



Zarządzenie nr 101 /2011
z dnia 27 grudnia 2011 roku
Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

w sprawie: wprowadzenia Polityki zarządzania ryzykiem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Na podstawie art. 68 ust. 2 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2009 nr 157 poz. 1240), „Standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych” wprowadzonych Komunikatem Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. oraz § 47 ust. 4, pkt 10 Statutu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 29 września 2011 r. zarządzam, co następuje:

§ 1

W celu zwiększenia prawdopodobieństwa osiągnięcia celów i realizacji zadań wprowadza się „Politykę zarządzania ryzykiem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi” stanowiącą załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2

W roku 2012 zasady i procedury określone w dokumencie „Polityka zarządzania ryzykiem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi” będą realizowane wyłącznie w odniesieniu do analizy ryzyka na szczeblu strategicznym. Rok 2012 traktowany jest jako okres przejściowy poświęcony na pilotaż i dostosowanie dokumentu oraz szkolenia pracowników w zakresie jego praktycznego stosowania.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązywania od dnia 1 stycznia 2012 r. z wyłączeniami wskazanymi w paragrafie 2 niniejszego zarządzenia.

REKTOR

Prof. dr hab. Paweł Górski

Otrzymują:

- jednostki organizacyjne według rozdzielnika (zarządzenie nr 10/2008, 59/2010)
- witryna UM

Polityka zarządzania ryzykiem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Łódź 2011

Rozdział I

Słownik

§ 1

Poniższy słownik zawiera definicję określeń użytych w „Polityce zarządzania ryzykiem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi”:

1. **Apetyt na ryzyko** – wielkość, poziom ryzyka, jakie jednostka jest gotowa w dowolnym czasie zaakceptować, tolerując jego istnienie oraz skutki.
2. **Czynnik ryzyka** - okoliczności, stan prawny, stan faktyczny, które mogą ale nie muszą wywołać ryzyko wystąpienia nieprawidłowości.
3. **Mapa ryzyka** – dokument odzwierciedlający ocenę skutków i prawdopodobieństwa zaistnienia ryzyka.
4. **Mechanizm kontrolny** – element systemu zarządzania, zasady określone przez przepisy prawa lub zarządzenia kadry zarządzającej, (w formie pisemnej) mające ograniczyć prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka lub zniwelować skutki zaistniałego ryzyka.
5. **Obszar działania** - definiowany na poziomie strategicznym, obejmujący najczęściej kilka procesów tworzących logiczną całość i rządzących się podobnymi regułami.
6. **Obszar ryzyka** - to obszar, w którym występują istotne z punktu widzenia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi czynniki ryzyka.
7. **Ocena ryzyka** - ewaluacja ryzyka w odniesieniu do jego oddziaływania, jeśli ryzyko wystąpi, oraz prawdopodobieństwa wystąpienia tego ryzyka.
8. **Prawdopodobieństwo zaistnienia ryzyka** - oszacowanie w oparciu o przeszłe zdarzenia przy założeniu, że w przyszłości nie zaistnieją w danym obszarze znaczne zmiany.
9. **Proces** - uporządkowany logicznie ciąg czynności, działań, decyzji i uzgodnień, których efektem jest powstanie pewnej wartości dodanej w postaci, dającej się określić zmiany w środowisku zewnętrznym, jako efekt pracy.
10. **Projekt** – jednorazowe przedsięwzięcie, które prowadzone jest w określonym celu, przy wykorzystaniu przypisanych mu zasobów finansowych i ludzkich oraz rzeczowych.
11. **Ryzyko** - prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń (pozytywnych i negatywnych), które mogą mieć wpływ na osiągnięcie zamierzonych celów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi lub powodują odchylenia od oczekiwanych stanów. Jest to kombinacja prawdopodobieństwa i oddziaływania (skutku), przy uwzględnieniu postrzeganego znaczenia. Ryzyko odnosi się zawsze do przyszłych zdarzeń, a oszacowanie jego rozmiarów jest projekcją w przyszłość. W procesie identyfikacji ryzyka uwzględnia się także ryzyko utracenia korzyści związanych z pojawiającymi się szansami, których Uniwersytet Medyczny w Łodzi może nie wykorzystać.
12. **Ryzyko nieodłączne** - narażenie spowodowane określonym ryzykiem przed podjęciem jakiegokolwiek działania zapobiegawczego; ryzyko związane z charakterem działalności, operacji i struktur zarządzania, które mogą być źródłem istotnych błędów lub nieprawidłowości.

