



Centrum Szkolenia i Organizacji
Systemów Jakości
Politechniki Krakowskiej
im. Tadeusza Kościuszki



Studia podyplomowe
„Zarządzanie jakością wg norm ISO 9000” ed. 33

Analiza kontekstu organizacji – zarządzanie ryzykiem i szansami

Dr Magdalena Kóska-Wolny

data: 13 maj 2023 r.

Quality
management

**ISO
9001**

Customer

Continual
improvement

Process

- ▶ Informacje organizacyjne
- ▶ Zakres wykładu

- ▶ Miejsce ryzyka w organizacji
- ▶ Cel, przyczyny oraz korzyści z zarządzania ryzykiem
- ▶ Wdrażanie podejścia opartego na ryzyku

CEL ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

Zidentyfikowanie ryzyka oraz
ograniczenie jego negatywnego oddziaływania,
co powinno przyczynić się do efektywnego i racjonalnego
osiągania celów i realizacji zadań.

ZROZUMIENIE ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

Podejście oparte na ryzyku jest czymś, co wszyscy robimy automatycznie każdego dnia w swoim życiu
Przykład: Jeżeli chcę przejść przez ulicę, patrzę wcześniej na ruch na ulicy. Nie wejdę na ulicę przed jadącym samochodem.

Rozpatrywanie ryzyka jako zagrożenia ale i szansy

Przykład:

Bezpośrednie przejście przez ulicę daje mi szansę przejścia szybko na drugą stronę ulicy, ale jeżeli skorzystam z tej szansy, będę narażony na większe ryzyko obrażeń spowodowanych przez jadące samochody.

Podejście oparte na ryzyku uwzględnia bieżące sytuacje i możliwości zmiany (zabezpieczenia)

Analiza tej sytuacji pokazuje następujące możliwości doskonalenia:

- *Tunel przechodzący bezpośrednio pod drogą*
- *Sygnalizacja świetlna dla pieszych, lub*
- *Skierowanie drogi tak, aby na tym obszarze nie było ruchu.*

ZAGROŻENIE A RYZYKO

ZAGROŻENIE = RYZYKO

ZAGROŻENIE ~~≠~~ RYZYKO

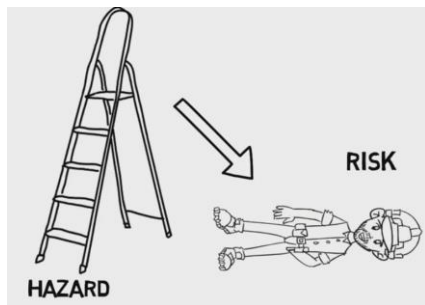
???

ZAGROŻENIE A RYZYKO - RÓŻNICE

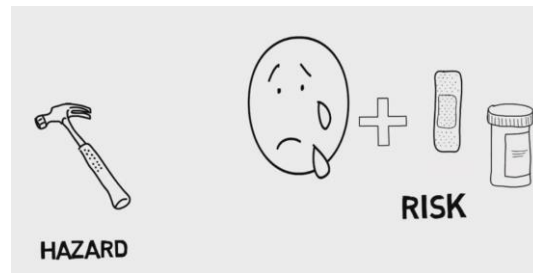
Ryzyko - działanie lub zaniechanie, które może w sposób negatywny wpłynąć na realizację celów bądź zadań. Kombinacja prawdopodobieństwa zdarzenia i jego konsekwencji

Zagrożenie - zjawisko wywołane działaniem sił natury bądź człowieka, które powoduje, że poczucie bezpieczeństwa maleje bądź zupełnie zanika

Czynnik ryzyka: zdarzenie, stan prawny lub fizyczny, który wpływ na wystąpienie ryzyka



https://www.youtube.com/watch?v=n_IPD1ZMXpA



ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

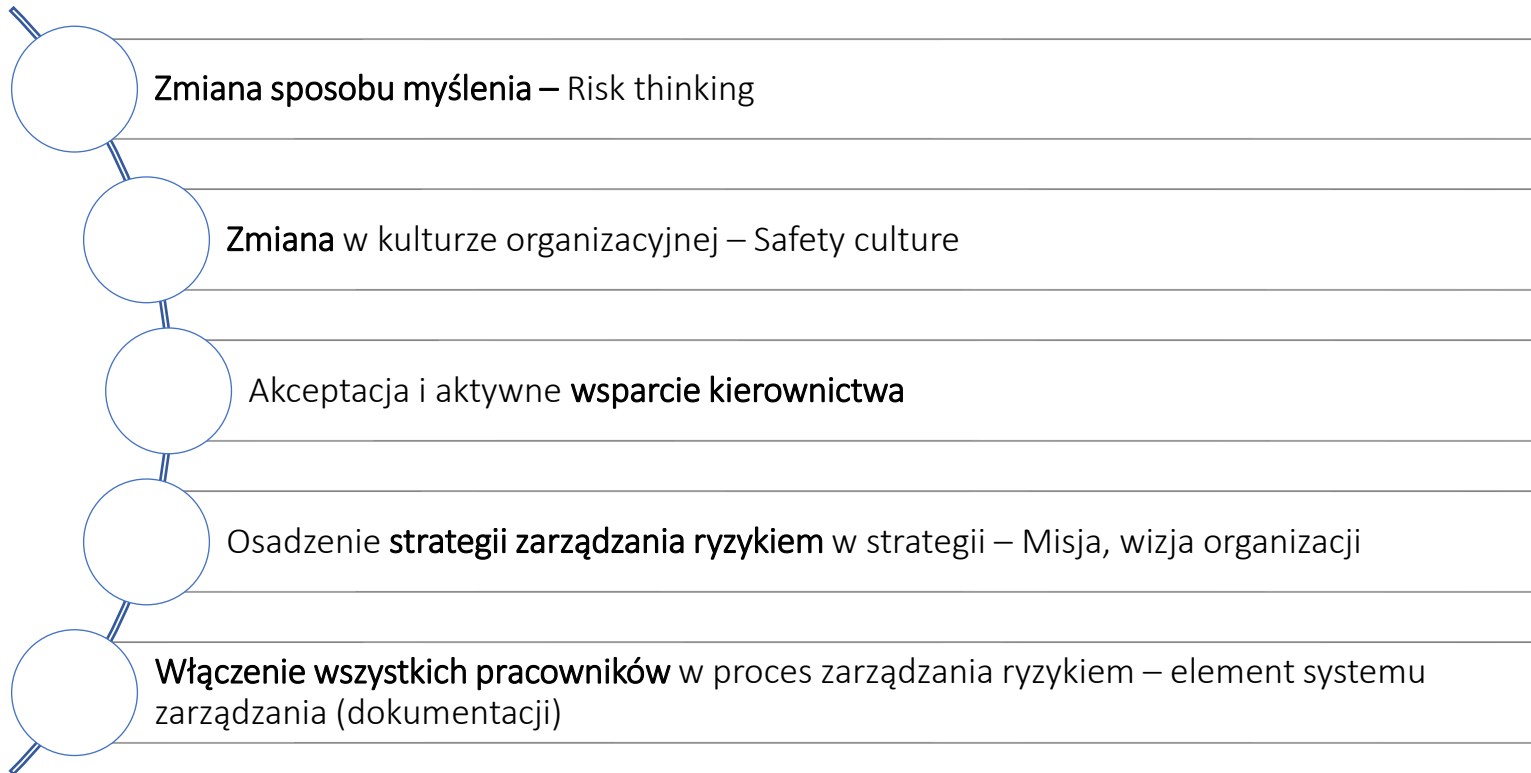
- Co może pójść nie tak?
- Jakie jest tego prawdopodobieństwo?
- Co się stanie, jeśli coś pójdzie nie tak?
- Co należy zrobić, by usunąć zagrożenie?
- Co można zrobić, by zmniejszyć prawdopodobieństwo ponownego wystąpienia zagrożenia?

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

Zarządzania ryzykiem nie można traktować jako obciążenie organizacji !!!

lecz jako sposób maksymalizacji dostępnych możliwości i zmniejszenia prawdopodobieństwa porażki

PODSTAWY ZARZĄDZANIA RYZYKIEM



Poziom strategiczny

- Poruszanie się w obszarze „atmosfery ryzyka” w obszarze strategicznym dotyczy:
 - zrozumienia organizacji i jej kontekstu - określenie **czynników zewnętrznych i wewnętrznych (negatywnych i pozytywnych)** istotnych dla celu i strategicznego kierunku działania organizacji oraz tych wpływających na **zdolność** organizacji **do osiągnięcia zamierzonych wyników** (pkt 4.1)

Poziom strategiczny

- Poruszanie się w obszarze „atmosfery ryzyka” w obszarze strategicznym dotyczy:
 - **identyfikacji procesów** w ramach systemu zarządzania jakością i **określenie oczekiwanych ich efektów** oraz związanego z tym ryzyka i szans (pkt 4.1.1 a, f).
 - stworzeniem polityki jakości [PN-EN ISO 9001 2015, pkt 5.2], która tworzy ramy dla definiowania celów dotyczących jakości, czyli jest nadrzędna w kaskadowym planowaniu w obszarze systemowego zarządzania jakością z uwzględnieniem ryzyka

Poziom taktyczny

- **Planowanie działań odnoszących się do ryzyka i szans.**
- Należy rozważyć czynniki (zidentyfikowane na poziomie strategicznym) oraz określić ryzyko i szanse rozważane w ukierunkowaniu na osiągnięcie zaplanowanych celów [PN-EN ISO 9001 2015, pkt 6.1].

Poziom taktyczny

- Planowanie zmian w systemie zarządzania jakością [PN-EN ISO 9001 2015, pkt 6.3], które są związane z rozwojem organizacji i średniookresowymi zmianami wewnętrznych działań gospodarczych.

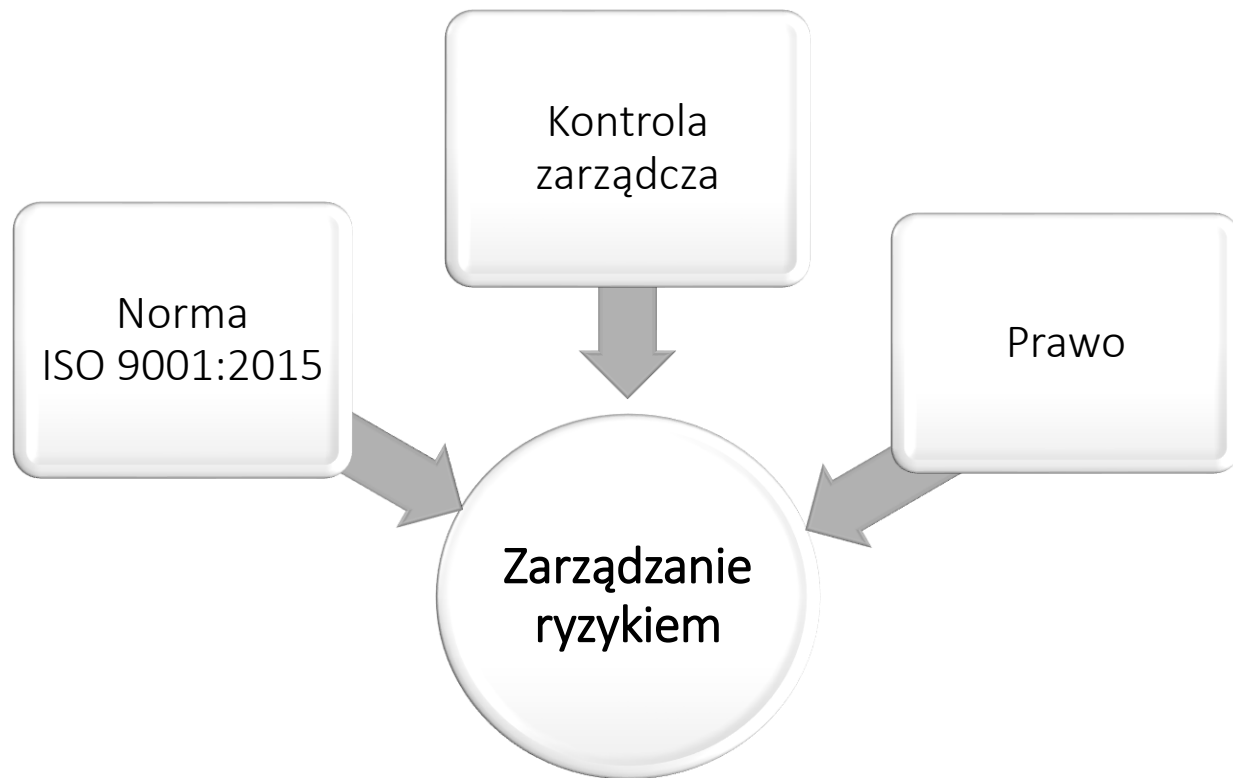
Poziom operacyjny

Bieżące planowanie w powiązaniu z ryzykiem i szansami ich realizacji

[PN-EN ISO 9001 2015, pkt 6.2].

- Działania korygujące/ Odstępstwa
- Przeglądy i aktualizacje ryzyka
- Doskonalenie
- Zmiana kontekstu itp.

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM JAKO OBOWIĄZEK WYNIKAJĄCY ZE STANDARDÓW KONTROLI ZARZĄDCZEJ I NIE TYLKO...



WYBRANE WYMAGANIA PRAWNE OBEJMUJĄCE ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

Wymagania prawne

- Ustawa o finansach publicznych – kontroling zarządczy
- Ustawa o zakażeniach szpitalnych
- Ustawa o bezpieczeństwie żywności i żywienia
- Kodeks Pracy
- Podstawowe wymagania bezpieczeństwa teleinformatycznego
- Rozporządzenie UE o bezpieczeństwie pacjenta i zakażeniach szpitalnych
- Zarządzenia Prezesa NFZ

WYBRANE WYMAGANIA NORMATYWNE OBEJMUJĄCE ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

Normy dot. zarządzania ryzykiem

- ➡ **PN ISO 31000:2018** - Zarządzanie Ryzykiem - Zasady i Wytyczne
- ➡ **ISO 31010:2020** - Risk management - Risk assessment techniques
- ➡ **PN-ISO/IEC 27005:2013** - Technika Informatyczna - Techniki bezpieczeństwa - Zarządzanie ryzykiem w bezpieczeństwie informacji
- ➡ **PN-EN ISO 14971:2020** - Wyroby medyczne - Zastosowanie zarządzania ryzykiem do wyrobów medycznych

Normy oparte na zarządzaniu ryzykiem

- **ISO 9001:2015 / ISO 14001:2015/ ISO 45001:2018**
- **PN-EN 15224:2017**

RYZYO W STANDARDACH ORGANIZACYJNYCH

Ciągłość opieki

- Minimalizacja **skutków ryzyka** niekorzystnej opieki
- **Minimalizacja ryzyka** wystąpienia zakażeń

Prawa pacjenta

- Procedury związane z **ryzykiem powikłań**
- **Świadoma zgoda** pacjenta winna zawierać m.in. **Ryzyka dla pacjenta**
- Informowanie pacjenta **o ryzyku związanym z proponowanym rodzajem znieczulenia** oraz alternatywnych
- Informacja o **ryzyku** związanym z prowadzonym **eksperymentem medycznym**

Ocena stanu pacjenta

- Każdy pacjent przyjęty do szpitala powinien być oceniony pod kątem potrzeb żywieniowych wymaga terapii żywieniowej lub specjalnej diety, czy **istnieje ryzyko** niedożywienia w trakcie diagnostyki i leczenia).

