, którym te informacje są niezbędne.

2. Wszystkie operacje finansowe i gospodarcze, a także inne znaczące zdarzenia, są rzetelnie dokumentowane, a dokumentacja ta jest łatwo dostępna dla upoważnionych osób. Dokumentacja powinna być kompletna, łatwo dostępna dla upoważnionych osób oraz umożliwiać dokładne prześledzenie każdej operacji finansowej, gospodarczej lub zdarzenia od samego początku, w trakcie trwania oraz po zakończeniu. Operacje finansowe i gospodarcze i inne zdarzenia powinny być bezzwłocznie rejestrowane i prawidłowo klasyfikowane.

3. Zatwierdzanie operacji finansowych polega na tym, że Dyrektor Zakładu lub upoważnieni przez niego pracownicy zatwierdzają, przed ich realizacją, wszelkie operacje finansowe i gospodarcze związane z pozyskiwaniem i wydatkowaniem środków publicznych. Poszczególne czynności związane z realizacją operacji finansowych lub gospodarczych są wykonywane wyłącznie przez osoby do tego upoważnione.

4. Podział obowiązków polega na tym, że zadania dotyczące prowadzenia, zatwierdzania, rejestrowania i sprawdzania operacji finansowych, gospodarczych i innych zdarzeń związanych z pozyskiwaniem i wydatkowaniem środków publicznych są rozdzielone pomiędzy różne osoby, z uwzględnieniem obowiązków.

Wprowadzenie odpowiednich procesów gwarantuje, iż wszystkie przypadki odstępstw od procedur, instrukcji lub wytycznych będą dokumentowane, należycie uzasadnione oraz zatwierdzone przez Dyrektora Zakładu lub upoważnionego pracownika.

5. Prowadzony jest właściwy nadzór w ramach hierarchii służbowej, którego celem jest upewnienie się, że zadania Zakładu są właściwie realizowane. Właściwy nadzór obejmuje w szczególności:

- jasne komunikowanie obowiązków, zadań i odpowiedzialności każdemu z pracowników i systematyczną ocenę ich pracy w niezbędnym zakresie,
- zatwierdzanie wyników pracy w decydujących momentach w celu uzyskania zapewnienia, że przebiega ona zgodnie z zamierzeniami.

6. Na bieżąco podejmowane są działania mające na celu utrzymanie ciągłości działania Zakładu, w szczególności jeśli chodzi o operacje finansowe i gospodarcze związane z pozyskiwaniem i wydatkowaniem środków publicznych oraz zabezpieczenie personalne.

7. W celu utrzymania ciągłości działalności Zakładu, w szczególności ciągłości operacji finansowych i gospodarczych, w Zakładzie sporządzany jest plan urlopów.

§ 10

1. Rachunkowość Zakładu jest prowadzona zgodnie z obowiązującymi w Zakładzie „Polityką rachunkowości”.

2. Dokumenty księgowe - źródłowe przechowywane są w sposób określony w „Polityce rachunkowości”.
3. Kluczowe obowiązki dotyczące prowadzenia, zatwierdzania, rejestrowania i sprawdzania operacji finansowych, gospodarczych i innych zdarzeń są rozdzielone pomiędzy różne osoby wskazane w „Instrukcji obiegu i kontroli dokumentów finansowo - księgowych”.
4. Dokumenty finansowo - księgowe podlegają kontroli i są podpisywane pod względem merytorycznym oraz pod względem formalno - rachunkowych przez osoby wskazane w „Instrukcji obiegu i kontroli dokumentów finansowo - księgowych”.
5. Zasady ochrony ksiąg rachunkowych oraz dowodów księgowych określone zostały w „Polityce rachunkowości”.
6. Zasady przechowywania i archiwizowania dokumentów księgowych oraz tworzenie i archiwizacja kopii zapasowych ksiąg rachunkowych określone zostały w „Polityce rachunkowości”.

§ 11

1. W Zakładzie sporządzane jest roczne Sprawozdanie finansowe oraz Sprawozdanie z wykonania planu finansowego.
2. Zakład sporządza meldunki kwartalne, kwartalne i roczne sprawozdania - MZ oraz roczne sprawozdania z działalności służby zdrowia - MSW.

§ 12

1. W ramach hierarchii służbowej prowadzony jest nadzór, który ma za zadanie uzyskać wymagany stopień pewności, że Zakład osiąga swoje cele i realizuje nałożone zadania.
2. Nadzór nad pracą i dyscypliną podległych pracowników należy do zakresu obowiązków osoby sprawującej funkcję kierowniczą.

§ 13

1. W Zakładzie funkcjonują mechanizmy służące zapewnieniu bezpieczeństwa danych i systemów informatycznych.
2. Funkcjonowanie mechanizmów kontroli systemów informatycznych takich jak: kontrola dostępu, kontrola oprogramowania systemowego, kontrola tworzenia i zmian w aplikacjach, nadawanie uprawnień, ciągłości działalności i kontroli aplikacji, koordynowana jest przez służby informatyczne Zakładu, w tym celu wdrożona została „Instrukcja bezpieczeństwa systemów informatycznych w ZOZ MSWiA w Szczecinie”.

§ 14

Wykaz dokumentów związanych z kontrolą zarządczą w ramach poszczególnych jej obszarów określono w załączniku nr 1, który jest na bieżąco aktualizowany.