13. **Ryzyko rezydualne** - narażenie spowodowane określonym ryzykiem po zastosowaniu działań zapobiegawczych (mechanizmów kontrolnych), przy przyjęciu założenia, że działania te są skuteczne.
14. **System kontroli** – ogół zasad zaprojektowanych i wdrożonych przez kierownictwo, obejmujących całą organizację, stanowiących spójną i logiczną całość funkcjonującą w określonym środowisku na wszystkich poziomach zarządzania, służy zwiększeniu prawdopodobieństwa zrealizowania wytyczonych celów oraz zarządzaniu ryzykiem, w tym zmniejszenia skutków jeśli ryzyko wystąpi.
15. **System zarządzania** – obejmuje planowanie strategiczne, w tym określenie celów, zaplanowanie metod realizacji, analizę potrzeb, wdrożenie systemu zarządzania i kontroli, przegląd zarządzania, czyli monitoring i ocenę, w tym ocenę ryzyka, działania korygujące.
16. **„Strategia Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na lata 2010-2020”**- dokument, który określa kierunek działalności UMED na najbliższe lata. Zostały w nim wskazane wizja, misja i wartości uczelni oraz cele strategicznego służące ich realizacji.
17. **UMED** – Uniwersytet Medyczny w Łodzi.
18. **Właściciel ryzyka** - osoba odpowiedzialna za zarządzanie ryzykiem, mająca kompetencje do podjęcia działań zaradczych w stosunku do obszaru, którym zarządza.
19. **Zarządzanie ryzykiem** – system metod i działań zmierzających do obniżenia ryzyka do poziomu akceptowalnego, przy uwzględnieniu kosztów działania oraz zabezpieczenia się w racjonalny sposób przed jego skutkami, obejmuje identyfikowanie i ocenę ryzyka oraz reagowanie na nie. Proces zarządzania ryzykiem obejmuje ryzyko występujące we wszystkich procesach decyzyjnych i każdy szczebel zarządzania.

Rozdział II

Główne cele i zadania Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

§ 2

1. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, zwany dalej „UMED”, jest uczelnią publiczną. Nadzór nad jej działalnością sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia, a w zakresie spraw wojskowych minister właściwy ds. zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej.
2. Podstawowe zadania UMED zostały nakreślone w:
 - Statucie uczelni, przyjmowanym każdorazowo uchwałą senatu,
 - Ustawie prawo o szkolnictwie wyższym.
3. Misja, wizja i cele strategiczne UMED zostały określone w „Strategii Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na lata 2011-2020”. Wskazana strategia rozwoju realizowana jest w pięciu obszarach strategicznych: Kształcenie, Nauka i działalność B+R, Działalność kliniczna, Rozwój, Zarządzanie i Administracja.
4. Z celów strategicznych i operacyjnych zdefiniowanych w strategii wynikają dodatkowe zadania uczelni i mierniki odpowiadające ich realizacji.

Rozdział III

Cele i założenia polityki zarządzania ryzykiem w UMED

§ 3

1. Opracowana polityka zarządzania ryzykiem ma na celu zidentyfikowanie potencjalnych zdarzeń, które mogą wywrzeć wpływ na działalność Uczelni (zdarzenia negatywne-ryzyko, zdarzenia pozytywne-szansa), utrzymywanie zidentyfikowanych ryzyk w ustalonych granicach oraz efektywne zapewnienie realizacji celów Uczelni określonych w strategii rozwoju.
2. Wykorzystywane w UMED procedury zarządzania ryzykiem mają wpłynąć pozytywnie na:
 - Wzrost efektywności zarządzania,
 - Lepsze wykorzystywanie posiadanych zasobów, zarówno ludzkich jak i finansowych,
 - Poprawę jakości kształcenia,
 - Zbudowanie umiejętności wykorzystywania pojawiających się szans,
 - Poprawę jakości i efektywności zarządzania projektami, w tym niwelowanie ryzyka niepowodzenia projektu,
 - Sprostanie nowym wymogom prawnym i standardom,
 - Wyeliminowanie zachowań nieetycznych, marnotrawstwa i oszustw,
 - Identyfikację obszarów nadmiernie kontrolowanych.

§ 4

1. Ryzyko ograniczane jest poprzez zaprojektowanie i wdrożenie właściwych mechanizmów kontrolnych na podstawie wyników monitoringu poziomu ryzyka oraz jego oceny, jak również podejmowanie działań mających na celu zmniejszenie skutków zaistniałych zdarzeń negatywnych, tj. planów awaryjnych.
2. Polityka zarządzania ryzykiem została opracowana przy uwzględnieniu specyficznych cech i uwarunkowań Uczelni oraz środowiska akademickiego.
3. Polityka zarządzania ryzykiem stanowi narzędzie zarządzania dla kadry kierowniczej Uczelni oraz wytyczne dla wszystkich pracowników Uczelni.

Rozdział IV

Zakres podmiotowy i przedmiotowy polityki zarządzania ryzykiem

§ 6

1. Polityka zarządzania ryzykiem obowiązuje wszystkie jednostki organizacyjne Uczelni oraz wszystkich zatrudnionych w niej pracowników.
2. Polityka zarządzania ryzykiem w UMED jest realizowana na trzech poziomach :
 - a) strategicznym,
 - b) operacyjnym,
 - c) projektu.

§ 7

1. Zarządzanie ryzykiem na poziomie strategicznym oraz/lub operacyjnym i/lub projektu obejmuje osiem następujących etapów:
 - a) określenie ryzyk/szans, które mogą wywierać wpływ na osiągnięcie celów i funkcjonowanie jednostki;
 - b) ocenę i weryfikację dostępnych środków wykorzystywanych do utrzymania ryzyka na akceptowalnym poziomie;
 - c) analizę i hierarchizację ryzyka wg oddziaływania i prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka;
 - d) określenie działań niezbędnych do postępowania z ryzykiem nieakceptowanym;
 - e) określenie działań niezbędnych do wykorzystania pojawiających się szans;
 - f) wyznaczenie osób, odpowiedzialnych za podjęcie działań zaradczych oraz ustalenie terminu, w którym działania te powinny zostać podjęte;
 - g) monitorowanie i raportowanie postępów w omawianym zakresie.
2. Zarządzanie ryzykiem na poziomie strategicznym sprowadza się do corocznej identyfikacji i analizy ryzyka, które może zagrozić realizacji celów strategicznych określonych w strategii rozwoju i planie działania UMED.