RYZYO W STANDARDACH ORGANIZACYJNYCH

Zabiegi i znieczulenia

- ocena **ryzyka** związanego z zabiegiem i znieczuleniem
- **ryzyka** powikłań znieczulenia i zabiegu

Kontrola zakażeń

- Działania redukujące **ryzyko zakażeń**
- Redukowania **ryzyka endemicznych i epidemicznych zakażeń** u pacjentów i osób zatrudnionych
- **Program monitorowania zakażeń**
- **Izolacja** chorych zakażonych oraz pacjentów o **podwyższonym ryzyku zakażenia**

Farmakoterapia

- **ryzyko** poważnych **działań niepożądanych**
- **ryzyko** niekorzystnych **interakcji**

RYZYSKO W „NORMIE MEDYCZNEJ” PN EN 15224:2017

Zakres normy	Elementy uwzględniające zarządzanie ryzykiem
4.2.1. Dokumentacja	Ryzyko kliniczne włączone w procesy
4.2.2 Księga Jakości	Udokumentowanie procedur zarządzania ryzykiem
5.1 Zaangażowanie kierownictwa	Zapewnienie, że zarządzanie ryzykiem stanowi integralną część SZJ
5.3 Polityka Jakości	Zobowiązanie do zarządzania procesami z uwzględnieniem ryzyka
5.4.2. Planowanie	Planowanie obejmuje procesy zarządzania ryzykiem
5.5.1 Odpowiedzialność i uprawnienia	Odpowiedzialności i uprawnienia z zakresu zarządzania ryzykiem
5.5.2. Przedstawiciel kierownictwa	Zapewnienie stosowania zarządzania ryzykiem i skupienie się na bezpieczeństwie pacjenta w całej organizacji
5.5.3. Komunikacja wew.	Informowanie o nowych elementach mających wpływ na analizę ryzyka

RYZYO W „NORMIE MEDYCZNEJ” PN EN 15224:2017

Zakres normy	Elementy uwzględniające zarządzanie ryzykiem
5.6. Przegląd zarządzania	Wyniki oceny ryzyka do przeglądu
6.2.2. Kompetencje i świadomość	Przeszkolenie z zakresu istotnych aspektów i ich rola w zarządzaniu ryzykiem. Świadomość występującego ryzyka
6.3. Infrastruktura	Analiza ryzyka klinicznego związanego z infrastrukturą zapewniającą ciągłość działań.
7.1. Planowanie opieki	Ocena ryzyka w celu opracowania procesów klinicznych
7.3.1 Planowanie projektowania	Dane wyjściowe z projektowania oparte na analizie ryzyka . Podejście na każdym etapie do oceny ryzyka
7.4.1 Zakupy	Informacje dotyczące zakupów powinny obejmować wymagania dot. zarządzania ryzykiem i ocenę zgodności
8.4. Analiza danych	Określenie krytycznych ryzyk
8.5.2., 8.5.3. Działania korygujące zapobiegawcze	Działania korygujące i zapobiegawcze zintegrowane z zarządzaniem ryzykiem

Kontroling zarządczy a zarządzanie ryzykiem w placówkach medycznych



KONTROLING ZARZĄDCZY W PODMIOTACH PUBLICZNYCH

Celem kontroli zarządczej w organizacji powinno być:

1. **Osiągnięcie zgodności** działania z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
2. Osiągnięcie **skuteczności i efektywności** działania,
3. Zapewnienie **wiarygodności** sprawozdań,
4. Zapewnienie **ochrony zasobów**,
5. Zapewnienie zasad przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
6. Zapewnienie **efektywności i skuteczności przepływu informacji**,
7. **Zapewnienie zarządzania ryzykiem.**

KONTROLING ZARZĄDCZY W PODMIOTACH PUBLICZNYCH

Ustawa **nie określa** jak system kontroli zarządczej ma być zbudowany (opisany), będzie to zależało od potrzeb konkretnej jednostki.

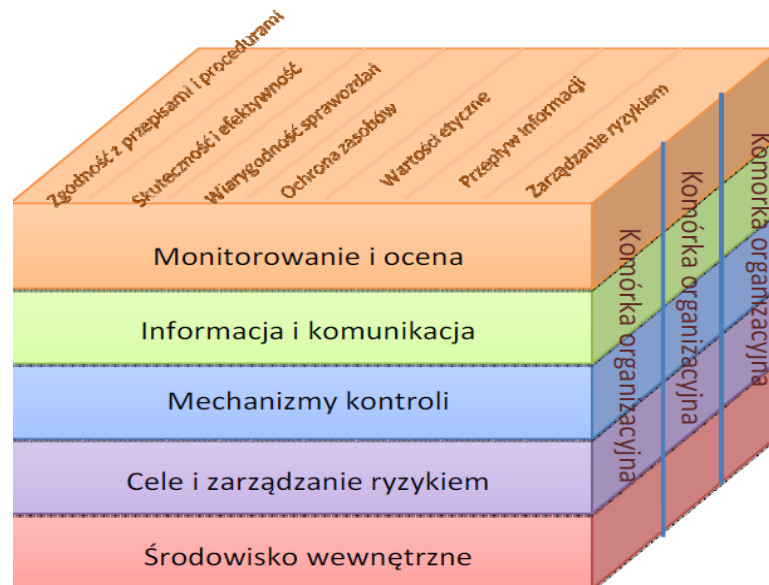
System musi być jednak **zaplanowany, wdrożony**
i muszą być zachowywane zapisy, że **system działa**.

Nie ma przeszkód aby systemy oparte o **normy jakościowe** były
stosowane, wykorzystywane
i tworzyły system kontroli zarządczej !!!

KONTROLING ZARZĄDCZY W PODMIOTACH PUBLICZNYCH

Kontrola zarządcza **nie wymaga** budowania w całości nowego systemu, a jedynie wskazuje na **konieczność zinwentaryzowania dokumentacji, zaktualizowania jej i wprowadzenia innych dokumentów** niezbędnych dla zbudowania funkcjonalnego systemu kontroli zarządczej

STANDARDY KONTROLI ZARZĄDCZEJ

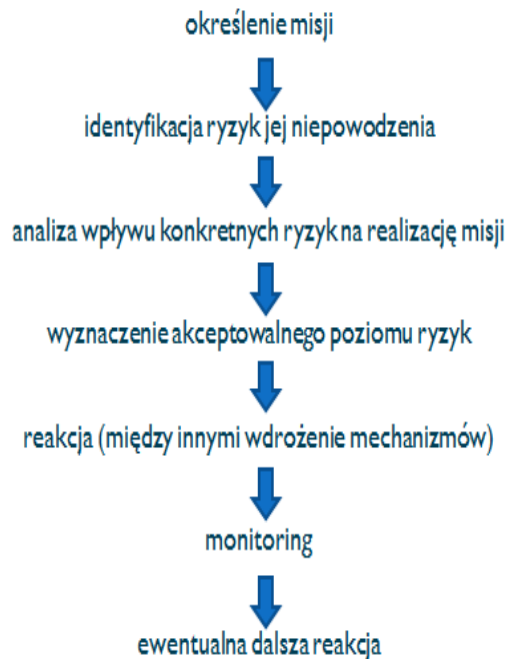


22 standardy

Komunikat nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej określający standardy dla sektora finansów publicznych, które stanowią podstawowe wymagania dotyczące kontroli zarządczej

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM WG STANDARDÓW KONTROLI ZARZĄDCZEJ

Kontrola zarządcza



ISO 31000



POWIAZANIA KONTROLI ZARZĄDCZEJ Z SZJ

L.p.	Standard kontroli zarządczej	Przykłady dowodów wynikających z wdrożonego SZJ i innych standardów
Grupa standardów (A) – środowisko wewnętrzne		
1	Przestrzeganie wartości etycznych	<input type="checkbox"/> Polityka Jakości <input type="checkbox"/> Procedura– „Badanie satysfakcji i zadowolenia klienta”. <input type="checkbox"/> Wyniki badań satysfakcji i zadowolenia klienta.
2	Kompetencje zawodowe	<input type="checkbox"/> Procedury związane z naborem pracowników, oceną pracowników, szkoleniami pracowników. <input type="checkbox"/> Regulamin wewnętrzne dot. organizacji i wynagradzania <input type="checkbox"/> Zakresy czynności i obowiązków
3	Struktura organizacyjna	<input type="checkbox"/> Regulamin Organizacyjny i struktura organizacyjna <input type="checkbox"/> Przeglądy zarządzania – wskazują na potrzeby zmian struktury organ. <input type="checkbox"/> Zakresy obowiązków i uprawnień pracowników, <input type="checkbox"/> Księgi Zarządzania Procesami <input type="checkbox"/> Zakresy obowiązków i uprawnień w procedurach
4	Delegowanie uprawnień	<input type="checkbox"/> Powołanie Pełnomocnika ds. SZJ, audytorów wew.

POWIAZANIA KONTROLI ZARZĄDCZEJ Z SZJ

L.p.	Standard kontroli zarządczej	Przykłady dowodów wynikających z wdrożonego SZJ i innych standardów
Grupa standardów (B) – cele i zarządzanie ryzykiem		
1	Misja	<input type="checkbox"/> Strategia Szpitala <input type="checkbox"/> Regulamin Organizacyjny Placówki <input type="checkbox"/> Polityka Jakości.
2	Określenie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji	<input type="checkbox"/> Regulamin Organizacyjny <input type="checkbox"/> Polityka Jakości <input type="checkbox"/> Monitorowanie i pomiary w ramach SZJ, <input type="checkbox"/> Przegląd zarządzania. <input type="checkbox"/> Zestawienie zadań, celów i mierniki ich realizacji oraz identyfikacja ryzyka
3	Identyfikacja ryzyka	<input type="checkbox"/> Identyfikacji i zarządzania ryzykiem. <input type="checkbox"/> Określenie ryzyka w Tabeli zadań, celów i mierników ich realizacji oraz identyfikacji ryzyka
4	Analiza ryzyka	<input type="checkbox"/> Tabeli zadań, celów i mierników ich realizacji oraz identyfikacji ryzyka wg. ustalonych kryteriów
5	Reakcja na ryzyko	<input type="checkbox"/> Zapisy dot. propozycji podjęcia działań korekcyjnych, korygujących i zapobiegawczych. <input type="checkbox"/> Zapisy z postępowania z ryzykiem i zmniejszenia ryzyka do akceptowalnego poziomu

POWIAZANIA KONTROLI ZARZĄDCZEJ Z SZJ

L.p.	Standard kontroli zarządczej	Przykłady dowodów wynikających z wdrożonego SZJ i innych standardów
Grupa standardów (C) – mechanizmy kontroli		
1	Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej	<input type="checkbox"/> Dokumentacja i zapisy SZJ.
2	Nadzór	<input type="checkbox"/> Monitorowanie procesów (patrz cele i mierniki w kartach procesów). <input type="checkbox"/> Stosowanie procedury nadzoru nad dokumentami i zapisami. <input type="checkbox"/> Stosowanie procedury nadzoru nad wyrobem niezgodnym. <input type="checkbox"/> Stosowanie procedury audytu wewnętrznego i
3	Ciągłość działalności	<input type="checkbox"/> Identyfikacja, analiza oraz reakcja na ryzyko <input type="checkbox"/> Określenie zastępstw i planowanie urlopów pracowników, polityka szkoleniowa. <input type="checkbox"/> Stosowanie Instrukcji kancelaryjnej i archiwizacji dokumentów, Instrukcji inwentaryzacyjnej. <input type="checkbox"/> Stosowanie Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym oraz Polityki Bezpieczeństwa Informacji. <input type="checkbox"/> Plany działania urzędu w sytuacjach kryzysowych <input type="checkbox"/> Infrastruktura i środowisko pracy

POWIAZANIA KONTROLI ZARZĄDCZEJ Z SZJ

L.p.	Standard kontroli zarządczej	Przykłady dowodów wynikających z wdrożonego SZJ i innych standardów
Grupa standardów (C) – mechanizmy kontroli		
4	Ochrona zasobów	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Polityka Bezpieczeństwa Informacji.<input type="checkbox"/> Upoważnienia, zapisy w zakresach czynności.<input type="checkbox"/> Stosowanie instrukcji BHP do obsługi sprzętu komputerowego.<input type="checkbox"/> Stosowanie szkoleń BHP stanowiskowych i specjalistycznych.<input type="checkbox"/> Zapewnienie nadzoru nad urządzeniami i infrastrukturą
5	Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Samokontrola dokumentów finansowych na stanowiskach.<input type="checkbox"/> Instrukcja obiegu, kontroli i archiwizowania dokumentów finansowo-księgowych<input type="checkbox"/> Audyty wewnętrzne SZJ.
6	Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ewidencja sprzętu elektronicznego<input type="checkbox"/> Polityka Bezpieczeństwa Informacji regulująca zasady ochrony danych osobowych<input type="checkbox"/> Instrukcja Zarządzania Systemem Informatycznym

POWIAZANIA KONTROLI ZARZĄDCZEJ Z SZJ

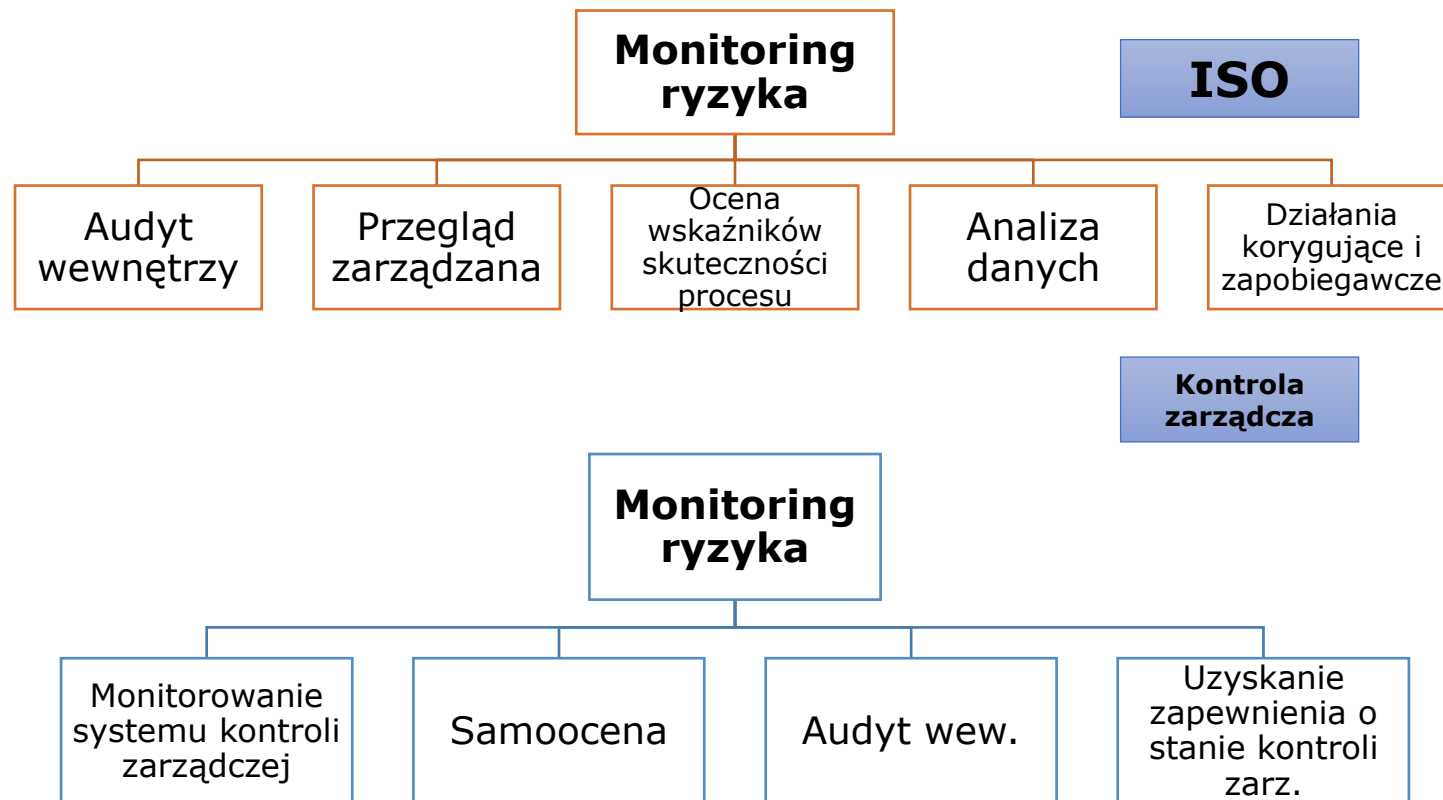
L.p.	Standard kontroli zarządczej	Przykłady dowodów wynikających z wdrożonego SZJ i innych standardów
Grupa standardów (D) – informacja i komunikacja		
1	Bieżąca informacja, komunikacja wewnętrzna	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Zapewnienie zasobów informacyjnych<input type="checkbox"/> Procedura w sprawie komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej.<input type="checkbox"/> Zarządzenia<input type="checkbox"/> Narady kierownictwa i narady pracownicze,<input type="checkbox"/> Bieżąca współpraca między komórkami,<input type="checkbox"/> Zespoły zadaniowe,<input type="checkbox"/> Poczta elektroniczna i sieć wewnętrzna,<input type="checkbox"/> Informacja telefoniczna,<input type="checkbox"/> Ankiety badania satysfakcji pracowników.
2	Komunikacja zewnętrzna	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Spotkania konsultacyjne z zainteresowanymi stronami.<input type="checkbox"/> Strona internetowa i BIP,<input type="checkbox"/> Ogłoszenia i informacje w gablotach i na tablicach ogłoszeń.<input type="checkbox"/> Współpraca z mediami.<input type="checkbox"/> Konsultacje społeczne.<input type="checkbox"/> Informacje przesyłane za pomocą poczty.<input type="checkbox"/> Ankiety badania satysfakcji klientów.<input type="checkbox"/> Informacja telefoniczna.<input type="checkbox"/> Przyjmowanie Pacjentów przez Najwyższe Kierownictwo