INFORMACJA I KOMUNIKACJA

§ 15

1. Kierownicy komórek organizacyjnych odpowiedzialni są za bieżące monitorowanie i jakość przetwarzanych i przekazywanych informacji oraz systemu ich komunikowania, pod względem przydatności ich do realizacji celów jednostki i celów kontroli finansowej.
2. Wszystkie osoby odpowiedzialne za dostarczanie informacji powinny dbać, aby informacje te były:
 - aktualne,
 - rzetelne,
 - kompletne
 - odpowiednio przetworzone i pogrupowane,
 - zrozumiałe dla odbiorców informacji.
3. Każdy z odbiorców informacji odpowiedzialny jest za identyfikację nowych potrzeb informacyjnych oraz odpowiednią modyfikację wymagań odnośnie dostarczanych mu danych, także przekazania nowych wytycznych osobom odpowiedzialnym za dostarczanie informacji.
4. Kierownicy komórek organizacyjnych odpowiedzialni są za takie zorganizowanie systemu komunikacji wewnętrznej w podległych jednostkach, aby każdy pracownik mógł zrozumieć cele systemu kontroli finansowej, sposób jego funkcjonowania a także swoją rolę i odpowiedzialność w tym systemie.
5. Rozpowszechnianie zarządzeń dyrektora oraz innych istotnych decyzji odbywa się na podstawie rozdzielnika, ponadto dokumenty te w wersji elektronicznej znajdują się w elektronicznym systemie obiegu dokumentów PROGMATE DOCS.

MONITOROWANIE I OCENA

§ 17

1. Dyrektor Zakładu i pracownicy na stanowiskach kierowniczych prowadzą bieżącą ocenę skuteczności systemu kontroli zarządczej i jego poszczególnych elementów w celu bieżącego jego ulepszenia oraz zapobieganiu nieprawidłowościom, stratom lub złemu zarządzaniu
2. W ramach procesu odrębnego od bieżącej kontroli raz w roku przeprowadzana jest samoocena systemu kontroli zarządczej przez zastępcę dyrektora ds. finansowo-administracyjnych, zastępcę dyrektora ds. medycznych, naczelną pielęgniarkę, kierownika przychodni, głównego księgowego, kierowników administracji i pełnomocnika ds. zarządzania jakością.
3. W oparciu o zebrane informacje osoby wymienione w pkt 2 wskazują dyrektorowi Zakładu słabości kontroli zarządczej oraz analizę ich przyczyn a także skutki lub ryzyka wynikające ze wskazanych słabości kontroli zarządczej.

4. W oparciu o dokumentację o której mowa w pkt. 3 dyrektor Zakładu wydaje zalecenia mające na celu usprawnienie kontroli.
5. Bieżące monitorowanie, okresowa samoocena oraz przeprowadzone kontrole stanowią źródło danych do oświadczenia dyrektora o stanie kontroli zarządczej.
7. W Zakładzie funkcjonuje stanowisko ds. kontroli wewnętrznej.
8. W Zakładzie funkcjonuje stanowisko pełnomocnika ds. zarządzania jakością.
9. W przypadkach i na warunkach określonych w ustawie, audytor wewnętrzny prowadzi obiektywną i niezależną ocenę systemu kontroli zarządczej.
10. Ocena systemu kontroli zarządczej, a także czynności doradcze dokonywane przez audyt wewnętrzny, wspierają dyrektora w realizacji celów i zadań Zakładu.
11. Potwierdzenie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej przez dyrektora Zakładu (np. oświadczenia o stanie kontroli zarządczej) odbywa się w szczególności na podstawie: monitorowania, samooceny, przeprowadzonych audytów i kontroli).

DYREKTOR
Sylwester Bierzanowski

Z-ca DYREKTORA
ds. Finansowo-Administracyjnych
Ewa Jasnińska

WYKAZ DOKUMENTÓW ZWIĄZANYCH Z KONTROLĄ ZARZĄDCZĄ

L.P.	DOKUMENT	OBSZAR
1	Statut	Mechanizmy kontroli
2	Instrukcja obiegu i kontroli dokumentów finansowo-księgowych	Mechanizmy kontroli
3	Instrukcja kasowa	Mechanizmy kontroli
4	Polityka rachunkowości	Mechanizmy kontroli
5	Regulamin pracy	Środowisko wewnętrzne
6	Regulamin wynagradzania	Środowisko wewnętrzne
7	Regulamin organizacyjny	Środowisko wewnętrzne
8	Regulamin korzystania ze środków ZFŚS	Mechanizmy kontroli
9	Instrukcja bezpieczeństwa systemów informatycznych	Mechanizmy kontroli
10	Regulamin zamówień publicznych	Mechanizmy kontroli
11	Regulamin pracy komisji przetargowej	Mechanizmy kontroli
12	Instrukcje dot. BHP	Mechanizmy kontroli
13	Procedury audytu wewnętrznego	Monitorowanie i ocena
14	Procedury ISO	Monitorowanie i ocena

DYREKTOR
Sylwester Bierzanowski

Z-ca DYREKTORA
Finansowo-Administracyjnych
Ewa Szymańska

POLITYKA ZARZĄDZANIA RYZYKIEM W ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W SZCZECINIE

I. Deklaracja i cele polityki zarządzania ryzykiem

Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Szczecinie, zwany dalej „Zakładem” prowadzi politykę zarządzania ryzykiem przejawiającą się w podejmowanych przez Kierownictwo działaniach zmierzających do identyfikacji i oceny ryzyka zagrażającego osiągnięciu celów przez Zakład oraz w działaniach mających na celu obniżenie ryzyka do akceptowanego poziomu.

