



### Rejestr ryzyk Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Węgorzewie na rok 2026

#### I. Podstawa opracowania

Rejestr ryzyk opracowano na podstawie:

1. Regulaminu Kontroli Zarządczej obowiązującego w Szpitalu Psychiatrycznym SPZOZ w Węgorzewie,
2. Standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych określonych w Komunikacie Ministra Finansów Nr 23 z dnia 16 grudnia 2009 r.,
3. Wytycznych do funkcjonowania kontroli zarządczej w wojewódzkich samorządowych jednostkach organizacyjnych, wprowadzonych Zarządzeniem Nr 6/2026 Marszałka Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 14 stycznia 2026 r.,
4. Planu pracy Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Węgorzewie na dany rok,
5. Rejestru celów i zadań Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Węgorzewie,
6. dokumentów strategicznych Województwa, w tym Strategii Rozwoju Społeczno-Gospodarczego Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

#### II. Informacje ogólne

1. Rejestr ryzyk prowadzony jest w ramach systemu kontroli zarządczej Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Węgorzewie.
2. Rejestr stanowi narzędzie identyfikacji, analizy oraz monitorowania ryzyk mogących mieć wpływ na realizację celów i zadań Szpitala.

3. Rejestr prowadzony jest na bieżąco w trakcie roku, z uwzględnieniem zmian organizacyjnych, decyzji Dyrektora oraz wyników monitoringu i kontroli.
4. Rejestr sporządza i prowadzi Koordynator ds. kontroli zarządczej, we współpracy z:
  - 4.1 Zespołem ds. kontroli zarządczej,
  - 4.2 Kierownikami komórek organizacyjnych,
  - 4.3 osobami zatrudnionymi na stanowiskach samodzielnych, odpowiedzialnymi za obszary ryzyka.
5. Akceptacja ryzyk oraz decyzje dotyczące sposobu postępowania z ryzykiem należą do Dyrektora Szpitala.

### **III. Powiązanie z dokumentami systemu kontroli zarządczej**

Rejestr ryzyk:

1. jest powiązany z Planem pracy Szpitala oraz Rejestrem celów i zadań,
2. stanowi podstawę monitoringu kwartalnego w ramach kontroli zarządczej,
3. jest źródłem danych do:
  - 3.1 oceny stanu kontroli zarządczej,
  - 3.2 oświadczenia Dyrektora o stanie kontroli zarządczej,
  - 3.3 dokumentacji sprawozdawczej systemu kontroli zarządczej.

### **IV. Metodologia oceny ryzyka**

1. Ocena ryzyka dokonywana jest w sposób opisowy, z uwzględnieniem:
  - a) prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka (niskie / średnie / wysokie),



b) skutku dla realizacji celów i zadań Szpitala (mały / istotny / krytyczny).

2. Poziom ryzyka ustalany jest na podstawie łącznej oceny prawdopodobieństwa i skutku jako: niskie / średnie / wysokie.

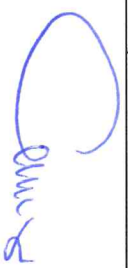
3. Ryzyka o poziomie wysokim wymagają zaplanowania i realizacji działań ograniczających oraz bieżącego monitoringu.

#### V. Tabela Rejestru ryzyk

L. p.	Cel/obszar	Opis ryzyka	Przyczyny ryzyka	Skutek ryzyka	Prawdopodobieństwo	Skala skutku	Poziom ryzyka	Działania zapobiegawcze / ograniczające	Osoba / komórka odpowiedzialna	Status ryzyka	Uwagi / decyzje Dyrektora
1	Modernizacja i rozwój infrastruktury Szpitala.	Niewykonanie lub opóźnienie kluczowych inwestycji i zadań modernizacyjnych.	Brak lub opóźnienie przyznania dofinansowania zewnętrznego, wzrost kosztów robót budowlanych i materiałów, problemy wykonawców, brak ofert w postępowaniach, ograniczone zasoby organizacyjne po stronie Szpitala.	Niedostosowanie obiektów do wymogów prawa (rozporządzenia a MZ, warunki techniczne, ppoz.), pogorszenie warunków pobytu pacjentów i pracy personelu, zalecenia i sankcje organów nadzoru, wzrost kosztów eksploatacji.	Średnie	Wysokie	Średnie	Prace bieżące remontowe i dostosowawcze do wymogów, przygotowanie kompletnej dokumentacji projektowej na czas, monitorowanie naborów i przygotowanie wniosków o dofinansowanie, odpowiednie planowanie harmonogramów i zabezpieczenie wkładu własnego.	Dyrektor, Z-ca Dyrektora ds. Inwestycyjno-Technicznych,	zidentyfikowane, monitorowane	
2	Rzecz i informatyzacji cyberbezpiecz	Incydenty cyberbezpieczeństwa oraz brak zgodności z	Niewdrożenie w terminie kompleksowych rozwiązań	Przerwy w dostępności systemów (EDM, e-usługi,	Średnie	Wysokie	Średnie	Realizacja projektu „Modernizacja Infrastruktury	Dyrektor, Z-ca Dyrektora ds. Inwestycyjno-Technicznych,	zidentyfikowane, monitorowane	

