



DN.083.01-02.2024.ASZ

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
11-600 Węgorzewo, ul. J. Bema 24
tel. 87 427 27 66

Rejestr ryzyk zidentyfikowanych w Szpitalu Psychiatrycznym
Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie w 2024r.

NIP 813-11-47-643, REGON 790240956

Lp	Cel	Zadania	Miernik	Istotność ryzyka (6 x 7)	Ocena prawdopodobieństwa ryzyka (Skala 1-5)	Ocena skutku ryzyka (Skala 1-5)	Zidentyfikowane ryzyko	Przyczyny ryzyka	Skutki ryzyka	Reakcja na ryzyko	Planowane działania	Osoby odpowiedzialne
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.	Zapewnienie ciągłości działania – realizacja kontraktów z NFZ	Realizacja kontraktów z NFZ	105% kontraktu	15	3	5	Zmniejszenie kontraktu NFZ, Niewykonanie kontraktu z NFZ - przez co najmniej 2 miesiące z rzędu na poziomie 70%	Brak pacjentów. Brak kadry specjalistycznej.	Katastrofalne: utrata ciągłości finansowej, brak możliwości udzielania świadczeń, zapas finansowa Szpitala, konieczność zwolnień, w tym grupowych i poniesienia dodatkowych skutków finansowych, ograniczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych.	działanie	Bieżąca analiza realizowanych usług. Bieżąca rekrutacja na wolne miejsca pracy w zawodach medycznych (lekarz, pielęgniarka, psycholog), celem pozyskania nowych pracowników. Pozyskanie kadry specjalistycznej. Podnoszenie kwalifikacji przez pracowników. Bieżący nadzór kierowników komórek organizacyjnych, zastępcy dyrektora oraz dyrektora. Bieżące monitorowanie wykorzystania łóżek Aktualizacja programów rehabilitacyjnych Praca nad zwiększeniem kontraktu w poszczególnych rodzajach świadczeń	Dyrektor ----- Zastępca Dyrektora ----- Główny Księgowy ----- Zastępca Głównego Księgowego ----- Kierownicy komórek organizacyjnych ----- Przełożona pielęgniarek ----- Pielęgniarka epidemiologiczna ----- Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Jakością ----- Specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego i kontroli ----- Sekcja Statystyki i Dokumentacji Medycznej ----- Dział Organizacyjno-Administracyjny - kadry
2.	Racjonalizacja gospodarki finansami, optymalizacja kosztów i przychodów w celu poprawy planowanego wyniku	Utrzymanie prawidłowej polityki finansowej podmiotu leczniczego gwarantującej stabilizację finansową	96% realizacji zaplanowanych kosztów i przychodów	12	3	4	Zmniejszenie kontraktu z NFZ, roszczenia odszkodowawcze	Niewykonania świadczeń zdrowotnych zgodnie z warunkami kontraktu. Wzrost kosztów działalności szpitala związany z regulacją wynagrodzeń,	Poważne: trudności w utrzymaniu płynności finansowej, ograniczenie możliwości udzielania świadczeń, konieczność redukcji personelu	działanie	Bieżący monitoring realizacji planu finansowego (w tym miesięczna analiza finansowa przychodów i kosztów. Bieżąca kontrola kierowników komórek	Dyrektor ----- Zastępca Dyrektora ----- Główny Księgowy ----- Zastępca Głównego Księgowego -----

OK



	finansowego							wzrostem cen usług outsourcingowych, ubezpieczeniowych i innych. Znaczny wzrost kosztów działalności szpitala związanych z ze wzrostem kosztów dystrybucji energii elektrycznej i innych kosztów stałych. Konieczność spłaty środków pobranych z tytułu rachunków ryczałtowych wypłaconych bez realizacji (n/12 - art. 15ea ust. 4 Ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacjami kryzysowymi)			organizacyjnych medycznych nad realizacją kontraktu w zakresie wykonania.. Bieżący nadzór zastępcy dyrektora i dyrektora. Aktualizacja receptariusza Aktualizacja instrukcji magazynowych Praca nad zwiększeniem kontraktu w poszczególnych rodzajach świadczeń	Kierownicy komórek organizacyjnych Przełożona pielęgniarek Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Jakością Specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego i kontroli Dział Organizacyjno-Administracyjny – zamówienia publiczne, kadry
3.	Poprawa infrastruktury Szpitala	1. Dostosowanie Szpitala do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.	100%	6	2	3	Niedostosowanie Szpitala do wymogów: - Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, - Rozporządzenia Ministra Inwestycji i Rozwoju w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie	Brak środków finansowych - nieuzyskanie zewnętrznych środków finansowych na realizację inwestycji. Przygotowanie dokumentacji projektowej niezgodnie z wymaganiami, Przedłużająca się procedura uzyskiwania niezbędnych pozwoleń i decyzji administracyjnych.	Średnie: potencjalne zmniejszenie jakości świadczonych usług, brak dostosowania infrastruktury do wymogów w dłuższej perspektywie może doprowadzić do zmniejszenia ilości pacjentów	działanie	Pozyskanie środków zewnętrznych na realizację poprawy infrastruktury Szpitala. Zakup samochodu do przewozu pacjentów dostosowanego do przewozu osób niepełnosprawnych, w tym na wózek inwalidzkim (do 9 osób łącznie z kierowcą), usprawnienie procesu przewozu pacjentów na specjalistyczne badania i konsultacje. Bieżąca aktualizacja opracowanych programów dostosowawczych Szpitala. Prace bieżące remontowe - dostosowawcze do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu	Dyrektor Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Główny Księgowy Zastępca Głównego Księgowego Kierownicy komórek organizacyjnych Specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego i kontroli Dział Organizacyjno-Administracyjny – zamówienia publiczne Kierownik Działu Technicznego Służby bhp Służby obronne