Celem polityki zarządzania ryzykiem jest:

- 1) osiągnięcie przez Zakład celów, określonych w Statucie Zakładu oraz planach działalności,
- 2) ochrona zasobów Zakładu oraz ich efektywne wykorzystanie,
- 3) ochrona dobrego imienia Zakładu.

II. Zastosowanie polityki zarządzania ryzykiem

Przyjęta w Zakładzie polityka zarządzania ryzykiem ma zastosowanie do wszystkich komórek organizacyjnych oraz do wszystkich jej pracowników.

III. Zasady polityki zarządzania ryzykiem

1. Zarządzanie ryzykiem jest jednym z elementów planowania i podejmowania decyzji.
2. Za zarządzanie ryzykiem odpowiada dyrektor, a także (w zakresie powierzonych im obowiązków) kierownicy wyższego szczebla.
3. Zarządzanie ryzykiem jest procesem ciągłym, w który zaangażowani są wszyscy pracownicy Zakładu.
4. Dyrektor i kierownicy wyższego szczebla podejmują działania zmierzające do zapoznania pracowników z celami Zakładu.
5. Dyrektor i kierownicy wyższego szczebla podejmują działania mające na celu podniesienie poziomu wiedzy pracowników na temat ryzyka, tj. wzrostu świadomości występowania ryzyka w działalności Zakładu, wpływu ryzyka na osiągnięcie przez Zakład celów, możliwości ograniczania ryzyka i konieczności jego stałego monitorowania.
6. Dyrektor Zakładu zdefiniował pojęcia, które będą używane w procesie zarządzania ryzykiem w sposób następujący:

Ryzyko - możliwość zaistnienia zdarzenia, które będzie miało wpływ na realizację założonych celów. Może mieć charakter negatywnego zagrożenia lub pozytywnej możliwości. Ryzyko jest mierzone wpływem (siłą oddziaływania / skutkiem) oraz prawdopodobieństwem jego wystąpienia.

Czynnik ryzyka - zdarzenie, działanie, zaniechanie, które może spowodować wystąpienie ryzyka.

Ryzyko nieodłączne - ryzyko wystąpienia niepożądanego zdarzenia, przy założeniu, że nie funkcjonują żadne mechanizmy kontrolne.

Ryzyko rezydualne - ryzyko pozostające po zastosowaniu mechanizmów kontrolnych.

Ryzyko kontroli - ryzyko, iż mechanizmy kontrolne okażą się nieskuteczne.

Apetyt na ryzyko - poziom ryzyka, który jest oceniany jako dopuszczalny i uzasadniony. Apetyt na ryzyko może być wyrażony poprzez serię limitów, określonych dla poszczególnych poziomów kierownictwa, (np. upoważnienie do podpisywania umów do określonej wartości). Apetyt na ryzyko może być ustalony odrębnie dla poszczególnych obszarów działalności Zakładu.

Kierownicy wyższego szczebla - dla potrzeb niniejszej polityki przyjmuje się, iż kierownikami wyższego szczebla są: zastępca dyrektora ds. finansowo-administracyjnych i zastępca dyrektora ds. medycznych

Kierownicy średniego szczebla - dla potrzeb niniejszej polityki przyjmuje się, iż kierownikami średniego szczebla są: naczelną pielęgniarka, kierownik przychodni, główny księgowy

IV. Przebieg procesu zarządzania ryzykiem

1. Dyrektor Zakładu określił Procedurę zarządzania ryzykiem.
2. W procesie zarządzania ryzykiem uczestniczą:
 - 1) dyrektor,
 - 2) kierownicy wyższego szczebla,
 - 3) zespół ds. ryzyka,
 - 4) pracownicy komórek organizacyjnych,
 - 5) audytor wewnętrzny.
3. W skład zespołu ds. ryzyka wchodzi: z-ca dyrektora ds. finansowo-administracyjnych, z-ca dyrektora ds. medycznych, naczelną pielęgniarka, kierownik przychodni, główny księgowy, kierownicy administracji i pełnomocnik ds. zarządzania jakością.
4. Procedura zarządzania ryzykiem określa w szczególności uprawnienia, odpowiedzialność i zadania osób biorących udział w procesie zarządzania ryzykiem, a także sposób dokumentowania podejmowanych działań.
5. Pracownicy Zakładu znają Procedurę zarządzania ryzykiem, rozumieją swoją rolę i zadania, które mają wykonywać w procesie zarządzania ryzykiem.
6. Przyjęty system komunikacji i informacji umożliwia przepływ informacji (w kierunku pionowym i poziomym) niezbędnych uczestnikom procesu zarządzania ryzykiem do wykonania powierzonych im zadań w zakresie zarządzania ryzykiem. Informacje te powinny być właściwe, rzetelne i terminowe.

V. Ustalenie głównych celów działalności Zakładu

Cele Zakładu zostały określone w Statucie ZOZ MSWiA w Szczecinie oraz planach finansowych.

