



УНИВЕРСИТЕТСКА МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО
ЛЕЧЕНИЕ И СПЕШНА МЕДИЦИНА „Н.И.ПИРОГОВ” ЕАД

Подписът е заличен съгласно
Закона за защита на личните данни

УТВЪРЖДАВАМ

ДОКТОР ВАЛЕНТИН ДИМИТРОВ
ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР
НА УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ” ЕАД

СТРАТЕГИЯ

ЗА

УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА В УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ” ЕАД

Май, 2023

СЪДЪРЖАНИЕ

I. ВЪВЕДЕНИЕ	3
II. ЦЕЛ И ОБХВАТ НА СТРАТЕГИЯТА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА	3
1. Цел на процеса за управление на риска	3
2. Обхват на процеса за управление на риска	3
III. СЪДЪРЖАНИЕ НА ПРОЦЕСА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА	4
IV. РОЛИ И ОТГОВОРНОСТИ . СЪПКИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА	6
1. Роли и отговорности	6
2. Съпки за управление на риска	7
2.1 Идентифициране и оценка на рисковете	7
2.2 Определяне на риск-апетита	10
2.3 Реакция на рисковете	10
2.4 Документиране	11
2.5 Мониторинг и докладване	11
V. ИЗГРАЖДАНЕ НА СИСТЕМА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ	12
1. Постоянна работна група за управление на риска /ПРГУР/	13
2. Оперативно управление на рисковете	13
3. Управление на риска на ниво лечебно заведение	13
Приложение № 1 Формуляр Единен документ за анализ на идентифицираните рискове	14
Приложение № 2 Риск- регистър на значимите рискове	15

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Настоящата Стратегия за управление на риска в УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов” ЕАД е изготвена на основание чл. 12, ал. 3 от ЗФУКПС и е разработена в съответствие с Указанията за управление на риска, утвърдени от министъра на финансите със заповед № ЗМФ 184 от 06 март 2020 година.

Тя е актуализирана в съответствие със Стратегията за развитие на вътрешния контрол в публичния сектор на Република България, одобрена от министъра на финансите, основава се на Интегрираната рамка за вътрешен контрол разработена от COSO (COSO 2013) и е съобразена с Концепцията на трите линии на защита. Съгласно изискванията на Закона за финансово управление и контрол в публичния сектор /ЗФУКПС/, Стратегията се актуализира на всеки три години или при настъпване на съществени промени в рисковата среда.

Управлението на риска е значима управленска дейност за организационно и систематично оценяване и контролиране на асоциирания в организационните цели и проекти риск, подпомагаща ръководителите при вземане на обосновани и рационални решения.

Управлението на риска е процес насочен към бъдещата управленска дейност, базиран на допускането, че ръководителите на структури откриват и оценяват всички рискови събития достатъчно рано преди те да се проявят и разработват и прилагат рационални стратегии за снижаване на негативните последици за постигане на целите. Ефективността на управлението на риска се определя от нивото на организираност, задълбоченост и изчерпателност на прилагания процес, качеството на изпълняваните процедури и подготовката на ръководния състав. Предизвикателство пред ръководителите на организациите е как да определят рисковете, да оценят вероятността от настъпването им и тяхното влияние, да решат какви мерки трябва да се предприемат и какви контролни дейности да организират за да ограничат рисковете до едно приемливо равнище.

II. ЦЕЛ И ОБХВАТ НА СТРАТЕГИЯТА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА

1. Цел на процеса по управление на риска

Целеполагането и управлението на риска съгласно действащото законодателство са ключови ангажименти на ръководителите от публичния сектор. Целта на настоящата Стратегия за управление на риска е дефиниране на процедурите и практиките, прилагани в УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов” ЕАД при изпълнение на целите и регламентиране на взаимоотношенията между структурите по отношение на управлението на риска.