POWIAZANIA KONTROLI ZARZĄDCZEJ Z SZJ

L.p.	Standard kontroli zarządczej	Przykłady dowodów wynikających z wdrożonego SZJ i innych standardów
Grupa standardów (E) – monitorowanie i ocena		
1	Monitorowanie systemu kontroli zarządczej	<input type="checkbox"/> przegląd/ocena realizacji zadań i celów. <input type="checkbox"/> Audyty wewnętrzne <input type="checkbox"/> Audyty zewnętrzne <input type="checkbox"/> Ocena skuteczności auditów. <input type="checkbox"/> Monitorowanie procesów. <input type="checkbox"/> Przegląd zarządzania.
2	Samoocena	<input type="checkbox"/> Ocena skuteczności auditów. <input type="checkbox"/> Przegląd zarządzania. <input type="checkbox"/> Ocena pracowników (samoocena uwag. Realizacje wymagań wynikających z KZ)
3	Ocena kontroli zarządczej przez audyt wewnętrzny	<input type="checkbox"/> Audit wewnętrzny SZJ poszerzony o wymagania dotyczące kontroli zarządczej.
4	Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej	<input type="checkbox"/> Raport z przeglądu zarządzania SZJ. <input type="checkbox"/> Ocena skuteczności auditów

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM W PLACÓWCE MEDYCZNEJ

MONITORING I WERYFIKACJA RYZYKA



Przyczyny zarządzania ryzykiem

- Wzrastająca ilość **błędów medycznych**, zdarzeń niepożądanych, niewłaściwego leczenia
- Wzrastające **koszty transferu ryzyka** na ubezpieczyciela
- **Wyłączanie z zakresu ubezpieczenia** niektórych form ryzyka
- **Wzrost świadomości** odnośnie bezpieczeństwa pacjenta i zapobiegania błędom medycznym
- **Zmiany ustawodawcze** – obowiązek raportowania zdarzeń niepożądanych
- Bardziej **świadome podejmowanie ryzyka oraz decyzji**

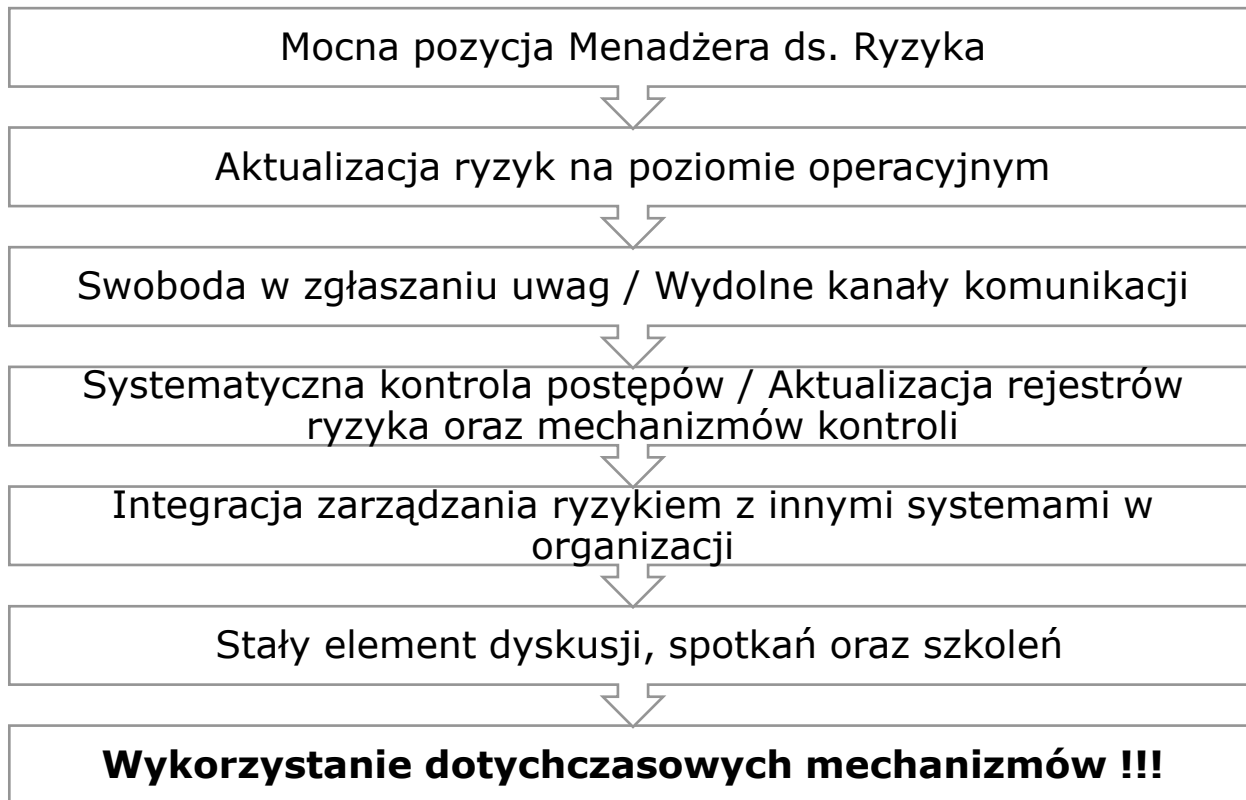
ZADANIA STOJĄCE PRZED ZESPOŁEM DS. RYZYKA

Odpowiedzenie sobie na 6 pytań:

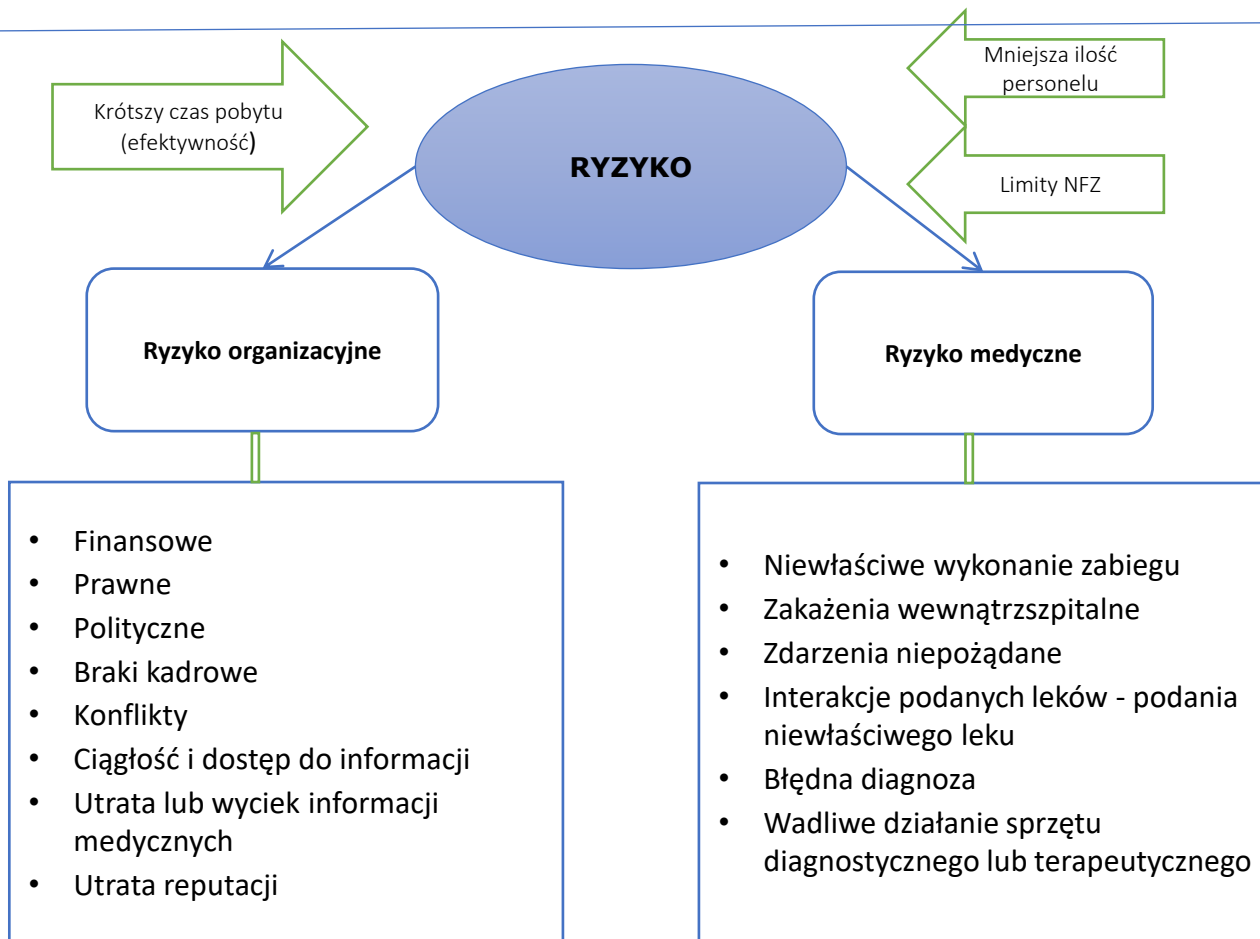
- 1) W jakiej sytuacji obecnie się znajduję?
- 2) Co chcę osiągnąć (nasze cele, zakres działania, otoczenie)?
- 3) Które z tych celów są najważniejsze (hierarchizacja /priorytyzacja)?
- 4) Co może zagrozić osiągnięciu tych celów?
- 5) W jaki sposób mogę tym zarządzać – planowane działania tj. ograniczenie ryzyka, maksymalizacja szans?
- 6) Jak podjęte działania wpłynęły na moją organizację?

STRUKTURA ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

DOBRA PRAKTYKA ZARZĄDZANIA RYZYKIEM



RODZAJE RYZYKA W OCHRONIE ZDROWIA



Skoncentrowanie się na zarządzaniu ryzykiem (RBF)

SKONCENTROWANIE SIĘ NA ZARZĄDZANIU RYZYKIEM

W normie 9001:2015 ustanowiono systematyczne podejście do rozważania ryzyka zamiast ujmowania **działań prewencyjnych** jako osobnego komponentu systemu zarządzania jakością.

Obchodzenie się ryzykiem i szansami (6.1).

Organizacja musi zaplanować :

- ☐ Działania w zakresie postępowania z ryzykiem i szansami
- ☐ W jaki sposób działania są integrowane i realizowane w procesie SZJ
- ☐ W jaki sposób oceniana jest skuteczność tych działań
- ☐ Działania muszą być proporcjonalne do możliwego wpływu na zgodność usług

SKONCENTROWANIE SIĘ NA ZARZĄDZANIU RYZYKIEM

Zarządzanie ryzykiem **nie jest celem samym w sobie**, ale narzędziem do **osiągnięcia celów** danej organizacji co wpisuje się w ogólną „atmosferę ryzyka” i wymaga **indywidualnej operacjonalizacji działań**.

W samej normie **ryzyko** zostało wskazane, że organizacja powinna **we własnym zakresie** zdecydować, czy rozwijać rozszerzone metody zarządzania ryzykiem, czy ich nie rozwijać [PN-EN ISO 9001 2016, pkt A.4].

SKONCENTROWANIE SIĘ NA ZARZĄDZANIU RYZYKIEM

UWAGA

Pomimo konieczności określenia i rozważenia ryzyk i szans, **nie istnieje żadne** wymaganie dla **formalnego zarządzania ryzykiem** lub udokumentowanego procesu zarządzania ryzykiem.

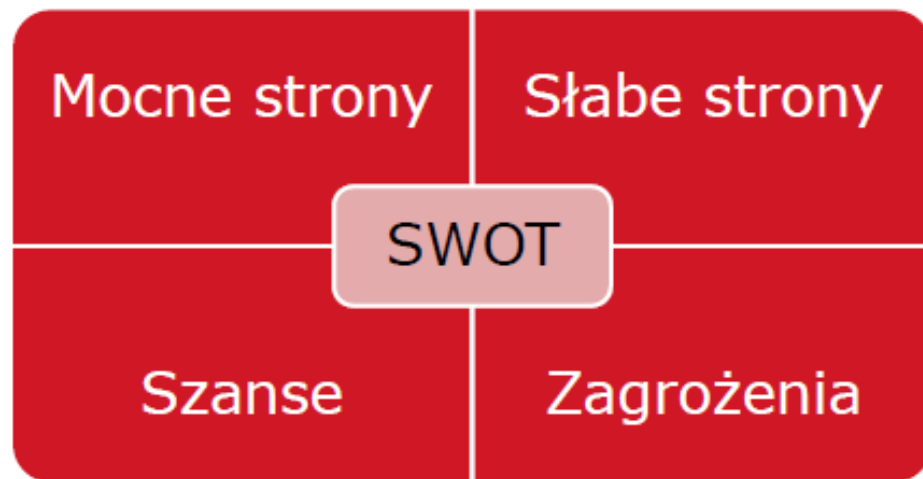
Co zatem rozumiemy przez wdrożenie tzw. RBF?

SKONCENTROWANIE SIĘ NA ZARZĄDZANIU RYZYKIEM

- RBF winno być elementem analizy podczas **wytyczania celów organizacji, analizy wyników i planowania zmian**
- RBF winno stanowić **element działań prewencyjnych** (dotychczasowych działań zapobiegawczych)
- Winno **zapobiegać zagrożeniom** oraz stwarzać możliwości rozwoju (szanse) – ryzyko pozytywne
- Winno stanowić element komunikacji/szkoleń (kultura organizacyjna)

Metodologia wdrażania zarządzania ryzykiem na potrzeby ISO 9001:2015

SWOT



ANALIZA SWOT/TOWS:

Najbardziej skomplikowaną formą analizy SWOT jest analiza SWOT/TOWS, w której po zidentyfikowaniu listy szans, zagrożeń, mocnych i słabych stron oraz przypisaniu im poszczególnych wag bada się relacje zachodzące między nimi.