Zarządzanie ryzykiem na poziomie operacyjnym oparte jest na bieżącej identyfikacji ryzyk, istotnych z punktu widzenia realizacji celów operacyjnych zdefiniowanych w poszczególnych obszarach działania, ich ocenie oraz podejmowaniu działań naprawczych.

Zarządzanie ryzykiem na poziomie prowadzonych projektów obejmuje wstępną analizę czynników ryzyka na etapie akceptacji wniosku o realizację projektu oraz analizę ryzyk każdorazowo w przypadku punktów zwrotnych w projekcie jak również podejmowanie działań naprawczych.

Rozdział V

Zakres odpowiedzialności za realizację polityki zarządzania ryzykiem w UMED

§ 8

1. Za realizację polityki zarządzania ryzykiem na poziomie strategicznym odpowiada JM Rektor UMED. Do Jego kompetencji w szczególności należą:
 - a. Kształtowanie polityki zarządzania ryzykiem, jej wdrażanie oraz coroczny przegląd.
 - b. Wyznaczanie apetytu na ryzyko.
 - c. Publikowanie procedur zarządzania ryzykiem oraz ich implementacja w strukturach uczelni.
 - d. Identyfikacja i ocena ryzyka na poziomie strategicznym.
 - e. Wskazywanie właścicieli ryzyk na poziomie strategicznym.
 - f. Monitorowanie i nadzór nad okresowymi i rocznymi raportami dotyczącymi zarządzania ryzykiem.
2. W procesie identyfikacji i oceny ryzyka wraz z JM Rektorem uczestniczą Prorektorzy, Kanclerz oraz Jego Zastępcy.

3. JM Rektor może przypisać odpowiedzialność za zarządzanie ryzykiem kluczowym ze strategicznego punktu widzenia właściwemu merytorycznie Prorektorowi, Kanclerzowi czy Jego Zastępcy.

§ 9

1. Na poziomie operacyjnym odpowiedzialność za realizację polityki zarządzania ryzykiem ponoszą Dziekani, Kierownicy Jednostek Organizacyjnych, Kierownicy Jednostek Ogólnouczelnianych.

Ich zadania w tym zakresie obejmują w szczególności :

- a. Identyfikację, ocenę i redukcję ryzyk kluczowych z punktu widzenia realizacji celów operacyjnych w danym obszarze. Ocena ryzyka powinna uwzględniać prawdopodobieństwo wystąpienia danego ryzyka oraz skutki, jakie zidentyfikowane ryzyko może potencjalnie wywołać.
- b. Zaprojektowanie i wdrażanie działań minimalizujących ryzyka bądź też ich ograniczanie do ustalonego poziomu ryzyka akceptowalnego.
- c. Okresowy monitoring poziomu ryzyka operacyjnego oraz składanie raportów w tym zakresie.
- d. Zapewnienie zgodności działania z obowiązującą polityką zarządzania ryzykiem.
- e. Archiwizacja dokumentów dotyczących realizacji polityki zarządzania ryzykiem.
- f. Zapewnienie by pracownicy UMED byli świadomi istotności i wagi procesu zarządzania ryzykiem oraz z pełną starannością wykonywali zadania z zakresu zarządzania ryzykiem.

§ 10

Kierownik projektu odpowiedzialny jest za zarządzanie ryzykiem na poziomie projektu. W szczególności powinien:

- a. Identyfikować czynniki ryzyka, które są właściwe dla charakteru projektu.
- b. Dokonywać oceny (prawdopodobieństwo plus skutki wywołane danym ryzykiem) i hierarchizacji zidentyfikowanych ryzyk.
- c. Projektować i wdrażać działania naprawcze redukujące ryzyko do poziomu akceptowalnego.
- d. Archiwizować dokumentację z zakresu zarządzania ryzykiem w projekcie.
- e. W przypadku wystąpienia ryzyka, które może wywołać zagrożenie realizacji projektu Kierownik projektu powinien o tym fakcie powiadomić właściwego przełożonego.

§ 11

Wszyscy pracownicy UMED są świadomi występowania ryzyka i potrzeby rozpatrzenia ryzyka w formalnych procesach. Ponoszą odpowiedzialność za identyfikację ryzyk związanych z bieżącymi zadaniami, które realizują.

Rozdział VI

Identyfikacja i analiza czynników ryzyka

§ 12

1. Identyfikacja czynników ryzyka dokonywana jest na poziomie strategicznym, operacyjnym i projektu.
2. Identyfikacja czynników ryzyka powinna odbywać się w ramach strategicznych obszarów działania zdefiniowanych w strategii rozwoju UMED. W każdym obszarze działania czynnik ryzyka powinien zostać przypisany do konkretnych kategorii ryzyk wraz ze wskazaniem celu, którego osiągnięcie jest zagrożone. Wykaz obszarów działania i kategorii ryzyk zawiera Załącznik nr 1.
3. Wykaz obszarów działania i kategorii ryzyk może ulegać zmianom bez konieczności dokonywania zmian w polityce zarządzania ryzykiem.
4. Identyfikacja czynników ryzyka może zostać dokonana przy wykorzystaniu następujących metod:
 - Burzy mózgów,
 - Posiadanego doświadczenia i prognoz na przyszłość,
 - Innych metody wybrany przez pracowników.
5. W procesie identyfikacji ma prawo uczestniczyć każdy pracownik poprzez zgłoszenie zaobserwowanych czynników ryzyka swojemu bezpośredniemu przełożonemu za pośrednictwem formularza wskazanego w Załączniku nr 2.
6. W uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość zgłoszenia zaobserwowanych czynników ryzyka z pominięciem drogi formalnej (np.: w sytuacji, gdy ryzyko spowodowane jest działalnością bezpośredniego przełożonego).
7. Zidentyfikowane czynniki ryzyka podlegają analizie pod kątem ich istotności dla realizacji celów danej jednostki bądź Uczelni, jako całości.