VI. Elementy procesu zarządzania ryzykiem

1. Identyfikacja ryzyka

Identyfikacja zewnętrznego i wewnętrznego ryzyka związanego z poszczególnymi celami Zakładu wykonywana jest nie rzadziej niż raz w roku.

W przypadku istotnej zmiany warunków, w których funkcjonuje Zakład, względnie wystąpienia istotnych zmian wewnątrz Zakładu, identyfikacja ryzyka powinna zostać ponowiona.

Identyfikacja ryzyka dokonywana jest przez zespół ds. ryzyka, który dokonuje analizy wszystkich działań podejmowanych w Zakładzie i identyfikuje towarzyszące im ryzyka (mające wpływ na realizację celów Zakładu).

Metody, które w szczególności mogą być wykorzystane podczas identyfikacji ryzyka:

- 1) analiza środowiskowa, metoda umożliwiająca zidentyfikowanie ryzyk zewnętrznych, które mogą wpływać na realizację celów Zakładu, poprzez analizę środowisk w jakich Zakład funkcjonuje, takich jak: środowisko fizyczne (lokalizacja, obszar, dostęp), środowisko ekonomiczne (finanse, gospodarka, stopy procentowe), regulacje rządowe (prawo, polityka), konkurencja, klienci, dostawy/wykonawcy, technologia,
- 2) analiza zagrożeń, metoda umożliwiająca identyfikację ryzyk na jakie narażone są zasoby Zakładu, takie jak: środki trwałe, aktywa finansowe, zasoby ludzkie, wartości niematerialne i prawne.
- 3) scenariusze zagrożeń, specjalistyczna metoda identyfikacji ryzyka oszustwa i/lub zagrożenia, katastrofy, nieszczęścia.

Przy identyfikacji ryzyk mogą być stosowane kwestionariusze samooceny oraz warsztaty samooceny ryzyka.

Zidentyfikowane ryzyka powinny zostać zaliczone do kategorii ryzyk strategicznych albo ryzyk operacyjnych.

2. Ocena ryzyka

Zidentyfikowane ryzyka powinny zostać opisane i ocenione. Opisując ryzyko należy przedstawić przyczyny (czynniki ryzyka) i skutki wystąpienia ryzyka, a także przyjęte w Zakładzie mechanizmy kontrolne dla danego ryzyka. Jako metodę oceny ryzyka w Zakładzie stosuje się punktową ocenę ryzyka, przedstawioną w opracowanym przez Ministerstwo Finansów dokumencie o nazwie: „Zarządzanie ryzykiem w sektorze publicznym. Podręcznik wdrożenia systemu zarządzania ryzykiem w administracji publicznej w Polsce.”

Podczas oceny ryzyka rozróżnia się ryzyko nieodłączne od ryzyka rezydualnego.

Podczas oceny ryzyka, zidentyfikowanego w Zakładzie i mającego wpływ na osiągnięcie jej celów, uwzględniane jest zarówno prawdopodobieństwo jego wystąpienia (skala od 1 do 5 punktów; prawdopodobieństwo wystąpienia: rzadkie, mało prawdopodobne, średnie, prawdopodobne i prawie pewne), jak i jego oddziaływanie/skutek (skala od 1 do 5 punktów; skutki wystąpienia: katastrofalne, poważne, średnie, małe, nieznaczne).

Ryzyka ocenione pod względem prawdopodobieństwa wystąpienia i ich oddziaływania (skutków) umieszcza się w macyzy punktowej oceny ryzyka.

Tabela punktowa prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka

Opis	Rzadkie	Mało prawdopodobne	Średnie	Prawdopodobne	Prawie pewne
punktacja	1	2	3	4	5
Prawdopodobieństwo	0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%

Tabela punktowa oddziaływania ryzyka

Punktacja	Opis	Kryteria			
		Finansowe	Organizacyjne	Ochrona zdrowia i bezpieczeństwa osób	Reputacja
5	katastrofalne	Strata finansowa > 500.000 PLN	Brak realizacji kluczowych celów.	Utrata życia	Doniesienia prasowe w całym kraju
4	poważne	Strata finansowa 300.000 PLN < 500.000 PLN	Brak realizacji kluczowego celu	Poważne obrażenia	Pewne informacje w mediach ogólnokrajowych
3	średnie	Strata finansowa 100.000 PLN < 300.000 PLN	Zakłócenia w działalności	Pewne obrażenia	Pewne informacje w mediach lokalnych lub regionalnych
2	małe	Strata finansowa 10.000 PLN < 100.000 PLN	Niewielkie zakłócenia w działalności	Niewielkie obrażenia	Ograniczone informacje w mediach lokalnych lub regionalnych
1	nieznaczące	Mała strata finansowa < 10.000 PLN	Krótkotrwałe zakłócenia w działalności	Niewielkie obrażenia	Ubogie informacje w mediach lokalnych lub regionalnych

Matryca punktowej oceny ryzyka

oddziaływanie

Katastrofalne 5	Stale zarządzanie ryzykiem	Obowiązkowe zarządzanie ryzykiem	Konieczność intensywnego zarządzania ryzykiem			
Poważne 4						
Średnie 3						
Małe 2	Ryzyko akceptowalne		Obowiązkowe zarządzanie ryzykiem			
Nieznaczące 1			Stale monitorowanie ryzyka			
	Rzadkie 1	Mało prawdopo- dobne 2	Srednie 3	Prawdopo- -dobne 4	Prawie pewne 5	prawdopodobieństwo

Dyrektor określa poziomy akceptowalnego ryzyka (apetyt na ryzyko) dla różnych rodzajów działalności Zakładu i dla różnych poziomów kierownictwa w wewnętrznych aktach prawnych Zakładu, decyzjach albo w imiennych pełnomocnictwach i upoważnieniach.