PROCEDURA ANALIZY SWOT/TOWS:

- Ustalenie skali ocen (np. 0-1, 0-2, 0-3, 0-4).
- Określenie czynników i ich sklasyfikowanie:
 - czynniki otoczenia: szanse (O)/ zagrożenia (T) (ocena w kontekście celów rozwoju)
 - czynniki wewnętrzne: siły (S)/słabości (W) (ocena potencjału głównego konkurenta)
- Wypełnienie macierzy SWOT i macierzy TOWS
- Określenie relacji między czynnikami
- Sumowanie wartości w wierszach i kolumnach oraz ćwiartkach
- Ustalenie typu wiodącej strategii wynikającej z analizy SWOT/TOWS
- Selekcja nieistotnych czynników
- Opracowanie propozycji działań strategicznych wzmacniających lub osłabiających kluczowe relacje strategiczne

ANALIZA SWOT

Metoda oceny przedsiębiorstwa. Sprowadza się ona do analizy mocnych i słabych stron firmy oraz skonfrontowania ich z zagrożeniami i okazjami stwarzanymi przez otoczenie.

SWOT:

S – (strenght) – siła

W – (weakness) – słabość

O – (opportunity) – szansa

T – (treat) - zagrożenie

POTENCJALNE MOCNE STRONY – LISTA PYTAŃ STRATEGICZNYCH

- Znacząca pozycja na rynku?
- Wystarczające zasoby?
- Duża zdolność konkurowania?
- Dobra opinia u klientów?
- Uznany lider rynkowy?
- Dobrze przemyślane strategie funkcjonalne?

POTENCJALNE MOCNE STRONY – LISTA PYTAŃ STRATEGICZNYCH

- Korzystanie z efektu doświadczeń?
- Brak silnej presji konkurencji?
- Własna technologia?
- Przewaga kosztowa?
- Zdolność do innowacji produktowych?
- Doświadczona kadra kierownicza?

POTENCJALNE SŁABE STRONY – LISTA PYTAŃ STRATEGICZNYCH:

- Słaba pozycja konkurencyjna?
- Błędy we wdrażaniu strategii/brak strategii?
- Brak środków?
- Niska rentowność?
- Brak kluczowych umiejętności?
- Problemy organizacyjne?
- Brak liderów wśród kadry kierowniczej?

POTENCJALNE SŁABE STRONY – LISTA PYTAŃ STRATEGICZNYCH:

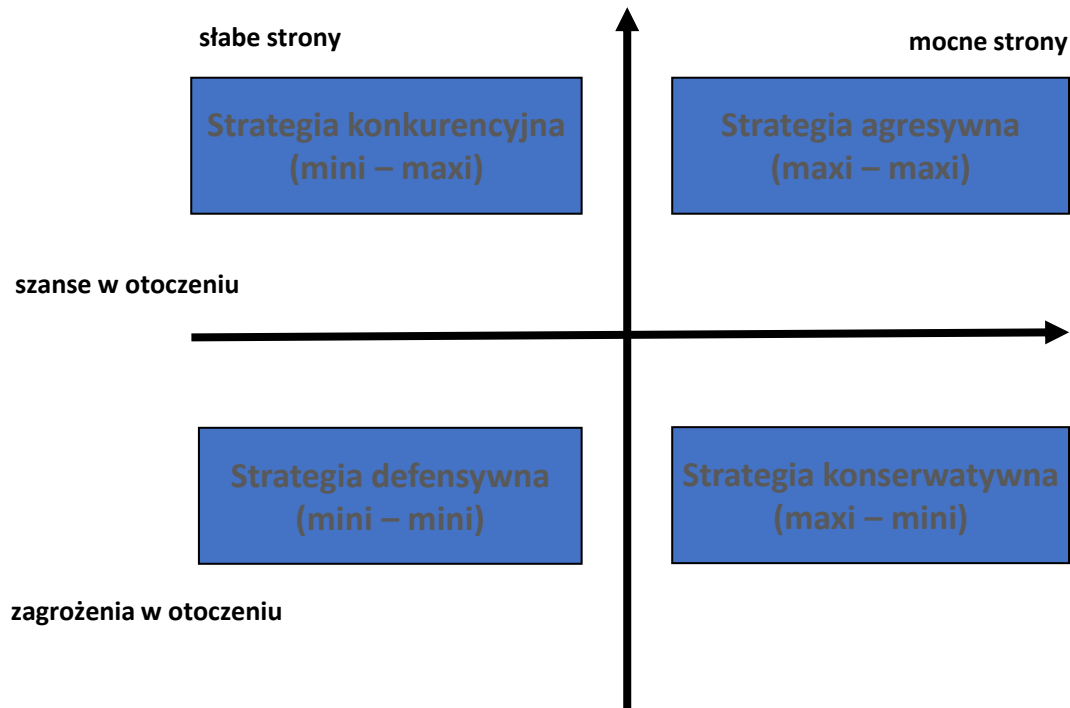
- Podatność na naciski konkurencji?
- Nienadążanie za postępem naukowo technicznym?
- Za mały potencjał wytwórczy?
- Słaby image firmy?
- Brak przewagi konkurencyjnej?
- Słaby marketing?
- Koszt jednostkowy wyższy niż głównych konkurentów?

POTENCJALNE SZANSE – LISTA PYTAŃ STRATEGICZNYCH

- Pojawienie się nowych grup klientów?
- Wejście na nowe rynki?
- Możliwość poszerzenia asortymentów?
- Możliwość podjęcia produktów wyrobów komplementarnych?
- Możliwość przejścia do lepszej grupy strategicznej?
- Ograniczona rywalizacja w sektorze?
- Bardzo duże bariery wejścia?
- Szybki wzrost rynku?
- Integracja pozioma np. z innym producentem.

POTENCJALNE ZAGROŻENIA – LISTA PYTAŃ STRATEGICZNYCH

- Możliwość pojawienia się nowych konkurentów?
- Wzrost sprzedaży substytutów?
- Wolniejszy wzrost rynku?
- Niekorzystne rozwiązania systemowe?
- Podatność firmy na recesje i wahania koniunktury?
- Wzrost siły przetargowej nabywców i/lub dostawców?
- Zmiana potrzeb i gustów klientów?
- Niekorzystne zmiany demograficzne?
- Zaostrzenie norm ochrony środowiska?



STRATEGIA AGRESYWANA MAXI-MAXI

Strategia ta charakteryzuje się silną ekspansją i zweryfikowanym rozwojem przedsiębiorstwa.

Polega na wychwytywaniu sposobności, wzmacnianiu pozycji na runku, przejmowaniem przedsiębiorstwa o tym samym profilu.

Przykład:

Przedsiębiorstwo, które dysponując nowoczesną technologią i dużym potencjałem produkcyjnym, może przy szybko wzrastającym rynku jednocześnie inwestować w nowe produkty lub usługi i zdobywać nowe segmenty rynku.

STRATEGI KONKURENCYJA MINI-MAXI

Strategia ta polega na wykorzystywaniu szans płynących z otoczenia – przy jednoczesnym zmniejszaniu lub poprawianiu słabych stron przedsiębiorstwa. Może to być realizowane przez powiększanie zasobów finansowych, handlowych, poprzez ulepszanie linii produktów, zwiększanie produktywności, a także redukcję kosztów oraz utrzymanie przewagi konkurencyjnej.

Przykład:

Dążenie firmy o słabej sytuacji finansowej do zawarcia aliansu strategicznego z innym przedsiębiorstwem w celu wykorzystania szans związanych z otwieraniem się nowych rynków zbytu.

STRATEGIA KONSERWATYWNA MAXI-MINI

Źródłem trudności rozwojowych firmy jest niekorzystny dla niej układ czynników otoczenia. Przedsiębiorstwo jednak, może otoczeniu przedstawić duży potencjał sił wewnętrznych i próbować przezwyciężyć zagrożenia, wykorzystując maksymalnie swoje liczne mocne strony.

Strategia to określana jest często mianem konserwacyjnej w tym sensie, że powodzenie firmy upatruje się głównie w jej własnych siłach przez unikanie lub zmniejszanie zagrożeń.

Przykład:

Silne przedsiębiorstwa, o dobrej pozycji konkurencyjnej, działające w warunkach kurczącego się rynku.

Firma w takiej sytuacji może wybrać tą strategię i wyeliminować z rynku lub wykupić jednego z konkurentów i przejąć jego udziały rynkowe.

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM W PLACÓWCE MEDYCZNEJ

IDENTYFKACJA RYZYKA

Jak identyfikować ryzyko ?

Odgórnie

Najwyższe Kierownictwo identyfikuje ryzyko

Oddolnie

Ordynatorzy, lekarze, pielęgniarki, personel administracyjny i pomocniczy identyfikuje ryzyko związane z ich działaniami oraz obowiązkami

Zgodnie ze standardami kontroli zarządczej **identyfikacja ryzyk** powinna być dokonywana w **odniesieniu do zadań** określonych w planie działalności placówki medycznej, mając przy tym zawsze **na uwadze cele**, jakie mają być osiągnięte dzięki realizacji tych zadań.

NARZĘDZIA SZACOWANIA RYZYKA

METODY IDENTYFIKACJI RYZYKA

- **Metody jakościowe** - subiektywna ocena, oparta na dobrych praktykach i doświadczeniu
- **Metody ilościowe** – niezbędne określenie wartości **skutku** (wyniki zdarzeń, dane z przeszłości) i **prawdopodobieństwa** wystąpienia danego ryzyka oraz jego **konsekwencji** (pieniężnie, technicznie, operacyjnie, zasoby ludzkie)
- **Metody mieszane** – analizy jakościowe oparte na metodach scenariuszowych do identyfikowania wszystkich obszarów ryzyka i skutków, przy równoczesnym użyciu ilościowej analizy do określenia kosztów skutków wystąpienia ryzyka

DEFINIOWANIE RYZYKA

Ryzyko a nie osiągnięcie celu

Jeżeli celem jest zrealizowanie kontraktu na założonym poziomie, to ryzykiem nie jest Niezrealizowany kontrakt. Ten stan należałoby określić jako niezrealizowanie celu. Ryzykiem będą natomiast zdarzenia, które mogą wpłynąć na niezrealizowanie celu, np. brak zasobów do zrealizowania kontraktu

Cel – Uzyskanie kontraktu na Chirurgię Jednego Dnia	
Nie uzyskano kontraktu na Chirurgię Jednego Dnia	✗ To jest odwrotność celu
Nie uzyskamy kontraktu, więc nie będziemy mogli świadczyć nieodpłatnych usług dla pacjentów w ramach NFZ	✗ Jest to stwierdzenie wpływu ryzyka, a nie samego ryzyka
Nie uzyskaliśmy kontraktu na Chirurgię Jednego Dnia, ale możemy uzyskać na AOS	✗ Nie ma wpływu na osiągnięcie celu
Jeśli nie przygotujemy wszystkich wymaganych dokumentów, to nie będziemy uwzględniani przy kontraktowaniu	■ Jest to ryzyko, które możemy kontrolować upewniając się, że mamy nadzór nad wymaganymi przez NFZ dokumentami do kontraktowania
Duża konkurencja oraz stosowanie zaniżonych cen przez konkurencję może zagrozić uzyskaniu kontraktu	■ Jest to ryzyko, którego nie mogę kontrolować, ale mogę stworzyć plan awaryjny

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM W PLACÓWCE MEDYCZNEJ

NARZĘDZIA IDENTYFIKACJI RYZYKA

- ➡ **Dialog, konsultacje, komunikacja z interesariuszami**
- ➡ **Moderowane warsztaty**
- ➡ **Burza mózgów**
- ➡ **Ocena ekspercka**
- ➡ **Listy kontrolne (kwestionariusze)**
- ➡ **Dokumentacja wewnętrzna:**
 - Rejestr zdarzeń niepożądanych;
 - Rejestr skarg;
 - Rejestr wyrobów niezgodnych czy działań korygujących i zapobiegawczych;
 - Rejestr incydentów medycznych;
 - Rejestr zranień ostrymi narzędziami;
 - Raport z kontroli zewnętrznych;
 - Raport z audytów wewnętrznych.

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM W PLACÓWCE MEDYCZNEJ

INNE NARZĘDZIA IDENTYFIKACJI RYZYKA

- ◆ Analiza 5 M + E
- ◆ Diagram Ishikawy
- ◆ Mapowanie strumienia wartości
- ◆ FMEA
- ◆ RCA
- ◆ HACCP
- ◆ Drzewo decyzyjne (FTA)

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM W PLACÓWCE MEDYCZNEJ

CZYNNIKI UWZGLĘDNIAJĄCE PRZY IDENTYFKACJI RYZYKA

Czynniki zewnętrzne:

- zmieniające się oczekiwania lub potrzeby obywateli
- zmiany przepisów prawa
- zagrożenia naturalne
- zmiany gospodarcze
- naciski na jednostkę z zewnątrz
- zmiany technologii

Czynniki wewnętrzne:

- charakter wykonywanej działalności
- kultura organizacji
- dostępne środki finansowe
- plany i strategie
- komunikacja
- systemy informatyczne
- liczba pracowników i ich kwalifikacje
- odpowiedzialność i postawa kierownictwa
- liczba, rodzaj i wielkość dokonywanych operacji finansowych
- przetwarzanie informacji

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM W PLACÓWCE MEDYCZNEJ

IDENTYKACJA RYZYKIEM – METODA KWESTIONARIUSZOWA



Zalety

Wady

Szablon identyfikacji ryzyka

Kategoria ryzyka	Charakterystyka kategorii	Opis ryzyka	Zadanie z którą wiąże się ryzyko

Zadanie:

Obszar ryzyka	Występowanie (T/N)	Opis ryzyka

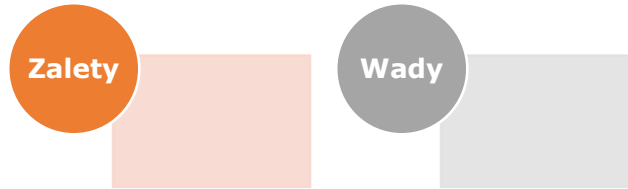
NARZĘDZIA OCENY RYZYKA

„BURZA MÓZGÓW”



- **Sporządzić szablon identyfikacji ryzyka** i przekazać go każdemu uczestnikowi
- **Określić czas** niezbędny do omówienia ryzyka, jego przyczyn i skutków
- Zapewnić **środki zachęcające do rozpoczęcia i kontrolowania dyskusji**, pobudzania do dyskusji...
- Każdy uczestnik może **zadawać pytania/określać** ryzyko **bez obawy o jakiegokolwiek reperkusje**
- Sesje powinny być **otwartym forum**, na którym pracownicy mogą bezpiecznie dyskutować o zidentyfikowanym ryzyku
- Wyniki sesji należy **zapisać i przekazać** do weryfikacji

NARZĘDZIA OCENY RYZYKA DOŚWIADCZENIA I PROGNOZY



- Doświadczenia wieloletnich pracowników
- Skargi
- Raporty z audytu i kontroli
- Szkody ubezpieczeniowe
- Dzienniki wypadków
- Prognozy budżetowe i finansowe
- Ryzyko zgłaszane przez podobne organizacje
- Ankiety zadowolenia
- Doniesienia medialne

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM W PLACÓWCE MEDYCZNEJ

IDENTYFIKACJA RYZYKA

Zasada Pareto

20% zagrożeń powoduje 80 % skutków

20% ryzyk lub szans wpływa na realizację 80 % celów

80% wyników wyływa tylko z **20% przyczyn**, inaczej mówiąc skromniejszymi środkami i mniejszym wysiłkiem można osiągnąć większe efekty.