§ 13

1. Identyfikacja czynników ryzyka na poziomie projektu dokonywana jest na etapie wniosku o realizację projektu oraz w każdym punkcie zwrotnym podczas realizacji projektu.

§ 14

1. Każdy z zidentyfikowanych czynników ryzyka podlega następnie analizie pod kątem jego istotności dla osiągania celów Uczelni.
2. W procesie analizy należy:
 - wziąć pod uwagę ryzyka jakie dany czynnik może generować
 - ocenić prawdopodobieństwo z jakim dane ryzyko może wystąpić oraz skutki jakie może wywołać.
3. Oceniając prawdopodobieństwo wystąpienia danego zdarzenia należy wziąć pod uwagę istniejące mechanizmy kontrolne, ich skuteczność oraz poziom zaawansowania. Przy ocenie prawdopodobieństwa obowiązują wytyczne i terminologia użyte w poniższej tabeli:

Tabela punktowa prawdopodobieństwa

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

4. Dokonując oceny skutków jakie dane ryzyko może wywołać należy wziąć pod uwagę zarówno skutki finansowe, jaki i niefinansowe takie jak np.: utrata reputacji, obniżenie jakości świadczonych usług itp. Ponadto należy kierować się wytycznymi zawartymi w poniższej tabeli:

Tabela punktowa skutków oddziaływania

Punktacja	Opis	Kryteria			
		Finansowe	Organizacyjne	Ochrona zdrowia i bezpieczeństwo osób	Reputacja
1	Nieznaczące	Mała strata finansowa < 100 PLN	Krótkotrwale zakłócenia w działalności	Niewielkie obrażenia	Znikome informacje w mediach lokalnych lub regionalnych
2	Małe	Strata finansowa 100 PLN < 1000 PLN	Niewielkie zakłócenia w działalności	Niewielkie obrażenia	Ograniczone informacji w mediach lokalnych lub regionalnych
3	Średnie	Strata finansowa 10 000 PLN < 100 000 PLN	Zakłócenia w działalności	Pewne obrażenia	Pewne informacje w mediach lokalnych lub regionalnych
4	Poważne	Strata finansowa 100 000 PLN < 500 000 PLN	Brak realizacji kluczowego celu	Pewne obrażenia	Pewne informacje w mediach ogólnokrajowych
5	Katastrofalne	Strata finansowa > 500 000 PLN	Brak realizacji kluczowych celów	Utrata życia	Doniesienia prasowe w całym kraju

5. Następnie należy dokonać punktowej oceny istotności ryzyka, poprzez wyliczenie iloczynu punktacji prawdopodobieństwa i skutków dla danego ryzyka oraz uszeregować ryzyka według ich istotności.
6. Wyniki dokonanej analizy zaleca się również nanieść na mapę ryzyka według wzoru określonego w Załączniku nr 3.
7. Obowiązkowo uzyskane wyniki powinny zostać wpisane do Rejestru Ryzyka Jednostki wraz z propozycją działań zaradczych według wzoru określonego w załączniku nr 4.
8. Osoba zatrudniona na stanowisku ds. zarządzania ryzykiem sporządza zbiorczy rejestr ryzyk, wraz z przypisaniem właścicieli ryzyka, dla całej Uczelni i przedstawia go do akceptacji Rektorowi.

§ 15

1. Proces analizy i oceny ryzyka na szczeblu strategicznym dokonywany jest po wykonaniu analizy ryzyka na szczeblu operacyjnym i zatwierdzeniu Zbiorczego Rejestru Ryzyka przez JM Rektora.
2. JM Rektor, Prorektorzy, Kanclerze i Jego Zastępcy dokonują oceny czynników ryzyka zidentyfikowanych na szczeblu operacyjnym, nadając każdemu z nich swój priorytet. Ocenie podlegają tylko czynniki ryzyka, które według oceniających mają wpływ na funkcjonowanie Uczelni, jako całości i osiągania celów strategicznych zidentyfikowanych w strategii rozwoju UMED.
3. Przyjęto czterostopniową skalę priorytetu: najwyższy, duży, średni, niski przypisując im odpowiednio wagę 4,3,2,1.
4. Podczas analizy ryzyka na szczeblu strategicznym identyfikowane i analizowane są dodatkowo czynniki ryzyka istotne ze strategicznego punktu widzenia dla funkcjonowania UMED, a nieuwzględnione wcześniej w analizach przeprowadzanych na szczeblu operacyjnym, według zasad określonych w §12, §14 niniejszego dokumentu.
5. Nowo zidentyfikowanym czynnikom ryzyka na szczeblu strategicznym również nadawany jest przez oceniających priorytet ważności (Patrz punkt 3 niniejszego paragrafu).
6. JM Rektor, Prorektorzy, Kanclerz i Jego Zastępcy w celu analizy ryzyka na szczeblu strategicznym spotykają się minimum raz w roku.