	ęstwa (w tym NIS2).	wymaganiami NIS2.	cyberochronnych (sprzęt, oprogramowanie, monitoring incydentów, backup), niepełna implementacja dyrektywy NIS2, niewystarczająca	systemy rozliczeniowe), utrata lub naruszenie poufności danych pacjentów, sankcje nadzorcze, szkoda wizerunkowa Szpitala.					informatycznej Szpitala" i zadania „Wzmacnianie bezpieczeństwa informatycznego – etap III”, wdrożenie dyrektywy NIS2 (polityki, procedury, rejestr incydentów, plany reagowania, testy BCP), regularne szkolenia z cyberbezpieczeństwa i EDM dla personelu, aktualizacja Instrukcji zarządzania systemem informatycznym	informatyk – Administrator Systemów, Inspektor Ochrony Danych, Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością.		
3	Zarządzanie bezpieczeństwem i ryzykiem w Szpitalu.	Brak skutecznego systemu bezpieczeństwa i kontroli zarządczej.	Niewykonanie planu kontroli zarządczej, brak monitoringu wskaźników bezpieczeństwa, nieaktualne procedury BHP, ppoż.,	Wzrost liczby zdarzeń niepożądanых (BHP, ppoż., organizacyjnych), negatywne wyniki kontroli zewnętrznych, zalecenia i sankcje, utrata	Średnie	Średnie	Średnie	Realizacja planu kontroli zarządczej na 2026 r., kwartalne monitorowanie ryzyka i wskaźników bezpieczeństwa, aktualizacja	Dyrektor, Koordynator ds. kontroli zarządczej, Zespół ds. kontroli zarządczej, Z-ca Dyrektora ds. Inwestycyjno-Technicznych, Służby BHP i ppoż.,	monitorowane		

			ewakuacji i ciągłości działania, brak systematyczne go nadzoru nad realizacją zaleceń pokontrolnych	zaufania interesariuszy.				procedur bezpieczeństwa, organizacja ćwiczeń ewakuacyjnych, systematyczny nadzór nad wykonaniem zaleceń pokontrolnych.	Kierownicy komórek organizacyjnych.		
4	Organizacja żywienia szpitalnego – dostosowanie do standardu organizacyjne go żywienia zbiorowego (Rozporządzen ie MZ z 12.12.2025 r.)	Niespełnienie wymogów standardu organizacyjnego żywienia zbiorowego	Brak pełnego dostosowania organizacji działu żywienia, jadospisów i dokumentacji do wymogów rozporządzeni a, niewystarcząca przeszkolenie personelu Działu Żywienia i personelu medycznego, ograniczone zasoby organizacyjne i finansowe.	Niewłaściwe żywienie pacjentów (w tym dietyczne), skargi pacjentów, negatywne wyniki kontroli NFZ i organów nadzoru, konieczność wdrożenia działań naprawczych.	Średnie	Średnie	Średnie	Przeгляд organizacji żywienia i identyfikacja niezgodności, opracowanie i wdrożenie procedur i dokumentów systemu żywienia zgodnych z rozporządzenie m, szkolenia personelu Działu Żywienia i personelu medycznego, wdrożenie monitoringu jakości żywienia (ankiety satisfakcji, analiza reklamacji, działania korygujące).	Dyrektor, Kierownik Działu Żywienia, Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, Pełnomocnik ds. ISO, Dietetyk	zidentyfikowane , planowane działania dostosowawcze	