Właścicielem ryzyka (w zależności od jego rodzaju: ryzyko strategiczne, ryzyko operacyjne oraz od oceny ryzyka) jest dyrektor lub kierownik wyższego szczebla, odpowiadający za działalność, w której dane ryzyko występuje.

Dyrektor określa właściciela ryzyka wspólnego, występującego w różnych rodzajach działalności lub ryzyka wspólnego dla różnych komórek organizacyjnych Zakładu. Ocenę ryzyka przeprowadza zespół ds. ryzyka.

Przeprowadzona ocena ryzyka daje podstawę do sporządzenia rejestru ryzyka. Zakres informacji ujmowanych w rejestrze ryzyka określa Procedura zarządzania ryzykiem, stanowiąca załącznik nr 3

3. Odpowiedź na ryzyko

Podstawą decyzji w sprawie ewentualnych działań, które należy podjąć w celu ograniczenia ryzyka (odpowiedzi na ryzyko) jest porównanie oceny ryzyka z apetytem na ryzyko oraz porównanie kosztów wdrożenia środków służących ograniczeniu ryzyka ze spodziewanymi korzyściami ze zmniejszenia tego ryzyka.

Decyzje w sprawie odpowiedzi na ryzyko podejmują, w zależności od rodzaju ryzyka i zakresu udzielonych upoważnień i pełnomocnictw:

- dyrektor - ryzyko strategiczne,
- dyrektor lub kierownicy wyższego szczebla - ryzyko operacyjne.

Działania podejmowane w stosunku do ryzyka mogą polegać na:

- zakończeniu działalności obciążonej zbyt dużym ryzykiem,
- przeniesieniu ryzyka / transferze ryzyka (np. ubezpieczenie, przekazanie określonych zadań jednostce / firmie zewnętrznej),
- zmniejszeniu ryzyka / redukcji ryzyka do akceptowalnego poziomu (np. poprzez ustalenie procedur postępowania i mechanizmów kontroli wewnętrznej),
- tolerowaniu ryzyka i ewentualnym opracowaniu planów awaryjnych na przypadki urzeczywistnienia się ryzyka,
- monitorowaniu ryzyka.

4. Monitorowanie ryzyka i komunikacja

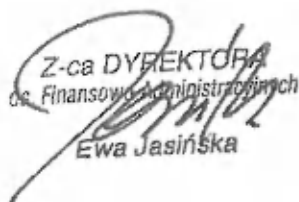
Monitorowanie ryzyka ma na celu ustalenie czy ryzyko nadal występuje, czy pojawiło się nowe ryzyko, czy prawdopodobieństwo i oddziaływanie ryzyka zmieniło się oraz czy mechanizmy kontroli wewnętrznej są skuteczne. Monitorowaniu podlega zarówno działalność Zakładu, jak i zmiany zachodzące w środowisku zewnętrznym (np. zmiany polityczne, ekonomiczne, legislacyjne, społeczne). Proces monitorowania ryzyka i zarządzania ryzykiem powinien ocenić czy pracownicy Zakładu rozumieją i stosują obowiązujące procedury, czy w Zakładzie stosowane są odpowiednie mechanizmy kontrolne i czy należy podjąć działania zmierzające do korekty systemu kontroli wewnętrznej.

Audyt wewnętrzny uczestniczy w procesie zarządzania ryzykiem w szczególności poprzez niezależne badanie i ocenę kontroli zarządczej (w tym zarządzania ryzykiem), w wyniku którego dyrektor uzyskuje obiektywną i niezależną ocenę adekwatności, efektywności i skuteczności tego systemu.

Osoby odpowiedzialne za monitorowanie ryzyka, przebieg monitorowania i sposób komunikowania informacji dotyczących ryzyka określa Procedura zarządzania ryzykiem.

DYREKTOR

 Sylwester Bierzanowski

Z-ca DYREKTORA
 ds. Finansowo-Administracyjnych

 Ewa Jasińska

PROCEDURA ZARZĄDZANIA RYZYKIEM W ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W SZCZECINIE

I. Cel procedury

Celem niniejszej procedury jest zapewnienie realizacji polityki zarządzania ryzykiem w Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Szczecinie, zwanym dalej „Zakładem”.

II. Zakres procedury

Procedura określa uprawnienia, odpowiedzialność i sposób postępowania pracowników - uczestników procesu zarządzania ryzykiem w Zakładzie.

Procedura odnosi się do wszystkich jednostek i komórek organizacyjnych oraz wszystkich pracowników Zakładu.

III. Definicje i skróty

Ryzyko - możliwość zaistnienia zdarzenia, które będzie miało wpływ na realizację założonych celów. Może mieć charakter negatywnego zagrożenia lub pozytywnej możliwości. Ryzyko jest mierzone wpływem (siłą oddziaływania / skutkiem) oraz prawdopodobieństwem jego wystąpienia.

Przyczyna / czynnik ryzyka - zdarzenie, działanie, zaniechanie, które może spowodować wystąpienie ryzyka.