											wykonującego działalność leczniczą	
4.	Bezpieczeństwo	1. Zwiększenie poziomu bezpieczeństwa w zakresie prowadzonej działalności: a) w części administracyjnej i ekonomicznej b) w części techniczno-gospodarczej (w szczególności: dostosowania budynku głównego Szpitala do obowiązujących wymogów przeciwpożarowych, obronnego, bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony danych i informatyzacji oraz wymogów sanitarno-technicznych) c) w części medycznej 2. Usprawnienie komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej 3. Zintensyfikowanie nadzoru kierowników, pełnomocnika dyrektora ds. zarządzania jakością, koordynatora kontroli zarządczej w celu usprawnienia organizacji pracy oraz zwiększenia poziomu bezpieczeństwa w zakresie realizowanej działalności, w części medycznej oraz części administracyjno-finansowej i technicznej.	95%	6	3	2	Niestosowanie się do wdrożonych procedur.	Słaba znajomość pracowników obowiązków procedur Brak szkoleń wewnętrznych Nieaktualne procedury i regulaminy Brak reakcji personelu, brak środków finansowy na podjęcie działań	Średnie: w dalszej perspektywie dezorganizacja pracy i nieefektywność kontroli zarządczej	działanie	Organizacja instruktaży, szkoleń dla pracowników wewnętrznych i zewnętrznych Bieżąca kontrola stanowiskowa. Zintensyfikowanie działań szkoleniowych w zakresie obszarze bezpieczeństwa przeciwpożarowego, Aktualizacja regulaminów wewnętrznych, Monitoring pod kątem procedur medycznych i niemedycechnych w ramach systemu jakości ISO, Szczegółowe określenie uprawnień i obowiązków (w szczególności personelu medycznego), Bieżąca analiza zatrudnienia w zakresie prowadzonej działalności pod kątem wymagań określonych dla podmiotów leczniczych., Organizacja składnicy akt i kontynuacja procedury archiwizacji dokumentacji, Realizacja spotkań kierowników komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk, Bieżąca aktualizację strony internetowej	Dyrektor ----- Zastępca Dyrektora ----- Główny Księgowy ----- Zastępca Głównego Księgowego ----- Kierownicy komórek organizacyjnych ----- Przełożona pielęgniarek ----- Pełnomocnik Dyrektora ds. zarządzania Jakością ----- Specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego i kontroli ----- Dział Organizacyjno-Administracyjny – zamówienia publiczne, kadry ----- Służby bhp ----- Służby obronne ----- Informatyk / Administrator Systemów Informatycznych



											Szpitala	
											Określenie planu kontroli w ramach kontroli zarządczej wraz z analizą wykonania za rok poprzedni, Określenie planu szkoleń oraz kontroli w ramach systemu jakości ISO wraz z analizą wykonania za rok poprzedni.	
5.	Utrzymanie certyfikacji jakości według normy ISO 9001:2015	Realizacja działań we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala zgodnie z normą ISO 9001:2015	100%	3	1	3	Nieutrzymanie certyfikatu zgodności normą ISO 9001:2015	Brak zaangażowania personelu w realizację zadań wynikających z wymagań normy ISO	Małe: brak jednolitych i czytelnych zasad postępowania w określonych sytuacjach np. zgon pacjenta, zdarzenia niepożądane, pogorszenie wizerunku Szpitala i standardów pracy	działanie	Aktualizacja/wprowadzenie nowych procedur. Badanie satysfakcji pacjenta z udzielonych świadczeń medycznych – analiza wypełnionych ankiet. Analiza skarg i wniosków pacjentów i pracowników. Wewnętrzne szkolenia pracowników w zakresie wdrażania procedur ISO	Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością ----- Personel Szpitala zgodnie z kompetencjami

Węgorzewo, 31.01.2024r.

DYREKTOR
Szpitala Psychiatrycznego
SP ZOZ w Węgorzewie
(podpis kierownika jednostki)
mgr Agnieszka Szalko