Основните цели на процеса на управление на риска са:

Своевременното откриване и противодействие на значимите за лечебното заведение рискове;

Намаляване на неопределеността и създаване на готовност за овладяване на рисковете;

Своевременни промени в политиката за управление на риска, въз основа на оценката на ефективността на процеса;

2. Обхват на процеса по управление на риска

Стратегията се прилага от всички клинични структури и административни звена в лечебното заведение, като се отчитат специфичните правила при управлението на риска за всяко структурно звено. Тя цели прилагане на единен подход за управление на риска, включващ идентифициране, оценка, анализ и реакция на рисковете, осигуряващ изпълнението на целите на лечебното заведение.

В настоящата Стратегия се определят:

- етапите на процеса на управление на риска и тяхното съдържание;
- участниците в реализирането на процеса на управление на риска и техните правомощия и отговорности;
- подходите и методите за организиране и изпълнение на дейностите от етапите на процеса на управление на риска;
- съдържанието на основните документи, разработвани във връзка с управлението на риска.

III. СЪДЪРЖАНИЕ НА ПРОЦЕСА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА

Интегрираната рамка COSO 2013 въвежда четири принципа на управление на риска, които са елементи от Вътрешния контрол, а именно:

- Определяне на цели с достатъчна яснота, за да се позволи идентифицирането и оценката на рисковете, свързани с тях.
- Идентифициране на рисковете за постигане на целите и анализ от гледна точка на определяне на подходите и начините за тяхното управление.
- Разглеждане на възможностите за измами при оценката на риска и тяхното влияние при постигане на целите.
- Идентифициране и оценяване на промените, които биха могли да повлияят значително на системата за вътрешен контрол.

Управлението на риска е постоянен процес на идентифициране, оценяване и мониторинг на рисковете, които могат да повлияят върху постигане на целите на болницата и въвеждането на необходимите контролни дейности, с цел ограничаване на рисковете до едно приемливо равнище.

Основните изисквания, които поставя ЗФУКПС към ръководителите на организациите от публичния сектор са те да възприемат управлението на риска като ключова дейност, допринасяща за постигане целите на организациите, да документират решенията/ действията, които са предприели за управление на идентифицираните рискове и да осигурят периодичен преглед на процеса, с оглед неговата актуалност.

Важна предпоставка за ефективното управление на риска е определянето на **ясни, измерими, достижими цели, с конкретен срок за изпълнение**, които да съвпадат с общата визия и мисия на Бизнес програмата на изпълнителния директор. **Целите трябва да бъдат разбрани от всички ръководители на основни структурни звена, за да се осигури тяхното постигане, чрез изпълнението на конкретните дейности и задачи.** Правилното идентифициране на рисковете е невъзможно да бъде извършено, ако не е въведен адекватен процес на целеполагане.

Целите на лечебното заведение играят съществена роля в цялостния процес на управление на риска. Те служат като отправна точка при идентифицирането на рисковете, техния анализ и оценка и при определянето на подходяща реакция. Всяко решение, което се взема в рамките на процеса на управление на риска, следва да бъде обвързано с крайния резултат от провеждането на лечебната дейност, към който се стреми болничното заведение. Следователно, процесът на управление на риска ще е насочен към осигуряване на благоприятни условия за постигане на целите.

Целите на всички структурни звена в болницата са те да създават условия за осъществяване на основната дейност на лечебното заведение за извършване на лечебни дейности по обслужването на пациентите с високо качество на медицинските услуги. В този

процес са налице рискове идентифицирани в цялостната дейност провеждана от лечебното заведение. Всяка една последваща промяна на целите на лечебното заведение ще даде отражение на дейността на управление на риска.

Процесът на управление на риска може да бъде разделен на фази, с оглед описание на действията, които се извършват на всяка една от тях и начина на документиране. Следната схема илюстрира процеса на управление на риска.



Процесът на управление на риска се осъществява оперативно от всяко структурно звено от състава на лечебното заведение. Впоследствие се изготвя годишна оценка на значимите рискове, като резултатите от оперативната оценка се обединяват и се определят значимите рискове за лечебното заведение, които следва да се приоритизират и управляват.

Съществен момент е тясното взаимодействие с вътрешния одит, чиято роля е да оценява системите за управление на риска и идентифицира съществените рискове, с което подпомага изпълнителния директор без да изнемва отговорността и да участва пряко в процеса по управление. В съответствие с модела на трите линии на защита, за ефективността на процеса по управление на риска е ключово тясното взаимодействие между ръководството на болницата и вътрешния одит.