Ryzyko nieodłączne - ryzyko wystąpienia niepożądanego zdarzenia, przy założeniu, że nie funkcjonują żadne mechanizmy kontrolne.

Ryzyko rezydualne - ryzyko pozostające po zastosowaniu skutecznych mechanizmów kontrolnych.

Ryzyko kontroli - ryzyko, iż mechanizmy kontrolne okażą się nieskuteczne.

Apetyt na ryzyko - poziom ryzyka, który jest oceniany jako dopuszczalny i uzasadniony. Apetyt na ryzyko może być wyrażony poprzez serię limitów, określonych dla poszczególnych poziomów kierownictwa, (np. upoważnienie do podpisywania umów o określonej wartości). Apetyt na ryzyko może być ustalony odrębnie dla poszczególnych obszarów działalności Zakładu.

Kierownicy wyższego szczebla - dla potrzeb niniejszej polityki przyjmuje się, iż kierownikami wyższego szczebla są: zastępca dyrektora ds. finansowo-administracyjnych i zastępca dyrektora ds. medycznych

Kierownicy średniego szczebla - dla potrzeb niniejszej polityki przyjmuje się, iż

kierownikami średniego szczebla są: naczelną pielęgniarka, kierownik przychodni, główny księgowy

IV. Odpowiedzialność i uprawnienia związane z zarządzaniem ryzykiem

1. Dyrektor Zakładu:

- 1) odpowiada za zarządzanie ryzykiem w Zakładzie,
- 2) określa *Politykę zarządzania ryzykiem* i *Procedurę zarządzania ryzykiem*,
- 3) podejmuje działania zmierzające do zapoznania pracowników z celami Zakładu, określonymi w Statucie Zakładu oraz planach finansowych,
- 4) podejmuje działania mające na celu podniesienie poziomu wiedzy pracowników na temat ryzyka, tj. wzrostu świadomości występowania ryzyka w działalności Zakładu, wpływu ryzyka na osiągnięcie przez Zakład celów, możliwości ograniczania ryzyka i konieczności jego stałego monitorowania,
- 5) podejmuje decyzję o wszczęciu działań mających na celu dokonanie identyfikacji, opisu i oceny ryzyka, mającego wpływ na osiągnięcie przez Zakład celów,
- 6) określa właścicieli ryzyka, którymi mogą być, kierownicy wyższego szczebla,
- 7) określa poziomy akceptowalnego ryzyka (apetyt na ryzyko) dla różnych rodzajów działalności Zakładu i dla różnych poziomów kierownictwa w wewnętrznych aktach prawnych Zakładu, decyzjach lub w imiennych pełnomocnictwach i upoważnieniach,
- 8) podejmuje decyzje w sprawie odpowiedzi na ryzyko, w przypadku ryzyka strategicznego i określonych ryzyk operacyjnych,
- 9) podejmuje decyzje w sprawie wprowadzenia zmian w systemie zarządzania ryzykiem i systemie kontroli wewnętrznej.

2. Kierownicy wyższego szczebla:

- 1) odpowiadają przed dyrektorem za zarządzanie ryzykiem związanym z obszarem działania Zakładu, za który odpowiadają zgodnie z zakresem powierzonych im obowiązków,
- 2) podejmują działania zmierzające do zapoznania podległych im pracowników z celami Zakładu,
- 3) podejmują działania mające na celu podniesienie poziomu wiedzy podległych im pracowników na temat ryzyka, tj. wzrostu świadomości występowania ryzyka w działalności Zakładu, wpływu ryzyka na osiągnięcie przez Zakład celów, możliwości ograniczania ryzyka i konieczności jego stałego monitorowania,
- 4) są właścicielami ryzyka związanego z obszarem działania Zakładu, za który odpowiadają zgodnie z zakresem powierzonych im obowiązków,
- 5) przekazują Zespołowi ds. ryzyka informacje dotyczące ryzyk występujących w nadzorowanym przez siebie obszarze działań,
- 6) podejmują decyzje w sprawie odpowiedzi na ryzyko, w granicach udzielonych im przez dyrektora upoważnień i pełnomocnictw,
- 7) odpowiadają przed dyrektorem za monitorowanie ryzyka występującego w nadzorowanym

przez siebie obszarze działań,

8) przedstawiają dyrektorowi informację o rezultatach prowadzonego monitoringu ryzyka, występującego w nadzorowanym przez siebie obszarze działań.

3. Zespół ds. ryzyka

W skład zespołu ds. ryzyka wchodzi: z-ca dyrektora ds. finansowo-administracyjnych, z-ca dyrektora ds. medycznych, naczelną pielęgniarkę, kierownik przychodni, główny księgowy, kierownicy administracji i pełnomocnik ds. zarządzania jakością.

Zespół ds. ryzyka:

- 1) promuje wiedzę na temat zarządzania ryzykiem,
- 2) dokonuje identyfikacji i opisu ryzyka,
- 3) przeprowadza ocenę ryzyka,
- 4) przedstawia propozycję właścicieli ryzyka,
- 5) przedstawia dyrektorowi propozycję działań, będących odpowiedzią na ryzyko,
- 6) prowadzi rejestr ryzyka,
- 7) monitoruje podjęte działania.