§ 16

Identyfikacji i analizie podlegają również pojawiające się ryzyka pozytywne tzw. szanse. Procesy ten jest dokumentowany analogicznie i razem z procesem identyfikacji ryzyk negatywnych, według zasad określonych w rozdziale VIII.

§ 17

Po przeprowadzeniu analizy ryzyka na szczeblu operacyjnym, strategicznym oraz na poziomie projektu osoba zatrudniona na stanowisku ds. zarządzania ryzykiem sporządza Uczelniany Rejestr Ryzyka i przedkłada go do ostatecznej akceptacji JM Rektorowi UMED. Uczelniany Rejestr Ryzyka powinien zostać opracowany i przedłożony do akceptacji JM Rektora w ciągu miesiąca od przeprowadzenia ostatniej z analiz.

Rozdział VII

Dokumentowanie procesu i obieg dokumentu

§ 17

1. Proces identyfikacji i oceny ryzyka na szczeblu operacyjnym dokumentowany jest według wzoru stanowiącego załącznik numer 4 niniejszego dokumentu.
2. Dokument, o którym mowa w ust. 1 sporządzany jest w dwóch egzemplarzach i podlega odpowiednio akceptacji Dziekana, Kierownika Jednostki Organizacyjnej, Kierownika Jednostki Ogólnouczelnianej.
3. Jeden egzemplarz (w formie papierowej i elektronicznej) przekazywany jest osobie na stanowisku ds. zarządzania ryzykiem.
4. Dziekani, Kierownicy Jednostek Organizacyjnych, Kierownicy Jednostek Ogólnouczelnianych odpowiedzialni są za archiwizację dokumentacji w zakresie identyfikacji, analizy i oceny ryzyka.
5. Osoba odpowiedzialna za proces zarządzania ryzykiem sporządza Zbiorczy Rejestr Ryzyk na poziomie operacyjnym wraz z propozycjami postępowania z ryzykami nieakceptowalnymi, ujednolicając i kumulując powtarzające się czynniki i ryzyka, i przedstawia go do akceptacji Rektorowi.

§ 18

1. Proces identyfikacji i analizy ryzyka na szczeblu strategicznym dokumentowany jest według wzoru określonego w załączniku numer 8.
2. Dokument, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu podlega ostatecznej akceptacji przez Rektora UMED.

§ 19

1. Identyfikacja i ocena ryzyka na poziomie projektu ma miejsce przed rozpoczęciem projektu oraz w momencie zmiany ryzyka projektu, zgodnie z procedurą stanowiącą załącznik numer 6 niniejszego dokumentu.
2. Dokumentacja procesów wskazanych w ust. 1 niniejszego paragrafu dokonywana jest na formularzu określonym w załączniku numer 5 niniejszego dokumentu oraz przenoszona na mapę ryzyka według załącznika numer 3.
3. W przypadku projektów przekraczających 2 mln PLN prowadzony jest rejestr ryzyk, który podlega akceptacji Rektora UMED.
4. Za dokumentowanie procesu analizy i oceny ryzyka odpowiada kierownik projektu.

Rozdział VIII

Zarządzanie ryzykiem

§ 20

1. W Uczelni określono trzy poziomy ryzyka: ryzyko niskie, ryzyko średnie, ryzyko wysokie.
2. Na poziomie operacyjnym i poziomie projektu ma zastosowanie poniższa skala ryzyka (iloczyn punktacji prawdopodobieństwa i skutku ryzyka):
 - Ryzyko niskie- punktacja w przedziale 1-4 (kolor zielony na mapie ryzyka załącznik nr 3)
 - Ryzyko średnie- punktacja w przedziale 5-14 (kolor żółty na mapie ryzyka załącznik nr 3)
 - Ryzyko wysokie- punktacja w przedziale 15-25 (kolor czerwony na mapie ryzyka załącznik nr 3)
3. Na poziomie strategicznym ma zastosowanie poniższa skala ryzyka (iloczyn punktacji prawdopodobieństwa i skutku ryzyka *priorytet nadany podczas analizy na szczeblu strategicznym):
 - Ryzyko niskie- punktacja w przedziale 0-16 (kolor zielony na mapie ryzyka załącznik nr 3)
 - Ryzyko średnie- punktacja w przedziale 17-56 (kolor żółty na mapie ryzyka załącznik nr 3)
 - Ryzyko wysokie- punktacja w przedziale 57-100 (kolor czerwony na mapie ryzyka załącznik nr 3)
4. Dopuszcza się sytuacje, w których mimo wskazania oceny punktowej ryzyko zostaje zaklasyfikowane do wyższego poziomu (np.; ocena punktowa wskazuje, że mamy do czynienia z ryzykiem średnim natomiast według subiektywnej oceny i doświadczenia oceniającego jest to ryzyko wysokie).