NARZĘDZIA OCENY RYZYKA

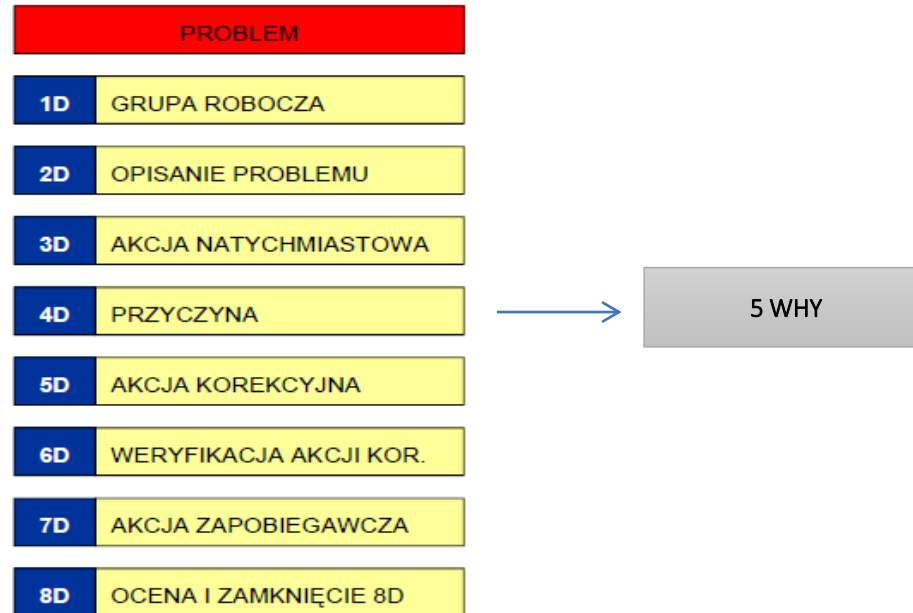
RCA/5 WHY – ANALIZA PRZYCZYN ŹRÓDŁOWYCH

- 1) Określ problem / zdarzenie
- 2) Zgromadź **dane/dowody**
- 3) **Spytaj dlaczego** i zidentyfikuj prawdziwą, właściwą przyczynę
- 4) **Zidentyfikuj skuteczne działania** naprawcze, które zapobiegną powtarzaniu się problemu
- 5) Zapewnij sobie **kontrolę** nad działaniem
- 6) **Wprowadź w życie** zidentyfikowane działania
- 7) **Obserwuj zalecane rozwiązania**, by zapewnić ich skuteczność
- 8) Systematycznie **redukuj zmienność** w procesach w celu unikania problemu (np. **poprzez standaryzację**)

NARZĘDZIA OCENY RYZYKA

RCA (Root Cause Analyses)

- **8D** – 8 etapów dochodzenia do przyczyny problemu,
- **5W** – metoda 5 pytań „dlaczego”, 5-ta odpowiedź winna wskazywać źródłową przyczynę,
- **Analiza Pareto** – 80 % zdarzeń niepożądanych powodowanych jest przez 20% przyczyn.



NARZĘDZIA OCENY RYZYKA DIAGRAM ISHIKAWY

diagram/wykres przyczynowo – skutkowy
technika/diagram rybich ości

Zastosowanie:

- analiza związków przyczynowo – skutkowych
- przedstawienie związków przyczynowo - skutkowych
- ułatwienie rozwiązywania problemu poczynwszy od jego pojawienia się, poprzez przyczynę, aż do rozwiązania

DIAGRAM ISHIKAWY

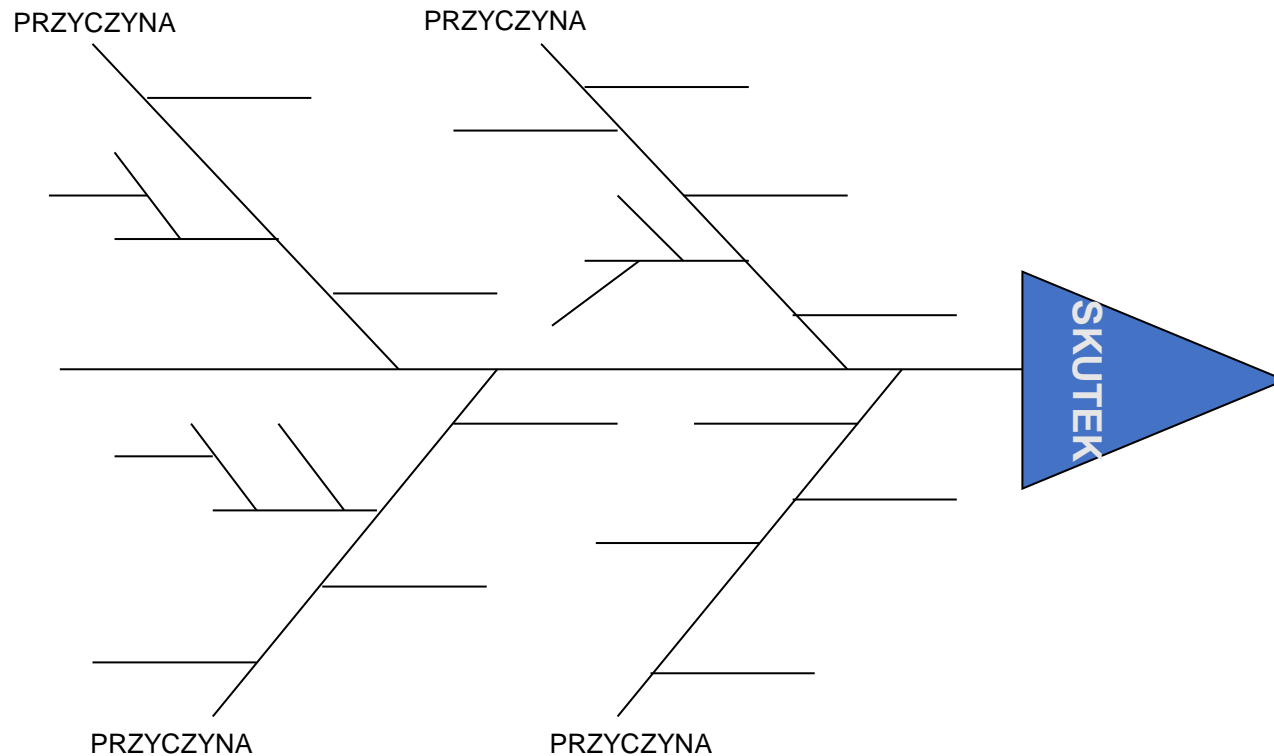


DIAGRAM ISHIKAWY – PRZYCZYNOWO-SKUTKOWY

- służy do badania przyczyn wadliwego przebiegu procesu lub zjawisk towarzyszących defektom produktów
- pozwala zgromadzić i usystematyzować wiedzę, która umożliwia rozważenie potencjalnych przyczyn występowania problemu
- w oparciu o wiedzę ekspercką prowadzi do uporządkowania potencjalnych przyczyn i sformułowania roboczych hipotez na temat związków przyczynowo-skutkowych
- poprzedzają planowe zbieranie danych i ich analizę, która ma doprowadzić do wykrycia rzeczywistych przyczyn

DIAGRAM ISHIKAWY. STOSOWANE UKŁADY

- **Układ przedmiotowy** – stosowany, gdy analizowany skutek złej jakości związany jest z aspektami technicznym i organizacyjnymi, dającymi się rozłożyć na oddzielne zespoły.
- **Układ technologiczny** - przedstawia przyczyny wystąpienia wad w wyrobach, rozpatrywane na podstawie realizowanych procesów technologicznych.

DIAGRAM ISHIKAWY – PROCEDURA TWORZENIA

1. Zdefiniować skutek w sposób jasny i logiczny.
2. Zdefiniować główne kategorie możliwych przyczyn.
3. Zacząć budować wykres określając skutek w ramkach z prawej strony i umieszczając główne kategorie jako „dopływy” do ramki „skutek”.
4. Skonstruować wykres przez przemyślenie i zapisanie przyczyn na wszystkich kolejnych poziomach; kontynuować do coraz wyższych poziomów.
5. Wybrać i zdefiniować niewielką liczbę najważniejszych przyczyn, które mają najprawdopodobniej największy wpływ na skutek oraz wymagają dalszych działań.

DIAGRAM ISHIKAWY – PRZYCZYNOWO-SKUTKOWY

Etapy budowania diagramu Ishikawy w zespole poprawy jakości:

- precyzyjne określenie rozważanego zagadnienia - objaśnienie reguł prowadzenia dyskusji
- wyznaczenie sekretarza - notuje kolejne wersje diagramu,
- swoboda wprowadzania nowych propozycji - systematyzacja propozycji na bieżąco
- wyczerpanie wszystkich pomysłów
- dyskusja i podsumowanie

DIAGRAM ISHIKAWY – PRZYCZYNOWO-SKUTKOWY

Klasyczny układ
czynnikiowy nosi
nazwę zasady 5M

Po dodaniu czynników
pomiar i środowisko
zasada 6M + E

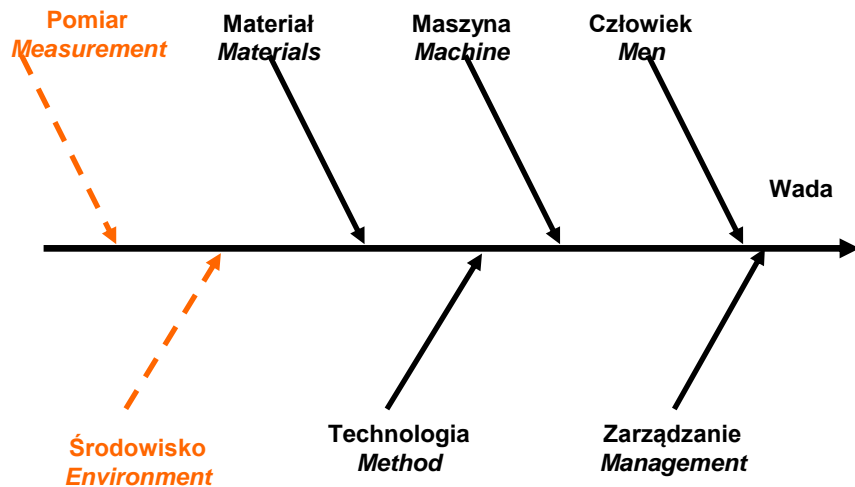
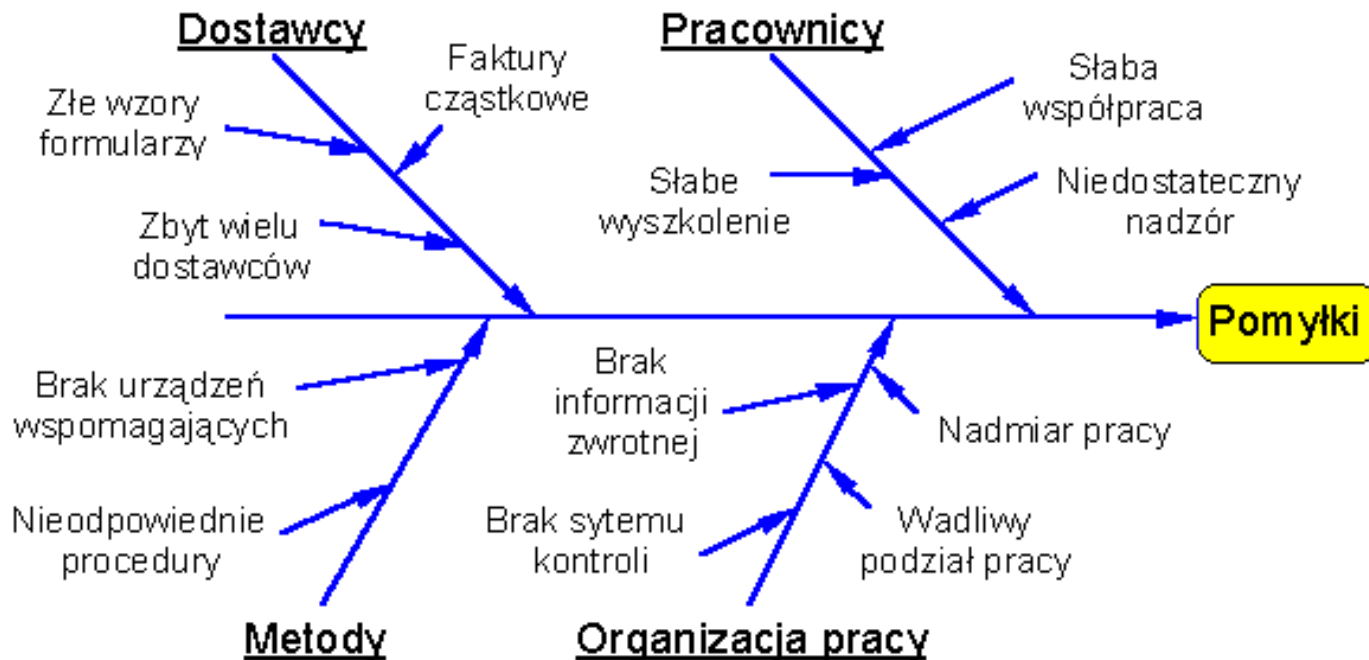


DIAGRAM ISHIKAWY – PRZYCZYNOWO-SKUTKOWY

Przykład diagramu Ishikawy



CECHY DIAGRAMU ISHIKAWY

- całościowe ujęcie badanego zagadnienia
- czytelność i przejrzystość dokonywanych zapisów
- łatwość analizy
- prosta budowa

BURZA MÓZGÓW

Wytyczne:

- wyznaczenie osoby prowadzącej sesję burzy mózgów
- jasne określenie celu sesji
- przyjęcie zasady, że każdy członek zespołu kolejno wypowiada pojedynczą myśl
- przyjęcie zasady, że w miarę możliwości każdy, członek zespołu rozwija pomysły wcześniej zgłoszone
- zapisywanie pomysłów
- prowadzenie zapisów w taki sposób, aby wszyscy członkowie zespołu mogli je widzieć
- kontynuowanie procesu aż do momentu wyczerpania się pomysłów,
- dokonanie przeglądu zgłoszonych pomysłów w celu ich wyjaśnienia

BURZA MÓZGÓW

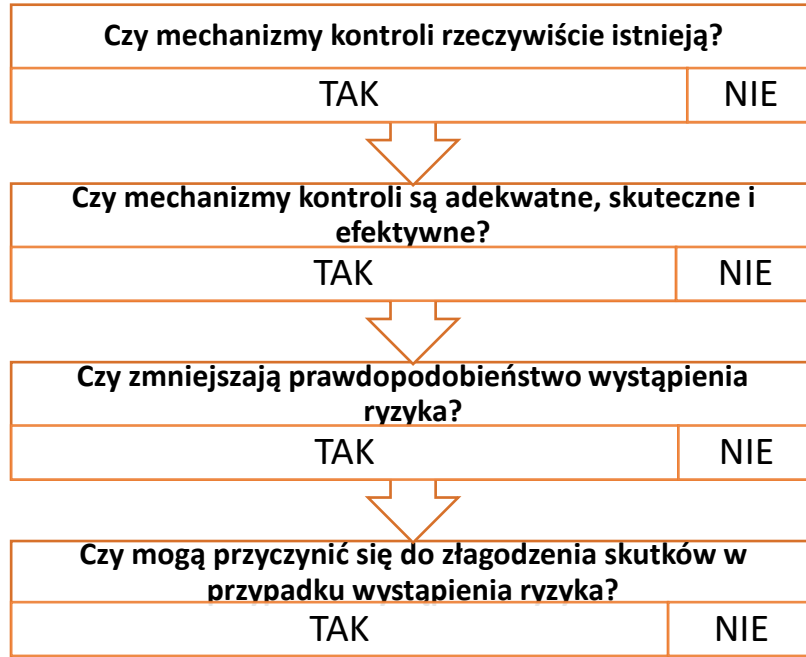
Kryteria procesu prowadzące do jego pozytywnych wyników:

- brak krytyki
- swobodny przebieg burzy mózgów
- ograniczona liczba uczestników
- optymalne wykorzystanie czasu
- zgłaszanie i rejestrowanie pomysłów
- rozwijanie pomysłów innych
- wybór pomysłów

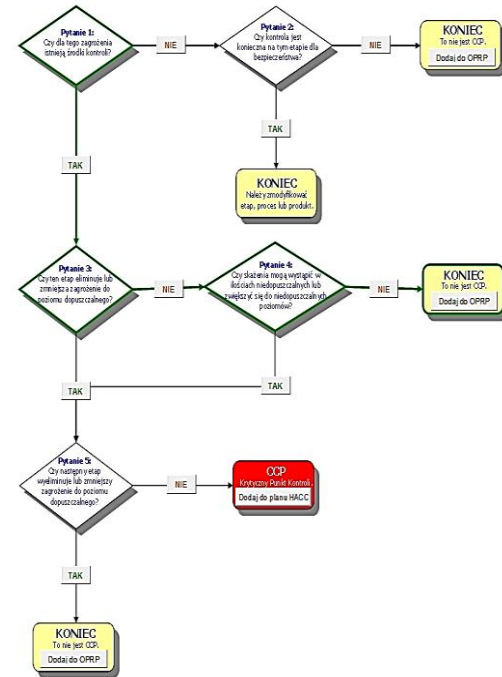
Analiza ryzyka ***NARZĘDZIA***



ANALIZA RYZYKA - JAKOŚCIOWA



**NIE MA KONIECZNOŚCI OGRANICZENIA RYZYKA -
AKCEPTACJA**



**REAKCJA NA RYZYKO
DECYZJE**

ANALIZA ILOŚCIOWA

TABELA OCENY ODDZIAŁYWANIA

Stopień	Skutki finansowe	Odpowiedzialność za zaistnienie incydentu	Ochrona zdrowia i bezpieczeństwo osób	Reputacja
Bardzo wysoki	od 250.000 zł	Złamanie przepisów prawa - odpowiedzialność karna, ograniczenie lub pozbawienie wolności	Utrata życia	Doniesienia medialne w całym kraju
Wysoki	od 100.000 zł do 250.000 zł	Złamanie przepisów prawa - odpowiedzialność służbowa lub finansowa	Poważne obrażenia	Pewne informacje w mediach ogólnokrajowych
Średni	od 10.000 zł do 100.000 zł	Złamanie przepisów prawa - odpowiedzialność służbowa	Pewne obrażenia	Pewne informacje w mediach lokalnych lub regionalnych
Niski	od 1000 zł do 10.000 zł	Naruszenie przepisów prawa - brak odpowiedzialności	Niewielkie obrażenia	Ograniczone informacje w mediach lokalnych lub regionalnych
Bardzo niski	od 100 zł do 1000 zł	Nie ma naruszenia przepisów prawa	Niewielkie obrażenia	Uboższe informacje w mediach lokalnych lub regionalnych

Skutek wystąpienia danego ryzyka	Skala/ punkty	Opis
Nieistotny	1	Nieznaczny skutek finansowy, Brak skutków prawnych dla jednostki, Znikomy wpływ na realizację celów i zadań jednostki, Nie ma wpływu na bezpieczeństwo ludzi, Nie ma wpływu na reputację jednostki.
Niewielki	2	Brak skutków prawnych, Mały skutek finansowy, Nie ma wpływu na bezpieczeństwo ludzi, Niewielki wpływ na reputację jednostki, Mały wpływ na realizację celów i zadań jednostki.
Umiarkowany	3	Średni wpływ na realizację celów i zadań jednostki, mały wpływ na reputację jednostki, średni skutek finansowy, niewielkie konsekwencje prawne, nie ma wpływu na bezpieczeństwo ludzi.
Bardzo duży	4	Duży wpływ na terminy oraz realizację celów i zadań jednostki, Duży wpływ na reputację jednostki, Poważne straty finansowe, Duże konsekwencje prawne, Zagrożenie dla bezpieczeństwa ludzi.
Katastrofalny	5	Brak realizacji celów i zadań jednostki, Utrata dobrego wizerunku jednostki, Bardzo duże straty finansowe, Bardzo poważne konsekwencje prawne, Naruszenie bezpieczeństwa ludzi.

Wdrożenie zarządzania ryzykiem w placówce medycznej

Przykładowa macierz ryzyka dla **obszarów medycznych**

		Ocena konsekwencji wystąpienia zagrożenia (szkody, dotkliwości)				
		Pomijalna (skutek: niedogodność lub czasowy ból pacjenta / użytkownika)	Niewielka (skutek: czasowy uraz lub upośledzenie pacjenta / użytkownika niewymagające profesjonalnej interwencji medycznej)	Poważna (skutek: uraz lub upośledzenie pacjenta / użytkownika wymagające profesjonalnej interwencji medycznej)	Krytyczna (skutek: trwałe upośledzenie lub uraz zagrożający życiu pacjenta / użytkownika)	Katastrofalna (skutek: śmierć pacjenta / użytkownika)
Ocena prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia	Częste (częstotliwość: $\geq 10^{-2}$)					
	Prawdopodobne (częstotliwość: $< 10^{-2}$ i $\geq 10^{-3}$)					
	Sporadyczne (częstotliwość: $< 10^{-3}$ i $\geq 10^{-4}$)					
	Odosobnione (częstotliwość: $< 10^{-4}$ i $\geq 10^{-5}$)					
	Nieprawdopodobne (częstotliwość: $< 10^{-5}$)					

Wdrożenie zarządzania ryzykiem w placówce medycznej
*Przykładowa macierz ryzyka dla **obszarów finansowych,***
organizacyjnych, BHP, reputacji

Tabela punktowa oddziaływania ryzyka					
Liczba punktów	Opis	KRYTERIA			
		Finansowe (strata finansowa)	Organizacyjne	Ochrona zdrowia i bezpieczeństwa	Reputacja
5	Bardzo duże	Powyżej 100 tys. PLN	Brak realizacji kluczowych celów	Utrata życia	Doniesienia prasowe w całym kraju
4	Duże	10 tys. PLN- 100 tys. PLN	Brak realizacji kluczowego celu	Poważne obrażenia	Informacje w mediach ogólnokrajowych
3	Średnie	1 tys. PLN- 10 tys. PLN	Zakłócenia w działalności	Pewne obrażenia	Informacje w mediach regionalnych i lokalnych
2	Małe	100 PLN- 1 tys. PLN	Niewielkie zakłócenia w działalności	Niewielkie obrażenia	Ograniczone informacje w mediach lokalnych
1	Nieznaczące	Do 100 PLN	Krótkotrwałe zakłócenia w działalności	Małe obrażenia	Ubogie informacje w mediach lokalnych

Tabela punktowa prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka					
Liczba punktów	1	2	3	4	5
Opis	Rzadkie	Mało prawdopodobne	Średnie	Prawdopodobne	Prawie pewne
Prawdopodobieństwo	0-20%	20-40%	40-60%	60-80%	80-100%

Wdrożenie zarządzania ryzykiem w placówce medycznej

Tworzenie punktowej oceny ryzyka – hierarchizacja ryzyka

Etap 1 . Diagnostyka pacjenta					
Lp.	Potencjalne zagrożenie	Środki podjęte w celu przeciwdziałania wystąpieniu zagrożenia	Ocena konsekwencji wystąpienia zagrożenia	Ocena prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia	Ocena ryzyka
1.	Niewłaściwa identyfikacja pacjenta	a) 3 punktowa weryfikacja pacjenta b) Zdjęcie pacjenta w systemie c) Pytania kontrolne	Poważna	Prawdopodobne	Ryzyko nieakceptowalne
1.	Błąd w ocenie bieżącego stanu pacjenta	a) Audyt b) Konsylia c) Szkolenia	Poważna	Prawdopodobne	Ryzyko nieakceptowalne
1.	Niewłaściwy zapis w dokumentacji medycznej	a) Elektroniczny zapis danych	Niewielka	Sporadyczne	Ryzyko akceptowalne
Etap 2 Decyzja terapeutyczna					
1.	Zła diagnoza / decyzja terapeutyczna	a) Audyt przeglądowy	Odosobniony	Poważna	Ryzyko akceptowalne
Etap 3. Planowanie leczenia					
1.	Brak weryfikacji skierowania	a) Konsultacje b) Audyt c) Szkolenia	Sporadyczne	Niewielka	Ryzyko akceptowalne
Etap 4. Leczenie					
1.	Niewłaściwy lek Niewłaściwa droga podania	a) Procedury kontroli leków b) Właściwe oznaczanie leków c) Procedura zarządzania lekami	Sporadyczne	Poważne	Ryzyko nieakceptowalne
1.	Zakażenie szpitalne	a) Procedura postępowania na wypadek wystąpienia zakażenia b) Antybiotykoterapia c) Testy - antybiogram	Sporadyczne	Poważne	Ryzyko nieakceptowalne

Zarządzanie ryzykiem w placówce medycznej

Przykładowy rejestr ryzyka

Obszar ryzyka	Nr obszaru	Zadania w ramach obszaru	Nr zadania	Zidentyfikowane ryzyko	Nr ryzyka	Czynnik ryzyka	Skutki występujące	Prawdopodobieństwo	Istotność ryzyka (8X9)	Właściciel ryzyka	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Kontraktowanie świadczeń z NFZ	II	przygotowanie ankiet wg wzorów NFZ	1	Niewłaściwie wypełniona ankieta	II.1.1	Brak niezbędnej wiedzy	4	1	4	DON	
						Brak możliwości spełnienia wymagań					
		przygotowanie oferty konkursowej do NFZ	2	Niewłaściwe przygotowanie ofert konkursowych do NFZ	II.2.1	Błędne wypełnianie ankiet przez kierowników komórek organizacyjnych	4	1	4	DON, DSUiZP	
						Niewłaściwe przygotowanie oferty konkursowej (brak wykazu sprzętu, nieaktualny wykaz personelu)					
						Niejasne wymagania konkursowe Częste zmiany wymagań NFZ					
			3	Nieterminowe złożenie ofert w NFZ	II.3.1	Opóźnienie w przygotowaniu oferty	4	1	4	DON, DSUiZP	

Ewaluacja ryzyka

NARZĘDZIA



Ewaluacja ryzyka obejmuje porównanie poziomu ryzyka oszacowanego na etapie „analizy ryzyka” z **kryteriami akceptacji ryzyka**.

Ewaluacja ryzyka stanowi podstawę do **podjęcia decyzji** co do tego, na ile dane ryzyko jest dla organizacji **istotne**, a także **czy należy je przyjąć i jakie działania** względem niego **podjąć**.

Wdrożenie zarządzania ryzykiem w placówce medycznej

Decyzje dotyczące ryzyka

- **Zmniejszenie prawdopodobieństwa ryzyka** – ograniczenie prawdopodobieństwa negatywnych wyników zdarzenia lub **całkowite wyeliminowanie** możliwości jego wystąpienia;
- **Zmniejszenie skutków ryzyka** – ukierunkowane na **obniżenie strat**; dotyczy to środków podejmowanych zarówno **przed zdarzeniem**, jak i **po nim**;
- **Dzielenie lub przeniesienie ryzyka** – częściowe lub całkowite;
- **Unikanie ryzyka** – **niepodejmowanie lub zaprzestanie działania** narażającego organizację na ryzyko;
- **Akceptacja ryzyka** – organizacja **nie podejmuje żadnych działań** zaradczych, ale rozumie ewentualne skutki zdarzenia i świadomie godzi się na nie;
- **Ignorowanie ryzyka** – oznacza, że organizacja **nie jest świadoma**, że dany czynnik wiąże się z ryzykiem, celowo „przymyka na nie oczy”.

Wdrożenie zarządzania ryzykiem w placówce medycznej

Ocena ryzyka

Ocena ryzyka – porównanie szacunkowej wielkości ryzyka z **przyjętymi** przez organizację **kryteriami**.

Kryteria te mogą dotyczyć:

- kosztów i korzyści,
- wymogów prawnych,
- stopnia bezpieczeństwa pacjenta
- zagrożeń społeczno – ekonomiczno - personalnych w placówce

Ewaluacja ryzyka stanowi podstawę do **podjęcia decyzji** co do tego, na ile dane ryzyko jest dla organizacji **istotne**, a także, **czy należy je przyjąć oraz jakie działania** względem niego zastosować

Wdrożenie zarządzania ryzykiem w placówce medycznej
Ocena ryzyka / Ryzyko szcztkowe/ FMEA

[illegible]

Zarządzanie ryzykiem w placówce medycznej

Powiązanie celów z ryzykiem w placówce medycznej

Lp.	Cel - zadanie	Ryzyko				Przeciwdziałanie ryzyku
		Rodzaj ryzyka (wraz z podaniem kategorii)	Wpływ	Prawdopodobieństwo	Istotność (4x5)	Planowana metoda przeciwdziałania ryzyku
1	2	3	4	5	6	7
1.	Podniesienie jakości świadczeń poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej	Brak środków finansowych (ryzyko finansowe)	5	3	15	Pozyskiwanie środków ze źródeł zewnętrznych, leasing, zakup ratalny, kredyt bankowy
		Brak właściwie określonych potrzeb i specyfikacji aparatury (ryzyko działalności)	5	4	20	Jasne określenie kompetencji i zadań osób bezpośrednio związanych z wykorzystaniem aparatury
		Niewłaściwie przeprowadzone zamówienie publiczne (ryzyko działalności)	5	2	10	Wzmoczenie nadzoru nad pracą osób odpowiedzialnych za przeprowadzenie zamówienia publicznego

KRYTERIA AKCEPCJI RYZYKA

TABELA OGÓLNYCH ZASAD WYZNACZANIA DOPUSZCZALNOŚCI RYZYKA

Waga ryzyka wg macierzy	Oszacowanie ryzyka	Dopuszczalność ryzyka	Niezbędne działania
5	Bardzo duże	Niedopuszczalne	Ryzyko krytyczne, działania mające na celu zmniejszenia ryzyka do poziomu dopuszczalnego należy podjąć natychmiast.
4	Duże		Ryzyko wysokie, działania mające na celu zmniejszenia ryzyka do poziomu dopuszczalnego należy podjąć niezwłocznie. Jeżeli ryzyko występuje w związku z podjęciem nowego zadania, nie wolno go rozpoczynać do momentu obniżenia poziomu ryzyka.
3	Średnie	Dopuszczalne	Zaleca się zaplanowanie i podjęcie działań, których celem jest zmniejszenie ryzyka.
2	Małe		Zaleca się rozważenie możliwości dalszego zmniejszania poziomu ryzyka lub zapewnienie, że ryzyko pozostaje najwyżej na tym samym poziomie.
1	Bardzo małe		Nie jest konieczne prowadzenie żadnych działań.