4. Pracownicy jednostek i komórek organizacyjnych

- 1) dokonują dla przełożonego identyfikacji i opisu ryzyka występującego w wykonywanych przez siebie zadaniach,
- 2) prowadzą monitorowanie ryzyka występującego w wykonywanych przez siebie zadaniach,
- 3) przedstawiają kierownikom wyższego szczebla informację o wystąpieniu nowego ryzyka lub o zmianach w ryzyku już zidentyfikowanym, a także o skuteczności mechanizmów kontroli wewnętrznej.

5. Audytor wewnętrzny

- 1) wspomaga dyrektora w prowadzeniu działań mających na celu podniesienie poziomu wiedzy pracowników na temat ryzyka, tj. wzrostu świadomości występowania ryzyka w działalności Zakładu, wpływu ryzyka na osiągnięcie przez Zakład celów, możliwości ograniczania ryzyka i konieczności jego stałego monitorowania,
- 2) jest członkiem zespołu ds. ryzyka i uczestniczy w jego pracach, poprzez wykonywanie czynności doradczych, w szczególności w zakresie metodyki identyfikacji i oceny ryzyka,
- 3) przeprowadza niezależne badanie i ocenę kontroli zarządczej w Zakładzie, w wyniku której dyrektor uzyskuje obiektywną i niezależną ocenę adekwatności, efektywności i skuteczności tego systemu.

V. Opis postępowania

I. Identyfikacja i opis ryzyka

1. Dyrektor podejmuje decyzję o wszczęciu działań mających na celu dokonanie identyfikacji i opisu ryzyka, mającego wpływ na osiągnięcie przez Zakład celów.

2. Zespół ds. ryzyka dokonuje identyfikacji ryzyka zagrażającego realizacji celów Zakładu i je opisuje, określając przyczyny i skutki wystąpienia ryzyka, stosowane mechanizmy kontrolne i propozycje usprawnień. Identyfikacja i opis ryzyka jest dokumentowana w postaci *Profilu ryzyka*.

3. Audytor wewnętrzny wspiera osoby dokonujące identyfikacji i opisu ryzyka poprzez doradztwo w zakresie metodyki identyfikacji ryzyka, określonej w *Polityce zarządzania ryzykiem*.

II. Ocena ryzyka

1. Zespół ds. ryzyka przeprowadza ocenę ryzyka, wykorzystując *Profile ryzyka*, sporządzone podczas identyfikacji i opisu ryzyka.

2. Ocena ryzyka jest przeprowadzana z zastosowaniem metody wskazanej w *Polityce zarządzania ryzykiem*, tj. **punktowej oceny ryzyka**. Fakt przeprowadzenia oceny ryzyka musi być udokumentowany w formie pisemnej, a jej elementem musi być **Matryca punktowej oceny ryzyka**, o której mowa w *Polityce zarządzania ryzykiem (str. 5)*. Pomocniczo, w celu przedstawienia oceny ryzyka, zespół ds. ryzyka może stosować metodę delficką.

3. Rezultaty przeprowadzonej oceny ryzyka są odnotowywane w *Profilach ryzyka*.

4. Zespół ds. ryzyka przedstawia dyrektorowi wyniki przeprowadzonej w Zakładzie identyfikacji i oceny ryzyka, na wspólnym posiedzeniu zespołu ds. ryzyka i dyrektora.

5. Na posiedzeniu, o którym mowa w pkt. 4 określani są właściciele ryzyk i apetyt Zakładu na poszczególne ryzyka.

III. Odpowiedź na ryzyko

1. Zespół ds. ryzyka przedstawia dyrektorowi propozycję działań, będących odpowiedzią na ryzyko.

2. Decyzje w sprawie odpowiedzi na ryzyko podejmują, w zależności od rodzaju i oceny ryzyka:

1) dyrektor - ryzyko strategiczne, ryzyko operacyjne wymagające intensywnego zarządzania i ryzyko operacyjne wymagające obowiązkowego zarządzania,

2) kierownicy wyższego szczebla - ryzyko operacyjne wymagające stałego zarządzania i ryzyko operacyjne wymagające stałego monitorowania.

3. Podstawą decyzji w sprawie ewentualnych działań, które należy podjąć w celu ograniczenia ryzyka (odpowiedzi na ryzyko) jest porównanie oceny ryzyka z apetytem na ryzyko oraz porównanie kosztów wdrożenia środków służących ograniczeniu ryzyka ze spodziewanymi korzyściami ze zmniejszenia tego ryzyka.

4. Działania podejmowane w stosunku do ryzyka mogą polegać na:

1) zakończeniu działalności obciążonej zbyt dużym ryzykiem,

2) przeniesieniu ryzyka / transferze ryzyka (np. ubezpieczenie, przekazanie określonych zadań jednostce / firmie zewnętrznej),

- 3) zmniejszeniu ryzyka / redukcji ryzyka do akceptowalnego poziomu (np. poprzez ustalenie procedur postępowania i mechanizmów kontroli wewnętrznej),
 - 4) tolerowaniu ryzyka i ewentualnym opracowaniu planów awaryjnych na przypadki urzeczywistnienia się ryzyka,
 - 5) monitorowaniu ryzyka.
5. Zespół ds. ryzyka odnotowuje odpowiedź na ryzyko w *Profilu ryzyka*.
6. Zespół ds. ryzyka prowadzi *Rejestr ryzyka*, który powinien zawierać co najmniej następujące informacje: numer ryzyka, cel działalności Zakładu, na który ryzyko ma wpływ, nazwę ryzyka i jego właściciela. Integralną częścią rejestru ryzyka są *Profile ryzyka*