Анализът на напредъка по постигането на целите се извършва на базата на ясно определени критерии, съгласно които в края на годината се определя дали целите са постигнати успешно.

Всяка дейност съдържа риск, който се нарича **присъщ риск**. Целта на управлението на риска е да се намали вероятността от настъпването на потенциалното събитие и неговото негативно влияние. Намалването на вероятността и влиянието се постига чрез избора на подходяща реакция на риска. След приемането на конкретни действия (реакция на риска) продължава да съществува риск, който се нарича **остатъчен риск** и по същество изразява факта, че рискът не може да бъде премахнат изцяло. Отговорност на ръководителя е да реши дали равнището на остатъчния риск е приемливо за организацията или е необходимо да бъдат предприети допълнителни действия за неговото намаляване, като отчита факторът разходи/ползи.

Предназначението на процеса по управление на риска е да даде разумна увереност, че целите на организацията ще бъдат постигнати. Изричното законово посочване на управлението на риска като отговорност на ръководителите на организации от публичния сектор има за цел да превърне тази част от процеса на управление от дейност, осъществявана по-скоро по интуиция, в официална процедура. Въвеждането на управление на рисковете ще осигури на ръководителите достатъчно предварителна информация за потенциалните събития, застрашаващи целите и за възможните методи за намаляване на негативното им влияние и вероятността от настъпването им.

IV. РОЛИ И ОТГОВОРНОСТИ . СЪПКИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА

1. Роли и отговорности

От анализа на Концепцията на трите линии на защита в публичния сектор и в съответствие с добрите практики е видно, че отговорността по отношение на управлението на риска, е съответно :

В първата линия на защита- на ръководителите на организациите, в качеството им на собственици на риска. Те осигуряват и следят прилагането на вътрешните контроли. Те определят „тона на върха“ и трябва да демонстрира с поведението си разбиране на важността и подкрепа за дейностите по управление на риска.

На оперативните ръководители или средното ниво на ръководство, които също са елемент от първата линия на защита. Те са пряко отговорни за управлението на рисковете, както и за прилагането на коригиращи действия при наличие на недостатъци в процесите и контрола. Всеки ръководител на структурно звено е „собственик на риска“ по отношение на целите, функциите и дейностите, стоящи за изпълнение пред ръководеното от него звено.

Участниците във втората линия на защита подпомагат управлението чрез разработване на конкретни части от рамката за управление на риска, чрез наблюдение и улесняване на прилагането и от оперативното управление, функционирането на ефективни практики за управление на риска и чрез подпомагане на собствениците на риска да докладват адекватна информация, свързана с риска. Това са служителите отговорни за оценка и контрол на съответствието с нормативните изисквания (законосъобразност); специалисти по финансово управление и финансов контрол. Те са отговорни пред ръководство като им предоставят информация относно адекватността и ефективността на вътрешния контрол.

Служителите в организацията като субекти от втората линия на защита прилагат ежедневно контролните дейности, разработени за управление на рисковете. В тази връзка те са в позиция да установят първи евентуални слабости, нередности или проявления на рискове. Те не притежават риска, но се фокусират върху подпомагане на собствениците на риска.

Част от втората линия са специалисти по управление на риска, които не са собственици на рисковете, но подпомагат управлението на риска. Това е структура (звено или комитет), който координира управлението на риска. За да разполага с нужната позиция за изпълнение на

функциите си ръководителят на тази структура следва да бъде ръководител на висше ниво в организацията и да познава добре структурата и дейността ѝ, нейните стратегически и годишни цели, както и да има познания за същността на процеса по управление на риска.

Третата линия на защита е независимият вътрешен одит на организациите от публичния сектор, който изпълнява своите отговорности по отношение на управлението на риска. Съгласно Стандартите за професионалната практика по вътрешен одит, вътрешният одит трябва да оценява ефективността и да допринася за подобряването на процесите на управление на риска. Когато подпомагат ръководството при изграждането или подобряването на процесите по управление на риска, вътрешните одитори не трябва да поемат управленска отговорност за практическото управление на рисковете. В този смисъл отговорността на вътрешния одит е да предоставя обективно мнение по отношение на управлението на риска чрез извършване на одитни ангажменти при спазване на приложимата нормативна рамка и Стандартите.