ANALIZA RYZYKA OPARTA NA TABLICACH

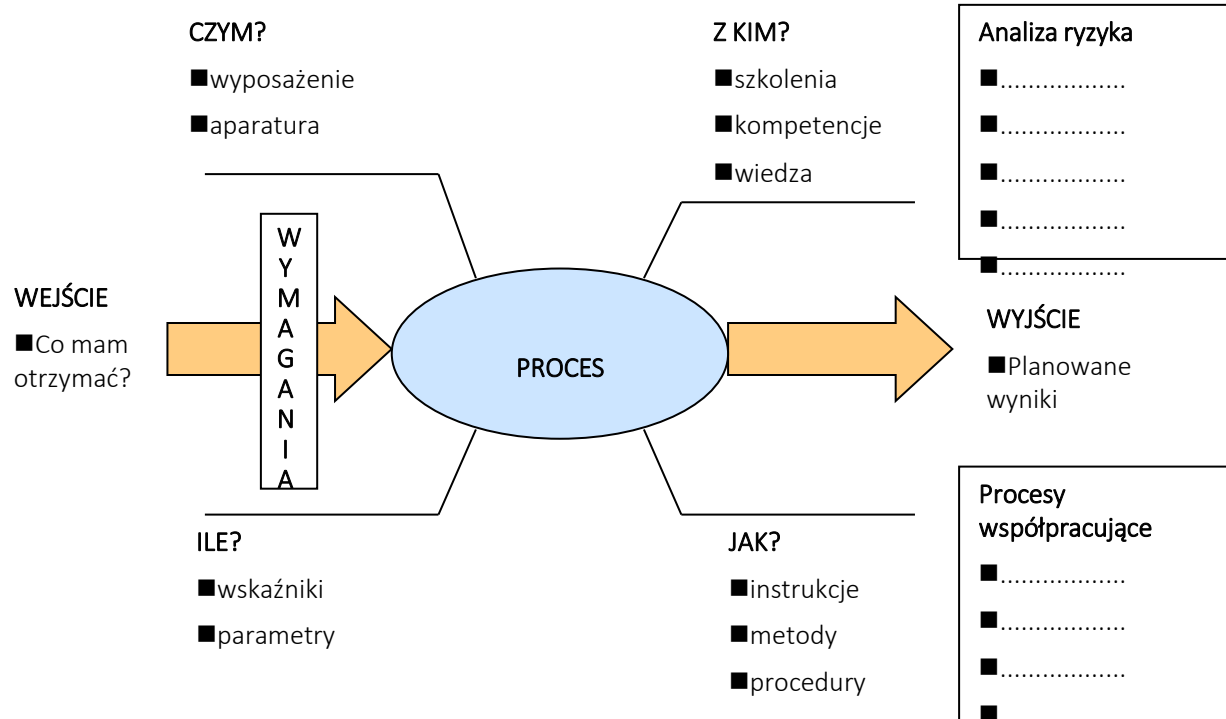
Skutek						
Bardzo duży	5	10	15	20	25	
Duży	4	8	12	16	20	
Średni	3	6	9	12	15	
Mały	2	4	6	8	10	
Nieznaczny	1	2	3	4	5	
	Rzadkie	Mało prawdopodobne	Średnie	Prawdopodobne	Prawie pewne	Prawdopodobieństwo

Wzmocnienie podejścia procesowego

Podejście procesowe pkt.4.4

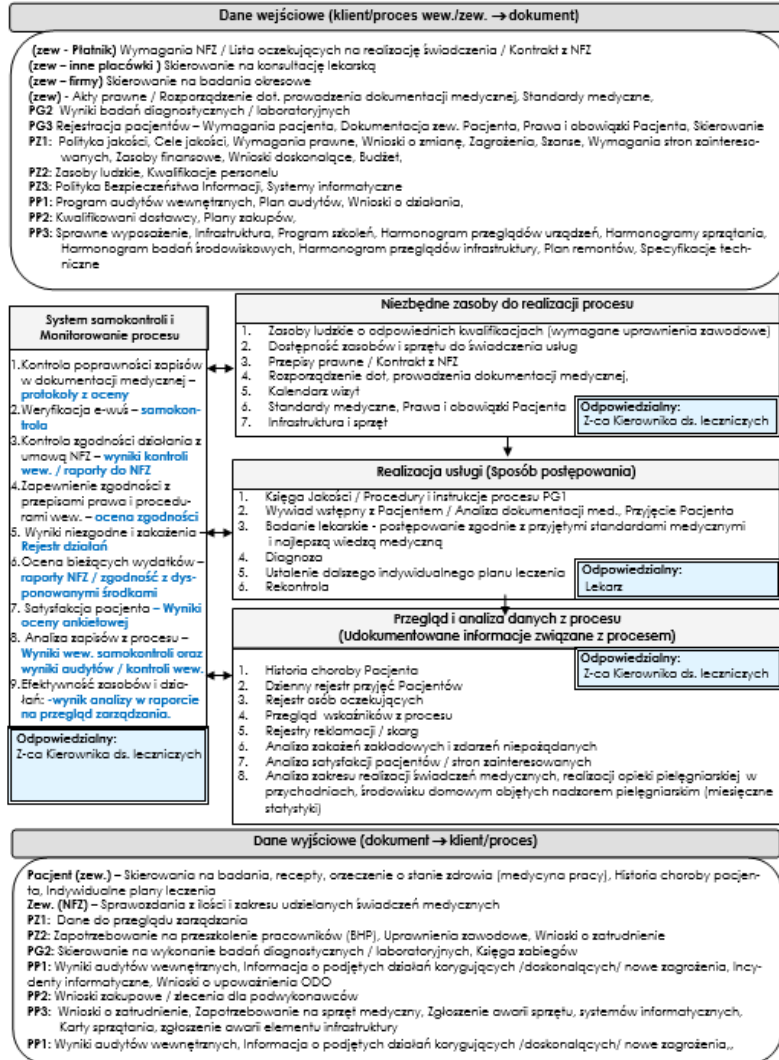
Organizacja powinna określić procesy niezbędne dla funkcjonowania SZJ i ich zastosowanie w całej organizacji oraz **przypisać ryzyko i szanse** tj. jak określono w wymaganiach 6.1.

WZMOCNIENIE PODEJŚCIA PROCESOWEGO



Wzmocnienie podejścia procesowego

Kod procesu: PG2 Nazwa procesu: ŚWIADCZENIE USŁUG DIAGNOSTYCZNYCH Właściciel procesu: Z-ca Kierownika ds. leczenia		
OTOCZENIE (kontekst i strony zainteresowane mające wpływ na proces)		
Kontekst <ul style="list-style-type: none"> Czynnik polityczno-prawny (zew.) Czynnik polityczno-prawny (NFZ) (zew.) Czynnik rynkowy (satisfakcja) (zew.) Czynnik konkurencyjny (zew.) Czynnik społeczny (zew.) Czynnik technologiczny (zew.) Pracownicy (wew.) Wewnętrzny system jakości (wew.) 	Strony zainteresowane <ul style="list-style-type: none"> Pacjenci Narodowy Fundusz Zdrowia Ustawodawcy Pracownicy 	
Analiza wpływu kontekstu organizacji i stron zainteresowanych na proces określono w załączniku do Księgi Jakości		
CELE Cel nadrzędny z Polityki Jakości (cel strategiczny): Stworzenie placówki realizującej świadczenia zdrowotne dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów;		
Cele procesu (cele operacyjne) <ol style="list-style-type: none"> Realizowanie świadczeń diagnostycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa Zapewnienie dostępności do bezpłatnych usług diagnostycznych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia Wykonywanie wiarygodnych badań diagnostycznych przy użyciu wysokiej klasy sprzętu medycznego 		
WSKAZNIKI (MIERNIKI) skuteczności procesu		
Cel operacyjny	Wskaźnik	Poziom wskaźnika (częstotliwość monitorowania)
Wykonywanie wiarygodnych badań diagnostycznych przy użyciu wysokiej klasy sprzętu medycznego	Ilość badań odrzuconych / niezgodnych	<100 (kwartalnie) Odp. za monitorowanie: Właściciel procesu
	Ilość błędów w badaniach przed laboratoryjnych	<10 (kwartalnie) Odp. za monitorowanie: Właściciel procesu
Zapewnienie dostępności do bezpłatnych usług diagnostycznych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia		Monitorowany w ramach PG1
Realizowanie świadczeń diagnostycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa		Monitorowany w ramach P21
ANALIZA RYZYKA I SZANS		
Ryzyka (szanse) dla procesu i środki zaradcze: Określono w dokumencie: Rejestr ryzyka (szans) dla procesu PG2		



REJESTR RYZYKA I SZANS

Lp.	Najważniejsze zadania w procesie	Opis ryzyka (zdarzenia) (Co może się nie udać / co stwarza szansę)	Czynnik ryzyka (Przyczyny ryzyka / Czynniki stwarzające szansę)	Konsekwencje ryzyka (Korzyści z tytułu wykorzystania szansy)	Profil ryzyka / Kategoria ryzyka	Właściciel ryzyka	Mechanizmy kontrolne (Stosowane środki kontroli) (O skuteczności zastosowanych środków kontroli świadczy niski poziom ryzyka rezydualnego)	Działania podejmowane w przypadku wystąpienia ryzyka	Szacowanie ryzyka (ryzyko R)				Reakcja na ryzyko	
									Praw.	skutek	Poziom ryzyka	Dopuszczalność	Decyzja	Karta ryzyka
I. Etap procesu: Diagnostyka medyczna														
1) Cel: Realizowanie świadczeń diagnostycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa 2) Cel: Wykonywanie wiarygodnych badań diagnostycznych przy użyciu wysokiej klasy sprzętu medycznego														
1	Wykonywanie badań diagnostycznych	Niezasadne (niepotrzebne) zlecenie badania	1)Niejednoznaczne objawy chorobowe 2) Brak wiedzy lekarza	1) Dyskomfort dla pacjenta 2) Koszty badań	Ryzyko operacyjne	Z-ca Dyr.. ds.. Leczniczych	1. Dokładne badanie wstępne - wywiad 2. Szkolenia	1)Ponownie pobrać materiał do badań 2) Sprawdzić stan techniczny wyposażenia punktu pobr. 3) System wydawania wyników i segregacji dla poszczególnych odbiorców 4) Przeprowadzić konsultację z laboratorium wykonującym badania dla Przychodni 5) W przypadku badań RTG	2	3	4	≤ 10	AKCEPTACJA	NIE
2		Niewłaściwe przygotowanie pacjenta do badania	1) Nieprzestrzeganie procedur 2) Zaniedbanie ze strony personelu	1) Niewłaściwe wykonanie badania 2) Niewiarygodny wynik badania	Ryzyko operacyjne	Przełożona Pielęg.	1. Postępowanie zgodnie z procedurami operacyjnymi dot. wykonania badania 2. Szkolenia personelu		2	2	4	≤ 10	AKCEPTACJA	NIE
3		Nieprawidłowe pobranie materiału do badania	1) Nieprzestrzeganie procedur 2) Zaniedbanie ze strony personelu	1) Niewłaściwe wykonanie badania 2) Niewiarygodny wynik badania 3) Niewłaściwy proces terapeutyczny	Ryzyko operacyjne	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych	1. Postępowanie zgodnie z procedurami operacyjnymi dot. wykonania badania. 2. Szkolenia personelu 3. Analiza wyników badań		2	3	6	≤ 10	AKCEPTACJA	NIE
4		Źle wykonane badanie w diagnostyce laboratoryjnej	1) Nieprzestrzeganie procedur 2) Zaniedbanie ze strony personelu 3) Nieprawidłowa praca aparatury	1) Niewłaściwe wykonanie badania 2) Niewiarygodny wynik badania 3) Niewłaściwy proces terapeutyczny	Ryzyko operacyjne	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych	1. Postępowanie zgodnie z procedurami operacyjnymi dot. wykonania badania. 2. Szkolenia personelu 3. Analiza wyników badań		2	3	6	≤ 10	AKCEPTACJA	NIE

**Rozpatrywanie procesów pod względem wartości dodanej
(ocena skuteczności)**

Ocena skuteczności 9.1

Organizacja powinna dokonać analizy i oceny odpowiednich danych i informacji w celu oceny skuteczności działań dla przypisania ryzyka i szans.

Przegląd zarządzania 9.3

- Należy wziąć pod uwagę....
- ... skuteczność działań podjętych dla przypisanego ryzyka i szans (zobacz rozdz. 6.1);

O skuteczności systemu zarządzania ryzykiem świadczy:

- Czy wdrożone działania **ograniczyły** zidentyfikowane ryzyko?
- Czy przeznaczone na walkę z zagrożeniami **środki są proporcjonalne do ryzyka** i do budżetu organizacji?
- Czy **działania są właściwe** w stosunku do przyjętego celu?
- Czy działania są **dobrze zaplanowane** (z uwzględnieniem odpowiedzialności, wyniku działań, kosztów, itd.)?
- Czy działania są **właściwie monitorowane i komunikowane** w systemie zarządzania ryzykiem?

PLAN POSTĘPOWANIA Z RYZYKIEM

Udokumentowane informacje
Dokumentacja zarządzania ryzykiem

UDOKUMENTOWANE INFORMACJE

Nie są już obowiązkowe:

- Księga Jakości;
- 6 procedur obowiązkowych.

OBOWIĄZKOWE udokumentowane informacje:

- Wymagane przez normę;
- Niezbędne organizacji do osiągnięcia wyników

Formalnie **nie ma obowiązku** dokumentowania zarządzania ryzykiem

METODY BIEŻĄCEGO MONITOROWANIA

Analiza ryzyka wprowadzenia zmiany	
Zmiana:	
<input type="checkbox"/> Wprowadza nowe ryzyko (wpisać jakie) _____	
<input type="checkbox"/> Modyfikuje obecne ryzyko (wpisać jakie) _____	
<input type="checkbox"/> Zwiększa <input type="checkbox"/> Zmniejsza <input type="checkbox"/> Eliminuje	
<input type="checkbox"/> Brak wpływu na poziom ryzyka	
Zmiana wymaga przeprowadzenia analizy ryzyka / zmiany w rejestrze ryzyka*:	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Wpływ proponowanej zmiany na	
Integralność systemu jakości: <input type="checkbox"/> TAK (jaki) _____	
<input type="checkbox"/> NIE	
Konieczność zapewnienia zasobów: <input type="checkbox"/> TAK (jakich) _____	
<input type="checkbox"/> NIE	
Odpowiedzialności i uprawnienia <input type="checkbox"/> przydzielenie nowych <input type="checkbox"/> zmiana aktualnych	
Analizę przeprowadził(a): (Podpis i data)	

METODY BIEŻĄCEGO MONITOROWANIA

Data zgłoszenia Nr karty / rok	
Stwierdzona niezgodność (opis):	
Niezgodność wykryta w: [okoliczności wykrycia niezgodności np.: audit, kontrola , ocena i inne]	
Źródło/przyczyna powstania niezgodności : [właściwe określenie przyczyny powstania niezgodności daj szanse na przeprowadzenie skutecznych działań korygujących]	
Analiza ryzyka wystąpienia niezgodności (wpływ zagrożeń na SZJ / proces / usługę)	
Czy niezgodność wprowadza nowe ryzyko w Analizie ryzyka <input type="checkbox"/> Tak, <input type="checkbox"/> Nie	
Czy niezgodność wymaga aktualizacji zagrożenia / postępowania w Analizie ryzyka <input type="checkbox"/> Tak, <input type="checkbox"/> Nie	
Czy analiza ryzyka wymusza podjęcia działań korygujących <input type="checkbox"/> Tak, <input type="checkbox"/> Nie Nr karty _____	
Wykonane działania korekcyjne: [działania powodujące usunięcie niezgodności] data i podpis Osoby Odpowiedzialnej

METODY BIEŻĄCEGO MONITOROWANIA

Analiza ryzyka wystąpienia niezgodności

Czy działanie wprowadza nowe ryzyko do Analizy ryzyka (AR) ☐ Nie

☐ Tak _____
Nazwa ryzyka / szansy _____ Data wprowadzenia / przeprowadzenia analizy _____

Czy działanie wymaga aktualizacji zidentyfikowanego już zagrożenia / postępowania ogranicza. ryzyko w AR ☐ Nie

☐ Tak _____
Rodzaj zmiany _____ Data wprowadzenia / przeprowadzenia analizy _____

Czy działanie zmniejsza ryzyko zidentyfikowane już ryzyko ☐ Nie ☐ Tak,

Czy wymagane jest podjęcie dalszych działań korygujących / ograniczających ryzyko ☐ Nie, ☐ Tak _____
Numer karty działania korygującego _____