§ 21

1. W UMED wyróżnia się następujące sposoby postępowania z ryzykiem:
 - Transfer ryzyka- ograniczanie prawdopodobieństwa i efektów ryzyka poprzez przekazanie całego lub części ryzyka innej stronie np.; polisy ubezpieczeniowe, zlecanie czynności na zewnątrz itp.,
 - Redukcje ryzyka- ograniczenie ryzyka do poziomu akceptowalnego,
 - Akceptacja ryzyka- w przypadku występowania określonych trudności w przeciwdziałaniu ryzykom oraz gdy koszty działań podejmowanych w celu niwelowania ryzyka przekraczają oczekiwane korzyści,
 - Unikanie ryzyka- odejście od działań, które wiążą się z ryzykiem.
 - Wykorzystanie w odniesieniu do ryzyka pozytywnego.

§ 22

1. Rektor UMED wyznaczył akceptowalny ze strategicznego punktu widzenia poziom ryzyka przy uwzględnieniu sytuacji Uczelni, wielkości kosztów ograniczania danego ryzyka oraz możliwości wpływu na ryzyko, tzw. apetyt na ryzyko.

2. W Uczelni przyjęto następujące zasady akceptowalności poziomów ryzyka:
Ryzyko niskie- ryzyko akceptowalne, które należy monitorować i okresowo weryfikować mechanizmy kontrolne,
Ryzyko średnie- może wywierać znaczący wpływ na działalność Uczelni; wymaga podjęcia przez kierownictwo działań zaradczych oraz zmodyfikowania mechanizmów kontrolnych tak, by ograniczyć prawdopodobieństwo bądź skutki jego wystąpienia; można je tolerować tylko w sytuacji, gdy koszty zapobiegania temu ryzyku są zbyt wysokie, ale należy je ciągle monitorować; monitorowanie ryzyka i wprowadzanie mechanizmów kontrolnych i zaradczych leży w kompetencji właściciela ryzyka.
Ryzyko wysokie-stanowi poważne zagrożenie dla działalności Uczelni oraz zrealizowania przez nią celów strategicznych określonych w strategii rozwoju; wymaga natychmiastowej reakcji poprzez wprowadzenie silnych mechanizmów kontrolnych; nie może być tolerowane; zaprojektowanie mechanizmów kontrolnych ograniczających to ryzyko leży w gestii właściciela ryzyka, ale wymaga bezwzględnej akceptacji JM Rektora UMED. Tylko JM Rektorem może w wyjątkowych sytuacjach podjąć decyzję o akceptacji ryzyka wysokiego poprzez adnotację „akceptuję” na rejestrze ryzyk.
3. JM Rektor UMED ma prawo podjąć decyzję o akceptacji każdego poziomu ryzyka bez podejmowania działań naprawczych.

§ 23

W stosunku do każdego zidentyfikowanego w jednostce organizacyjnej ryzyka, które przekracza akceptowalny poziom, kierownik jest zobowiązany planować i wdrażać odpowiednie mechanizmy kontrolne i działania zaradcze.

Rozdział IX

Monitorowanie ryzyka i nadzór

§ 24

1. Kierownicy jednostek organizacyjnych są zobowiązani do dokonywania półrocznych przeglądów samych ryzyk w celu odpowiedzi na pytania:
 - Czy ryzyko nadal występuje?
 - Czy pojawiło się nowe ryzyko?
 - Czy prawdopodobieństwo i wpływ ryzyka uległy zmianie?
 - Czy stosowane mechanizmy kontrolne są efektywne?
2. Ponadto kierownicy jednostek organizacyjnych mają obowiązek przeglądu wszystkich działań z zakresu zarządzania ryzykiem występujących w jednostce w celu zgłaszania osobie na stanowisku ds. zarządzania ryzykiem propozycji zwiększających ich skuteczność.
3. Czynności wskazane w ust. 1 i 2 niniejszego paragrafu należy udokumentować w formie rocznego raportu samooceny ryzyka składanego do końca stycznia roku następnego, osobie na stanowisku ds. zarządzania ryzykiem. Na raport składają się: deklaracja dot. zarządzania ryzykiem, wydziałowy rejestr ryzyk oraz udokumentowane mechanizmy kontroli zidentyfikowanych ryzyk (załącznik nr 7).

§ 25

1. Za sprawny monitoring ryzyka na szczeblu strategicznym odpowiada osoba na stanowisku ds. zarządzania ryzykiem.
2. W trakcie realizacji projektów (powyżej 2 mln PLN), kierownik projektu zobligowany jest do monitoringu zidentyfikowanych czynników ryzyka oraz mechanizmów kontrolnych pod kątem ich efektywności, dokonując na bieżąco oceny prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka i jego skutków. W przypadku zwiększenia się prawdopodobieństwa zaistnienia ryzyka w projekcie do poziomu zagrażającego jego realizacji, kierownik projektu powinien zgłosić ten fakt w formie pisemnej do bezpośredniego przełożonego wraz z propozycją działań zaradczych.

§ 26

Wszyscy pracownicy UMED są zobligowani do przestrzegania zasad i procedur określonych w niniejszej polityce.

Rozdział IX

Aktualizacja polityki zarządzania ryzykiem

§ 27

1. Proces zarządzania ryzykiem na szczeblu operacyjnym i strategicznym obrazuje procedura stanowiąca załącznik nr 9 do niniejszej polityki.
2. Polityka zarządzania ryzykiem wraz z procedurami podlegają corocznemu przeglądowi w celu ich aktualizacji.
3. Za przegląd i aktualizację polityki i procedur zarządzania ryzykiem odpowiada osoba zatrudniona na stanowisku ds. zarządzania ryzykiem.
4. Każda aktualizacja polityki zarządzania ryzykiem podlega akceptacji JM Rektora UMED.
5. Za realizację niniejszej polityki odpowiada osoba na stanowisku ds. zarządzania ryzykiem.