2. Стъпки за управление на риска

Създаването на условия за управление на риска е предпоставка за ефективно идентифициране и оценка на рисковете, застрашаващи целите на организацията и за предприемане на адекватни реакции на тези рискове. Извършването на дейностите по управление е отговорност на ръководителя на организацията.

Процесът на управление на риска включва следните основни етапи: идентифициране и оценка, определяне на риск-апетита, реакция на рисковете, документиране, мониторинг и докладване.

Всяка структурно звено, следва да идентифицира, оцени, анализира, реагира на рисковете и да изготви свой собствен риск-регистър на значимите рискове.

2.1 Идентифициране и оценка на рисковете

Това е първият етап от процеса на управление на риска, на който се откриват рисковете, които биха могли да повлияят негативно върху изпълнението на целите на лечебното заведение. Целта на идентифицирането на риска е разкриване и дефиниране на рисковете, които могат да окажат влияние върху постигане на целите и приоритетите на болницата. Основно правило е, че неидентифициран риск не може да се управлява.

Най-важната класификация на рисковете ги разделя на вътрешни и външни за болничното заведение.

➤ **Външни рискове** – рискове, свързани с външни обстоятелства, като например: политически събития, законодателни промени, промени в икономиката, природни явления, епидемии и пандемии, външни организации – партньори, контрагенти, медии и др.;

➤ **Вътрешни рискове** – рискове, свързани с организацията и взаимовръзките между отделните структурни звена за лечебна дейност; нови процеси, методи и дейности за лечение, операции или функции; вътрешно реструктуриране на дейности; организация на оперативните дейности в администрацията; наличните ресурси; действащите финансово счетоводна и Информационна система и други свързани със системата за обмен на данни, проблеми, свързани с човешкия ресурс, неефикасно управление и др.

Началния етап на идентифицирането на значимите рискове в болницата се извършва чрез техниката на Номинална група. Това е техника, при която всеки от риск собствениците /ръководителите на клинични и административни звена/ попълват предварително подготвени форми за идентифициране на риска, като излага своите предложения по отношение на рисковете. Във формулярите предварително са включени стратегическите и оперативните цели от Бизнес програмата на изпълнителния директор, както и рисковите области, възприети

съгласно детайлната класификация на рисковете, като при необходимост риск собственикът може да предложи и нова рискова област. Риск собствениците попълват формулярите без възможност да обсъждат помежду си. По този начин всеки от тях има възможност да допринесе за максимално пълното идентифициране на рисковете. Всеки риск собственик попълва минимум два риска от всеки вид рискове (външни и вътрешни) и се стремят да обхванат всички категории, в които може да се идентифицират рискове. Формулярът позволява включването на по-голям брой рискове, над задължителния минимум от два риска на рискова област.

След приключването на този етап идентификацията продължава на втори етап чрез брейнсторминг/мозъчна атака/. При него се обсъждат идентифицираните чрез техниката на Номиналната група рискове, формулират се коректно, обединяват се повтарящите се рискове и ако в хода на дискусиите бъдат идентифицирани нови рискове, се добавят.

От съществено значение при идентификацията на рисковете е:

- тяхното възможно най-пълно откриване, тъй като съществува голяма вероятност рисковете, които не са идентифицирани в тази фаза, да не бъдат открити никога;
- моментът на идентифициране на рисковете, тъй като колкото по-рано е открит един риск, толкова по-успешно ще бъде неговото противодействие. Идентифицирането на рисковете, които са свързани с постигането на определена стратегическа или оперативна цел, следва да бъде описано най-общо по следния начин:
 - описание на основните дейности/ процеси, свързани с постигане на всяка една стратегическа или оперативна цел;
 - определяне на неблагоприятните събития /рискове/, които могат да настъпят и да повлияят на определена дейност/ процес.