5	Finanse	Utrata płynności finansowej	brak zapłaty za nad limity	Niemożność regulowania zobowiązań w terminie	Średnie	Wysokie	Średnie/ Wysokie	Systematyczna kontrola i ograniczenie wydatków, priorytetyzacja wydatków inwestycyjnych i bieżących)	Zarząd/ Główny księgowy	Monitorowane	
6	Budżet	Wykroczenie poza ramy finansowe	Niekontrolowane koszty, niewystarczający nadzór nad planem finansowym, wzrost cen usług i materiałów w trakcie roku	Brak stabilności finansowej, konieczność korekt planu i ograniczenia zadań	Średnie	Średnie	Średnie	Kontrola wydatków	Główny Księgowy, Kierownicy działań	monitorowane	
7	Zapewnienie ciągłości działania – realizacja kontraktów z NFZ	Ryzyko polega na przerwaniu lub ograniczeniu świadczeń medycznych finansowanych ze środków NFZ, co może wynikać z czynników organizacyjnych, finansowych, kadrowych lub systemowych. możliwość opóźnień w świadczeniu usług, utraty	1. Opóźnienia w finansowaniu u ze strony NFZ 2. Niedobór personelu medyczne 3. Awaria systemów IT 4. Wysokie obciążenie świadczenia 5. Zmiany regulacyjne	1. Przerwy w świadczeniu usług medycznych 2. Straty finansowe 3. Utrata reputacji placówki 4. Wzrost liczby odwołań i skarg pacjentów	Średnie	Wysokie	Średnie/ Wysokie	Regularna kontrola rozliczeń kontraktowych i weryfikacja faktur z NFZ. Tworzenie rezerw finansowych na pokrycie opóźnień w płatnościach. Utrzymanie odpowiedniego stanu zatrudnienia i	Główny Księgowy, Zastępca Głównego Księgowego, Z-ca Dyrektora ds. inwestycyjno - technicznych, Kierownik Sekcji Statystyki Medycznej i Dokumentacji Medycznej	monitorowane	

*Smurzy*

*8*





14	Absencja personelu	Wzrost zwolnień lekarskich	Przeciążenie pracą, sezonowość chorób	Braki w obsadzie, wzrost nadgodzin	Średnie	Wysokie	Średnie/ Wysokie	Monitorowanie absencji, działania profilaktyczne	Przełożona Pielęgniarek	Aktywne	
----	--------------------	----------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	---------	---------	---------------------	--------------------------------------------------	----------------------------	---------	--

**Status ryzyka –** zalecane wartości: zidentyfikowane / monitorowane / ograniczane / zmaturalizowane.

**Właściciel ryzyka:** jedno stanowisko kierownicze lub samodzielnie odpowiedzialne za dany obszar. Pozostałe osoby uczestniczą w realizacji działań ograniczających ryzyko zgodnie z zakresem obowiązków.







#### VI. Zasady aktualizacji Rejestru ryzyk

1. Rejestr ryzyk aktualizowany jest:
  - 1.1 co najmniej raz na kwartał – w ramach monitoringu realizacji celów i zadań,
  - 1.2 każdorazowo w przypadku wystąpienia istotnych zmian organizacyjnych, finansowych lub prawnych,
  - 1.3 po stwierdzeniu niezgodności lub zdarzeń nadzwyczajnych.
2. Aktualizacja Rejestru nie wymaga sporządzenia odrębnych dokumentów – zmiany odnotowywane są bezpośrednio w Rejestrze.
3. Rejestr prowadzony jest w sposób zapewniający ciągłość i porównywalność danych w danym roku.





VII. Opracowanie dokumentu

Rejestr ryzyk został opracowany przez Zespół ds. kontroli zarządczej jako element dokumentacji planistyczno-sprawozdawczej systemu kontroli zarządczej.

L.p.	Imię i nazwisko	Stanowisko	Podpis
1.	Maciej Amftowicz	Z-ca dyr. ds. lecznictwa	
2.	Michał Jachniewicz	Z-ca dyr. ds. inwestycyjno-technicznych	
3.	Urşada Chmielewska	Główny Księgowy	
4.	Urşada Chmielewska	Przełożona Pielęgniarek	
5.	Boksana Pietraszc	Kierownik Sekcji Statystyki i Dokumentacji Medycznej	
6.	Stefan Szumil	Kierownik Działu Technicznego	

VIII. Zatwierdzenie

Dyrektor Szpitala

.....  
  
 D Y R E K T O R  
 Szpitala Psychiatrycznego  
 im. J. Węgorzewie  
 mgr Agnieszka Szafko

(data, podpis)

#### **Objaśnienia do tabeli V Rejestr ryzyk\***

**Ryzyko** – możliwość wystąpienia zdarzenia, które może negatywnie wpłynąć na realizację celów i zadań Szpitala.

**Prawdopodobieństwo** – szacunkowa ocena możliwości wystąpienia ryzyka (np. niskie / średnie / wysokie).

**Skutek** – potencjalny wpływ ryzyka na działalność Szpitala (np. organizacyjny, finansowy, prawny, wizerunkowy).

**Poziom ryzyka** – wynik oceny prawdopodobieństwa i skutku ryzyka.

**Działania zapobiegawcze** – działania zmniejszające prawdopodobieństwo lub skutki ryzyka.

**Status ryzyka** – aktualny stan ryzyka (np. zidentyfikowane, monitorowane, ograniczane, zmaterializowane).