Rozdział X

Deklaracja dot. Zarządzania ryzykiem

§ 28

1. Kierownicy jednostek organizacyjnych UMED zobligowani są składania corocznej deklaracji dotyczącej zarządzania ryzykiem, co pozwoli na złożenie stosownego oświadczenia w zakresie kontroli zarządczej.
2. Wzór deklaracji dotyczącej zarządzania ryzykiem zawiera załącznik nr 10.

Załącznik nr 1

do Polityki Zarządzania Ryzykiem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wykaz obszarów działania UMED¹

1.	Kształcenie
2.	Nauka i działalność B+R
3.	Działalność kliniczna
4.	Administracja i zarządzanie
5.	Rozwój

Kategorie klasyfikacji ryzyk

1.	Przepisy prawne i procedury
2.	Zasoby finansowe
3.	Zasoby ludzkie
4.	Infrastruktura

¹ Wskazane obszary działania zostały określone w Strategii Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na lata 2011-2020.

Załącznik nr 2
do Polityki Zarządzania Ryzykiem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Formularz zgłoszenia czynników ryzyka przez pracowników UMED na poziomie operacyjnym

Nazwa jednostki organizacyjnej:				
Imię, nazwisko osoby zgłaszającej:				
Lp.	Nawa obszaru	Cel operacyjny	Kategoria ryzyka*	Czynnik ryzyka
Podpis zgłaszającego i data:				

*Według załącznika nr 1

Mapa ryzyka- analiza na szczeblu operacyjnym i szczeblu projektu

ODDZIAŁYWANIE	Katastrofalne	5	10	15	20	25
	Poważane	4	8	12	16	20
	Średnie	3	6	9	12	15
	Małe	2	4	6	8	10
	Nieznaczące	1	2	3	4	5
		Rzadkie	Mało prawdopodobne	Średnie	Prawdopodobne	Prawie pewne
		PRAWDOPODOBIENSTWO				

Mapa ryzyka- analiza na szczeblu strategicznym

ODDZIAŁYWANIE	Katastrofalne	20	40	60	80	100
	Poważane	16	32	48	64	80
	Średnie	12	24	36	48	60
	Małe	8	16	24	32	40
	Nieznaczące	4	8	12	16	20
		Rzadkie	Mało prawdopodobne	Średnie	Prawdopodobne	Prawie pewne
		PRAWDOPODOBIENSTWO				

Rejestr ryzyk jednostki

Nazwa jednostki organizacyjnej:										
Lp.	Obszar ryzyka	Cel	Kategoria ryzyka	Czynnik ryzyka	Prawdopodobieństwo wystąpienia (skala 1-5)	Skutki wystąpienia (skala 1-5)	Wynik (P*S)	Poziom ryzyka*	Właściciel ryzyka	Mechanizmy ograniczające ryzyko
Data i podpis kierownika jednostki:										

.....

data i podpis kierownika jednostki

* niskie, średnie, wysokie

Rejestr ryzyk dla projektu

Nazwa jednostki organizacyjnej:									
Lp.	Cel*	Kategoria ryzyka	Czynnik ryzyka	Prawdopo- dobieństwo wystąpienia (skala 1-5)	Skutki wystąpienia (skala 1-5)	Wynik (P*S)	Poziom** ryzyka	Właściciel ryzyka	Mechanizmy ograniczające ryzyko
		</							

*Analiza ryzyka powinna być dokonana dla najważniejszych celów projektu.

****Oprócz wartości liczbowej należy zamieścić krótki opis słowny**

.....
data i podpis kierownika projek

Procedura zarządzania ryzykiem projektu

lp.	Czynność wykonywana	Stanowisko /osoba odpowiedzialna za projekt	Dokument wtórny lub forma dokumentowania	Forma weryfikacji	Forma zatwierdzenia	Miejsce docelowe	Termin graniczny
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	identyfikacja czynników ryzyka i ryzyka w odniesieniu głównych celów projektu	Koordynator projektu bądź osoba przez niego wskazana	Wypełniony załącznik nr 5	brak	brak	załączona do dokumentacji projektu	przed rozpoczęciem projektu
2.	analiza ryzyka	Koordynator projektu bądź osoba przez niego wskazana	Wypełniony załącznik nr 5	brak	brak	załączona do dokumentacji projektu	przed rozpoczęciem projektu
3.	naniesienie wyników na mapę ryzyka	Koordynator projektu bądź osoba przez niego wskazana	Mapa ryzyka –załącznik nr 3	brak	brak	załączona do dokumentacji projektu	przed rozpoczęciem projektu
4.	wskazanie lub zaprojektowanie mechanizmów kontroli w odniesieniu do ryzyka o poziomie nie akceptowalnym	Koordynator projektu bądź osoba przez niego wskazana	Wypełniony załącznik nr 7	brak	Przełożony, data i podpis	załączona do dokumentacji projektu	przed rozpoczęciem projektu
5.	monitorowanie poziomu ryzyka	Koordynator projektu bądź osoba przez niego wskazana	Zweryfikowany wykaz ryzyka według wartości malejących (załącznik nr 7) tylko gdy zachodzi potrzeba	brak	Przełożony, data i podpis	załączona do dokumentacji projektu	na bieżąco