Всеки собственик на риска изготвя риск-регистър за своите рискове и на тази база се изготвя риск-регистър на цялата болница с т.н. хоризонтални рискове – валидни за цялата болница. Идентифицираните рискове се документират в Риск-регистъра, съдържащ Стратегическите и оперативните цели от Бизнес програмата на изпълнителния директор за периода 2023-2025 и идентифицираните до момента рискове, които могат да застрашат постигането на тези цели.

Оценката на предварително идентифицираните присъщи рискове се извършва с помощта на Делфи метод в две стъпки – първоначална оценка и преоценка на въпросните рискове. На първата стъпка, въз основа на списъка на идентифицираните рискове, всеки риск собственик извършва независима оценка чрез попълване на предварително дефинирани формуляри, без да обсъждат помежду си. Оценката на риска се извършва чрез оценяване на потенциалното въздействие (ефекта) на всеки риск и вероятността от неговото възникване.

След като всеки риск- собственик оцени рисковете, в рамките на Постоянната работна група за управление на риска /ПРГУР/ се отделят „рискове под въпрос“. Това са всички рискове, за които има разлика от повече от една единица в оценките, присъдени от различните членове на работната група за вероятност и/или за влияние. Рисковете под въпрос се преоценяват в работната група чрез брейнсторминг. След приключване на дискусиата се изчислява средноаритметичната оценка за вероятност и влияние на всички оценени рискове.

При оценката на рисковете използваме двуизмерна скала, на която се отразяват вероятността от настъпването им и тяхното влияние.

ВЕРОЯТНОСТ	висока	жълто	червено	червено	Ч	ВИСОК РИСК
	средна	зелено	жълто	червено	Ж	СРЕДЕН РИСК
	ниска	зелено	зелено	жълто	З	НИСЪК РИСК
		ниско	средно	високо		

ВЛИЯНИЕ

По отношение на вероятността, рисковете могат да се определят като високи, средни и ниски. Подобно на това, когато разглеждаме влиянието, рисковете отново могат да се определят като високи, средни и ниски. При транспонирането им върху скалата рисковете, оценени като високи/високи и високи/средни при оценяването на вероятността и влиянието, ще попаднат в червената област. Тези рискове се смятат за съществени и се управляват активно чрез предприемане на действия за намалението им, като приоритетно са обръща внимание на рисковете оценени като високи/ високи.

Рисковете оценени като средни/средни или ниски/високи или високи/ниски попадат в жълтата област на скалата и са все още значителни рискове. Тези рискове трябва да се наблюдават отблизо, като се прилагат действия за контролирането им или за предотвратяване преминаването им в по-висока рискова категория. По преценка ръководителите могат да категоризират като съществени и рисковете, които са високи/ниски и ниски/високи (попадащи в жълтата област). Този подход ще е правилен тъй като, ако не се предприемат мерки и настъпят рискове с високо влияние, но с ниска вероятност това може да има значителни последици. В случай на ниско влияние и висока вероятност може сериозно да бъде нарушена ежедневната дейност.

Анализът на риска е вторият етап от процеса на управление на риска. На този етап се изследват причините, вероятността от настъпване, честотата и последиците за възникване на конкретните рискове. Резултатите от този етап ще се използват в следващия етап на процеса. Ще се оцени вероятността /характеризира се с предполагаемата честота за настъпване на неблагоприятното събитие/ и влиянието /характеризира се с последиците от настъпването на тези неблагоприятни събития/ на рисковете по скалата от 1 до 5, както следва:

Вероятност:

- 1- много ниска вероятност от настъпване;
- 2- ниска вероятност от настъпване;
- 3-средна вероятност от настъпване;
- 4- висока вероятност от настъпване;
- 5- много висока вероятност от настъпване.