IV. Monitorowanie ryzyka i komunikacja

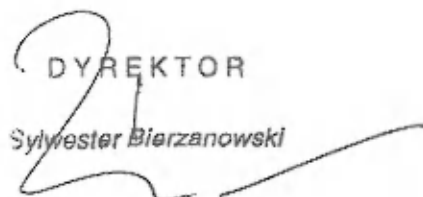
1. Monitorowanie ryzyka ma na celu ustalenie czy ryzyko nadal występuje, czy pojawiło się nowe ryzyko, czy prawdopodobieństwo i oddziaływanie ryzyka zmieniło się oraz czy mechanizmy kontroli wewnętrznej są skuteczne. Monitorowaniu podlega zarówno działalność Zakładu, jak i zmiany zachodzące w środowisku zewnętrznym (np. zmiany polityczne, ekonomiczne, legislacyjne, społeczne).
2. Monitorowanie ryzyka jest procesem ciągłym, w który zaangażowani są wszyscy pracownicy Zakładu.
3. Kierownicy wyższego szczebla odpowiadają przed dyrektorem za monitorowanie ryzyka występującego w nadzorowanym przez siebie obszarze działań.
4. Pracownicy komórek organizacyjnych odpowiadają przed swoimi bezpośrednimi przełożonymi za monitorowanie ryzyka występującego w wykonywanych przez siebie zadaniach.
5. Pracownicy komórek organizacyjnych przedstawiają kierownikom wyższego szczebla informację o wystąpieniu nowego ryzyka lub o zmianach w ryzyku już zidentyfikowanym, a także o skuteczności mechanizmów kontroli wewnętrznej.
6. Kierownicy wyższego szczebla przekazują dyrektorowi informację o rezultatach prowadzonego monitoringu ryzyka, występującego w nadzorowanym przez siebie obszarze działań.
7. Audytor wewnętrzny uczestniczy w procesie zarządzania ryzykiem w szczególności poprzez niezależne badanie i ocenę kontroli zarządczej (w tym zarządzania ryzykiem), w wyniku którego dyrektor uzyskuje obiektywną i niezależną ocenę adekwatności, efektywności i skuteczności tego systemu. Wyniki przeprowadzonego badania audytor wewnętrzny zamieszcza w sprawozdaniu z audytu, które przekazuje dyrektorowi i kierownikom audytowanych jednostek / komórek organizacyjnych.
8. Informacje, o których mowa w ust. 6 oraz sprawozdania, o których mowa w ust. 7 są podstawą do podjęcia przez dyrektora / kierowników wyższego szczebla decyzji o niezbędnych zmianach w systemie zarządzania ryzykiem i systemie kontroli wewnętrznej.

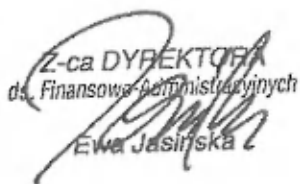
VI. Dokumenty związane

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o *finansach publicznych*
2. Komunikat nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w *sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych*,
3. „Zarządzenie ryzykiem w sektorze publicznym. Podręcznik wdrożenia systemu zarządzania ryzykiem w administracji publicznej w Polsce” (podręcznik zamieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Finansów),
4. Zarządzenie nr 5/2010 Dyrektora z dnia 27.01.2010 r. r. w sprawie *Zmiany Regulaminu organizacyjnego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Szczecinie*,
5. Zarządzenie Nr 82 Dyrektora z dnia 23.11.2011 r. w sprawie *Procedury kontroli zarządczej*.

VII. Załączniki. formularze

załącznik 1: Profil ryzyka

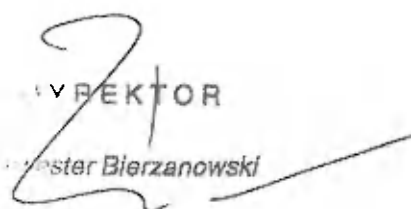
DYREKTOR

Sylwester Bierzanowski

Z-ca DYREKTORA
ds. Finansowo-Administracyjnych

Ewa Jasiryska

Profil ryzyka (dokumentowanie zarządzania ryzykiem)

Cel działania / zadanie:	
Ryzyko:	
Identyfikacja i opis ryzyka: (dokonywana przez wskazane osoby/ zespół ds. ryzyka)	
Przyczyny ryzyka	
Skutki ryzyka	
Stosowane mechanizmy kontrolne	
Propozycje usprawnień	

Rodzaj ryzyka:	Ryzyko strategiczne (ryzyko długookresowe): polityczne, reputacji, legislacyjne, ekonomiczne, społeczne, technologiczne, inne	Ryzyko operacyjne (krótkookresowe): prawne, finansowe, fizyczne, technologiczne, zakłócenia w działalności, inne
	Ryzyko zewnętrzne *	Ryzyko wewnętrzne *
Właściciel ryzyka (określa kierownik jednostki)		
Apetyt na ryzyko (określa kierownik jednostki)		
Odpowiedź na ryzyko / plany awaryjne (określa kierownik jednostki lub kierownik wyższego szczebla)		


 KIEROWNIK
 Krzysztof Bierzanowski

Podpis