Ocenę
przeprowadził(a):

Plan działań zapobiegawczych

Opis działań	Osoba odpowiedzialna	Termin wykonania	Uwagi, informacje dotyczące wdrożenia działań ograniczających ryzyko

Znajomość przez pracowników **korzyści** ze stosowania się do SZJ
i **konsekwencji nie stosowania się**

PRZYKŁADOWY WKŁAD I KORZYŚCI Z SZJ

WKŁAD PRACOWNIKA	KORZYŚĆ
<ul style="list-style-type: none">• Zapewnienie miłej obsługi• Empatia• Indywidualne podejście do pacjenta• Próba pomocy i wspólnego rozwiązania problemu	Zwiększa zaufanie i zadowolenie Pacjenta
<ul style="list-style-type: none">• Udział w szkoleniach wew. i zew.• Dzielenie się wiedzą z pozostałym personelem oraz z pacjentami• Prowadzenie dokumentacji (zarówno medycznej, administracyjnej i jakościowej) na bieżąco celem łatwego odtworzenia i budowania wiedzy o pacjencie oraz organizacji	Tworzy silną bazę wiedzy
<ul style="list-style-type: none">• Aktywny i czynny udział w audycie wewnętrznym i zewnętrznym• Ustalanie realnych, mierzalnych celów jakościowych• Zaangażowanie – zgłaszanie pomysłów doskonalących oraz ograniczających zagrożenia	Poprawia efektywność zarządzania

PRZYKŁADOWY WKŁAD I KORZYŚCI Z SZJ

WKŁAD PRACOWNIKA	KORZYŚĆ
<ul style="list-style-type: none">- Postępowanie zgodnie z misją organizacji- Posiadanie świadomości celów jakościowych- Posiadanie świadomości zagrożeń na swoim stanowisku pracy- Udział w szkoleniach wew. i zew. (w tym jakościowych)- Przestrzeganie ustalonych terminów przeglądów, szkoleń z zakresu BHP- Reagowanie na zagrożenia (nie przechodzenie obojętnie !!!)- Analizowanie oczekiwań pacjentów (stron zainteresowanych) i uwzględnianie ich wymagań w bieżących działaniach	Ustanawia wyższą kulturę organizacyjną
<ul style="list-style-type: none">• Postępowanie zgodnie z przyjętymi zasadami, procedurami, instrukcjami, praktykami• Realizacja przyjętych celów jakościowych (w ramach swojego zakresu obowiązków)	Zapewnia zgodność z wymaganiami jakości

PRZYKŁADOWE KONSEKWENCJE

- **Brak zadowolenia pacjenta** (zły wizerunek organizacji, liczne skargi, przechodzenie pacjentów do konkurencji)!!!
- **Błędy medyczne i zdarzenia niepożądane** (odszkodowania))!!!
- **Bezpieczeństwo infrastruktury i sprzętu** (awarie, błędy, katastrofy)
- **Negatywne wyniki kontroli zew.** (zagrożenie dla utrzymania kontraktu NFZ, procesy administracyjno-sądowe)
- **Utrudniona współpraca** z istotnymi stronami zainteresowanymi (tj. organ założycielski, NFZ, Kluczowi dostawcy, Urzędy i Inspektoraty)

PRZYKŁADOWE KONSEKWENCJE

- **Nie uzyskanie / zwieszenie certyfikatu ISO 9001** (nie spełnienie wymagań normy ISO 9001, utrata punktów podczas kontraktowania)
- **Zakłócenia komunikacji wew.** (negatywna atmosfera w pracy, paraliż informacyjny)
- **Nieład w organizacji** (zły wizerunek zew., zła atmosfera w pracy)
- **„Papierowy system jakości”** – dokumenty sobie, życie sobie

Nowa rola przywództwa

Wzmocnienie roli przywództwa

„Najwyższe kierownictwo musi pokazać swój własny wkład w zobowiązania dotyczące rozwoju i realizacji systemu zarządzania jakością”

NOWA ROLA PRZYWÓDZTWA

Najwyższe kierownictwo musi **wykazać przywództwo i zaangażowanie** w odniesieniu do SZJ:

- a) przyjmując **odpowiedzialność za skuteczność SZJ**;
- b) zapewniając, że **polityka jakości** i założenia jakościowe będą **zgodne z kierunkiem strategicznym** oraz kontekstem organizacji;
- c) **zapewniając integrację** SZJ z procesami biznesowymi;
- d) **promując podejście** procesowe i **oparte na ryzyku**;
- e) zapewniając **zasoby** dla SZJ;
- f) **komunikując** znaczenie skutecznego zarządzania jakością i zgodności z wymogami SZJ;

NOWA ROLA PRZYWÓDZTWA

Dodano:

...

- g) zapewniając osiągnięcie **celów w SZJ**
- h) angażując i wspierając pracowników mających **wpływ na skuteczność SZJ**;
- i) promując ciągłe doskonalenie;
- j) wspierając innych członków kierownictwa w ich przywódczej roli w zakresie ich kompetencji
- k) określenie i **uwzględnienie ryzyka i szans**, które mogą wpływać na zgodność i zadowolenie klientów; (orientacja na Klienta)
- l) komunikuje znaczenie skutecznego SZJ zgodnego z wymaganiami

NOWA ROLA PRZYWÓDZTWA

Odpowiedzialny	Zakres komunikacji i raportowania w obszarze ryzyka
Dyrekcja	<ul style="list-style-type: none">◆ Posiada wiedzę nt. najważniejszych ryzyk◆ Zna potencjalne skutki odchyień od zakładanych wskaźników◆ Dbą o odpowiedni poziom świadomości wewnątrz organizacji◆ Ma wiedzę nt. przygotowania organizacji do sytuacji kryzysowej◆ Otrzymuje informację na temat tego, czy proces zarządzania ryzykiem funkcjonuje właściwie
Kierownicy komórek org. (Ordynatorzy)	<ul style="list-style-type: none">■ Mają świadomość zagrożeń towarzyszących działalności, za którą odpowiadają i ich potencjalnych skutków dla innych obszarów działalności, a także potencjalnych konsekwencji■ Dysponują wskaźnikami, które umożliwiają im stałą kontrolę wyników kluczowych ryzyk■ Dysponują systemami, które sygnalizują odchylenia od założeń■ Systematycznie i niezwłocznie informują Dyрекcję o wszelkich nowych zagrożeniach
Lekarze Średni personel medyczny	<ul style="list-style-type: none">■ Rozumieją swoją odpowiedzialność za dany rodzaj ryzyka■ Wiedzą, w jaki sposób mogą się przyczynić do minimalizacji ryzyka■ Systematycznie i niezwłocznie informują ścisłe kierownictwo (przełożonych) o wszelkich nowych zagrożeniach

NOWA ROLA PRZYWÓDZTWA

Większa odpowiedzialność Dyrekcji

Nie ma już obowiązku powołania przedstawiciela kierownictwa ds. jakości

Ale

trzeba **określić** zadania, uprawnienia i odpowiedzialności w obszarze systemu jakości i **ryzyka**

Uwzględnienie ryzyka podczas podejmowania **działań korygujących i odstępstw** od wymagań

NIEZGODNOŚCI I DZIAŁANIA KORYGUJĄCE

Działania korygujące pkt. 10.2

- w przypadku wystąpienia niezgodności organizacja powinna
- reagować ...
- ocenić potrzebę podejmowania działań w celu wyeliminowania przyczyny niezgodności ...
- wdrożyć niezbędne działania ...
- aktualizować informacje dla **ryzyka i szans** określonych na etapie planowania, jeśli to konieczne....

Zgłaszanie niezgodności i korygowanie jej przyczyny



Imię i Nazwisko zgłaszającego:		Karta nr:	
Obszar /proces/ miejsce:		Data:	

Świerdzona niezgodność (opis): 	
Niezgodność wykryta w: <small>[okoliczności wykrycia niezgodności np.: audit, kontrola , ocena i inne]</small>	
Źródło/przyczyna powstania niezgodności: <small>[właściwe określenie przyczyny powstania niezgodności daj szanse na przeprowadzenie skutecznych działań korygujących]</small>	
Przewidywany skutek niezgodności: 	
Wykonane działania korekcyjne: <small>[działania powodujące usunięcie niezgodności]</small>	 <small>..... data i podpis zgłaszającego</small>

Proponycja działania korygującego - opis: <small>[działania powodujące usunięcie przyczyny powstawania niezgodności]</small>	Odpowiedzialny za wykonanie działań <small>..... (data, podpis przyjmującego)</small>
	Termin realizacji:
	Zlecający działania <small>..... (data, podpis)</small>

Ocena skuteczności podjętych działań :		Oceniający działania <small>[.....]</small> <small>(data, podpis)</small>
Czy zaplanowane działania korygujące zrealizowano w całości ?:	TAK / NIE	
Czy wykonane działania korygujące są skuteczne?:	TAK / NIE	
Czy potrzebna nowa karta działań korygujących?:	TAK / NIE	
Czy podjęte działania stwarzają ryzyko/ szansę ?	NIE TAK _____	
<small>Nr. karty ryzyka/szansej (F_P21_02_02 / F_P21_02_03)</small>		
Komentarz / uwagi:		

Zgłaszanie odstępstw od wymagań

ZGŁOSZENIE ODSZTĘPSTWA OD WYMAGAŃ / PRZYJĘCIE W RAMACH ODSZTĘPSTWA*

Data zgłoszenia

Osoba wnioskująca:

Wnioskowany zakres odstępstwa:

Kryterium (dokument / działanie specyfikujące wymagania wobec którego zastosowano odstępstwo):

Okres obowiązywania odstępstwa

Data i podpis Wnioskującego pracownika

ANALIZA RYZYKA

Czy odstępstwo od wymagań powoduje: ☐ niezgodność ☐ ryzyko ☐ szanse ☐ nie dotyczy

TAK ☐
Nr karty niezgodności, ([F_PP1_01_01](#)) / Karta ryzyka ([F_PP1_02_02](#)) / szansy ([F_PP1_02_03](#))

Data i podpis odpowiedzialnego za proces / kier. Kom. Org.



Zgłaszanie ryzyka / szans

Nr karty [nr kolejny /rok]: <i>(wypełnia Pełnomocnik ds. SZU)</i>						
I. IDENTYFIKACJA <i>(wypełnia stwierdzający)</i>						
Miejsce/ źródło identyfikacji <i>(nazwa komórki org / audyt, przegląd itp.)</i>						
Lp.	Źródło (czynnik) ryzyka <i>(Przyczyna)</i> <i>(Zdarzenie, okoliczność, stan prawny, stan faktyczny który wywołuje ryzyko)</i>			Nazwa ryzyka		
Stwierdzający ryzyko <i>(data i czytelny podpis)</i>						
II. ANALIZA I OCENA RYZYKA <i>(Wypełnia osoba odpowiedzialna za cel, proces, obszar)</i>						
Lp.	Możliwe skutki ryzyka <i>(dla procesu, celu, wymagań stron zew kontekstu wew., zew itp.)</i>	Istniejące mechanizmy zabezpieczające <i>(środki kontroli)</i>	Prawd. <i>(1-5) (P)</i>	Skutki <i>(1-5) (S)</i>	Poziom ryzyka <i>(PxS)</i>	Ryzyko akceptowalne? <i>(TAK/NIE)</i>
Zagrożony cel/ zadanie/proces:						
III. Decyzja dotycząca ryzyka <i>(Wypełnia Zespół ds. ryzyka)</i>						
Reakcja na ryzyko / Decyzja		<input type="checkbox"/> Redukowanie <input type="checkbox"/> Akceptacja <input type="checkbox"/>				
Priorytet ważności decyzji nadany przez Zespół ds. ryzyka		<input type="checkbox"/> Wysoki <input type="checkbox"/> Średni <input type="checkbox"/> Niski				
IV. PLAN POSTĘPOWANIA Z RYZYKIEM (DLA RYZYK NIEAKCEPTOWALNYCH) <i>(Wypełnia Zespół ds. ryzyka)</i>						
Lp.	Działania	Termin	Wymagane zasoby	Osoba odpowiedzialna		
Zatwierdza: Kierownik <i>(data i czytelny podpis)</i>						
VI. PRZEGLĄD PODJĘTYCH DZIAŁAŃ <i>(Wypełnia Zespół ds. ryzyka)</i>						
Czy podjęte działania okazały się skuteczne? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Czy działanie usunęło / ograniczyło <input type="checkbox"/> Skutek <input type="checkbox"/> Przyczynę <input type="checkbox"/> INNE		Czy wymagane jest podjęcie dodatkowych działań? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Poziom ryzyka po wdrożeniu planu działań <i>(PxS pkt. II)</i>
Przebiegający działania: <i>(data i czytelny podpis)</i>						

Kompleksowe zarządzanie zmianą

CO NALEŻY ROZWAŻYĆ:

- a) cel zmiany oraz jej potencjalne konsekwencje;
- b) integralność z SZJ;
- c) dostępność zasobów;
- d) przypisanie lub ponowne przypisanie odpowiedzialności i uprawnień.

Protokół planowania zmian



Data zgłoszenia		Numer wniosku(nr / rok) <small>(nr kolejny okręgu Pełnomocnik ds. ZSZ)</small>
OPIS PROPONOWANEJ ZMIANY		
Obszar którego dotyczy zmiana ¹ :		
Przyczyna:		
Cel:		
Jest (stan obecny)		Powinno być (stan przyszły)
Data i podpis Wnioskodawcy		
ANALIZA WPŁYWU ZMIANY NA SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ		
1) Opis potencjalnych korzyści (szans) / Potencjalnych konsekwencji (zagrożeń) wprowadzenia zmiany*		
2) Czy zidentyfikowane szanse / zagrożenia wymagają aktualizacji Rejestru ryzyka <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK..... <small>nr karty ryzyka / szansy</small>		
3) Konieczność zapewnienia zasobów <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (jakich?)		
4) Przydzielenie nowych / zmiana aktualnych odpowiedzialności i uprawnień <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (jakich, komu?)		
5) Integralność systemu jakości ? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (w jaki sposób?)		
Data i podpis Pełnomocnik ds. ZSZ		
Decyzja		
<input type="checkbox"/> Udzielam zgodny na dokonanie zmian <input type="checkbox"/> Nie udzielam zgodny na dokonanie zmian (uzasadnij)		
Osoba odpowiedzialna za wprowadzenie zmian:		
Termin wprowadzenia zmian:		
Data i podpis Dyrektora :		
Ocena skuteczności zmian		
<input type="checkbox"/> Działanie skuteczne <input type="checkbox"/> Działania nieskuteczne. (nr protokołu niezgodności)		
Data i podpis Pełnomocnika ds. ZSZ:		

LITERATURA

1. Wolak-Tuzimek A., *Spółeczna odpowiedzialność przedsiębiorstwa a konkurencyjność przedsiębiorstw*. CeDeWu, Warszawa 2019.
2. Paliwoda-Matiolańska A., *Odpowiedzialność społeczna w procesie zarządzania przedsiębiorstwem*. Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2009.
3. Rybak M., *Etyka menedżera-społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstwa*, PWN, Warszawa 2004.
4. Adamik A. (red.), *Nauka o organizacji*. Wydawnictwo Nieoczywiste 2021.
5. Kołodziejczyk-Olczak I., *Zaangażowanie pracowników w różnym wieku*. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi nr 2, 2014 r.
6. *Zarządzanie ryzykiem w sektorze publicznym*. Ministerstwo Finansów Rzeczypospolitej Polskiej. Podręcznik sporządzono w ramach środków projektu UE Transition Facility 2004/016-829.01.08
7. Norma ISO 9001:2015.
8. Norma ISO 9000:2015.

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ

Wykładowca: dr Magdalena Kóska-Wolny

e-mail: mkoska@onet.pl