Mechanizmy kontroli ryzyka

Ip.	Ryzyko wysokie	Mechanizm kontrolny	Istniejący lub do wdrożenia	Uwagi dotyczące skuteczności

Ip.	Ryzyko średnie	Mechanizm kontrolny	Istniejący lub do wdrożenia	Uwagi dotyczące skuteczności

Ip.	Ryzyko niskie	Mechanizm kontrolny	Istniejący lub do wdrożenia	Uwagi dotyczące skuteczności

.....
data i podpis kierownika jednostki/projektu

Rejestr ryzyk na poziomie strategicznym

Lp.	Obszar strategiczny	Cel strategiczny	Kategoria ryzyka	Czynnik ryzyka	Prawdopodobieństwo wystąpienia (skala 1-5)	Skutki wystąpienia (skala 1-5)	Wynik (P*S)	Priorytet nadawany na szczeblu strategicznym	Poziom ryzyka	Właściciel ryzyka	Mechanizmy ograniczające ryzyko
Data i podpis Rektora Uniwersytetu Medycznego:											

Procedura zarządzania ryzykiem w UMED
(poziom operacyjny +strategiczny)

Etapy	Wykonywana czynność	Osoba odpowiedzialna	Forma udokumentowania	Forma zatwierdzenia	Miejsce docelowe
1.	Identyfikacja czynników ryzyka i ryzyka w zakresie obszarów działania i celów jednostki	Wszyscy pracownicy UMED	Załącznik nr 2 do polityki zarządzania ryzykiem	wg zasad jednostki	Kierownik jednostki
2.	Analiza i ocena istotności czynników ryzyka	Kierownicy jednostek (plus podlegli im pracownicy-według wewnętrznej organizacji)	Załącznik nr 3 (mapa ryzyka) i nr 4 do polityki zarządzania ryzykiem	Podpis kierownika jednostki	Stanowisko ds. zarządzania ryzykiem
3.	Opracowanie zbiorczego zestawienia czynników ryzyka wraz z kumulacją czynników powtarzających się	Stanowisko ds. zarządzania ryzykiem	Forma zaproponowana przez osobę na stanowisku ds. zarządzania ryzykiem	Podpis Rektora UMED	Stanowisko ds. zarządzania ryzykiem
4.	Identyfikacja i ocena czynników ryzyka na szczeblu strategicznym	Rektor, Prorektorzy, Kancelarze, Kwestor	Załącznik nr 8	brak	brak

5.	Nadanie priorytetów ważności na szczególności strategicznym i wskazanie właścicieli ryzyk	Rektor, Prorektorzy, Kancelarze, Kwestor	Załącznik nr 8	Podpis Rektora UMED	Stanowisko ds. zarządzania ryzykiem
6.	Opracowanie uczelnianego rejestrów ryzyk	Stanowisko ds. zarządzania ryzykiem	Forma zaproponowana przez osobę na stanowisku ds. zarządzania ryzykiem	Podpis Rektora UMED	Stanowisko ds. zarządzania ryzykiem
7.	Zawiadomienie właścicieli ryzyk wraz z poleceniem zaprojektowania działań naprawczych lub podjęcia określonych kroków	Stanowisko ds. zarządzania ryzykiem	Pismo do wskazanych na szczelnie strategicznym właścicieli ryzyk	Podpis Rektora UMED	Właściciele ryzyk
8.	Zaprojektowanie działań naprawczych i ich wdrożenie	Właściciele ryzyk	Załącznik nr 4, Załącznik nr 8 do polityki zarządzania ryzykiem	Właściciele ryzyk	Stanowisko ds. zarządzania ryzykiem
9.	Monitoring poziomu ryzyka	Kierownicy jednostek/ Stanowisko ds. zarządzania ryzykiem w zakresie ryzyka strategicznego/ bądź osoby przez nich wskazane	brak	brak	W przypadku znaczących odchylenia od zakładanych wartości- Osoba ds. zarządzania ryzykiem

10.	Roczny raport samooceny zarządzania ryzykiem	Kierownicy jednostek	*Wydziałowy rejestr Ryzyk *Mapa ryzyka (opcjonalnie) *Dokument potwierdzający mechanizmy kontroli zidentyfikowanych ryzyk *Deklaracja dot. zarządzania ryzykiem	Podpis kierownika jednostki	Stanowisko ds. zarządzania ryzykiem
-----	--	----------------------	--	-----------------------------	-------------------------------------

Deklaracja dotycząca zarządzania ryzykiem

Deklaracja złożona przez:.....

Odpowiedzialnego /ą za:.....
(obszar odpowiedzialności)

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

1. Wraz ze swoimi pracownikami przestrzegamy polityki organizacji dotyczącej zarządzania ryzykiem w zakresie, w jakim ma ona wpływ na pełnione przeze mnie obowiązki;
2. Prowadzę i dokonuję przeglądu właściwych rejestrów ryzyka i monitoruję podjęcie odpowiednich działań w celu zarządzania najważniejszymi rodzajami ryzyk, które mi przypisano;
3. Niezwłocznie podejmuję działania w celu wdrożenia uzgodnionych zaleceń Audytu Wewnętrznego i Zewnętrznego oraz raportów stron trzecich;
4. Moi pracownicy są aktywnie zachęceni do informowania personelu kierowniczego wyższego szczebla o nowym ryzyku oraz/lub istotnych kwestiach.

.....
data i podpis