Влияние:

- 1- много слабо влияние;
- 2- слабо влияние
- 3- средна степен на влияние;
- 4- висока степен на влияние;
- 5- много висока степен на влияние

Класификацията на рисковете, изчислена на базата на показателите: оценка на вероятността за сбъждане на рисковите събития и оценката на влиянието е следната:

Стойност от 1 до 2 е много нисък риск; от 3-4 е нисък риск; от 5-11 е среден риск; от 12-19 е висок риск; от 20-25 е много висок риск;

2.2 Определяне на риск-апетита

След като рисковете бъдат идентифицирани и оценени е необходимо да се реши кои рискове изискват незабавни действия и какъв тип коригиращи действия трябва да се приложат – да се определи реакцията на риска. Реакцията на риска е в пряка зависимост от риск апетита на ръководството. Дефинирането на риск-апетита включва както определяне на стойностите на вероятност и влияние, под които рисковете попадат в прага на търпимост, така и реакциите по отношение на рисковете.

По отношение на рискове, при които вероятността и ефекта могат да бъдат измерени количествено, нивата на риск-апетита се определят като конкретни стойности. Дефинирането на риск апетита по отношение на реакциите към риска означава поставянето на разграничителна линия между рисковете, които изискват незабавно действие, рискове, към които трябва да се предприемат мерки без нужда от незабавно действие, рискове, които трябва да бъдат поставени под наблюдение. Един от възможните модели на определяне на риск-апетита, по отношение на реакциите към риска, включва следните категории:

- Критични рискове: рисковете, при които и вероятността и ефекта са високи. Те изискват незабавното внимание и подробно разглеждане на дейностите, свързани с управление на риска;
- Рискове с високо влияние (ефект) и ниска до средна вероятност. Тези рискове трябва да бъдат контролирани веднага след като се вземат мерки по отношение на критичните рискове, тъй като въздействието им може да бъде значително, въпреки че вероятността да се случат е по-малка отколкото при критичните рискове;
- Рискове с висока вероятност и сравнително ниско влияние (ефект). За такива рискове обикновено не се взимат предпазни мерки. По-скоро трябва да се има предвид и да се следи ефектът на натрупването, който може да повиши ефекта (например поредица от малки проблеми, които придобиват голямо влияние при натрупване или системно нарушение);
- Неотносими рискове: Тук се отнасят рисковете, при които и двата фактора – вероятност и влияние, са ниски. Те трябва да бъдат наблюдавани, но не изискват мерки. Третирането им зависи от наличните ресурси и от изискванията на заинтересованите страни.

2.3 Реакция на рисковете

След като рисковете са идентифицирани и са оценени вероятността и влиянието им, трябва да се обмисли подходяща реакция. Предприемането на мерки и действия за реакция или отговор на идентифицираните и оценени рискове представлява много съществен етап от управлението на риска като цяло.

2.3.1 Видове реакция на риска

При избора на подходящи действия /реакция/, се взема предвид изискването разходите за тях да не надхвърлят очакваните ползи. Този избор зависи и от преценката за нивото на остатъчните рискове, които организацията може да приеме, без да се предприемат допълнителни действия.

Възможни са следните варианти за реакция:

- ограничаване на риска, представлява намаляване на риска чрез прилагане на контроли. Рисковете, обект на тази реакция, трябва да се наблюдават периодично.
- прехвърляне на риска, означава да се влезе в партньорство с трета страна, така че той да бъде управляван съвместно. Класическият начин за прехвърляне на риска е застраховането.
- толериране - болницата приема риска без да предприеме конкретни мерки за управлението му. Рискът следва периодично да се наблюдава и преценява.
- прекратяване на риска, да се прекратят дейностите, свързани с потенциалното му проявление

Мерките за реакция на риска трябва да се избират спрямо вероятността от настъпване на риска, спрямо ефекта при сбъдване на риска или спрямо двете едновременно.

2.4. Документиране

Всяка основна дейност, свързана с управлението на рисковете е необходимо да бъде документирана, за да се осигури проследимост на целия процес. Документирането включва описване по подходящ начин на идентифицираните рискове, избраната подходяща реакция/действие на служителите, които отговарят за изпълнението на тези действия в определени срокове.

За документиране на резултатите се изготвя **Риск-регистър**. Основната информация, която се отразява в регистъра е:

- идентифицираните съществени рискове за дейността на организацията;
- оценката на тяхното влияние и вероятност;
- предприетите действия /реакции на риска/;
- рисковете, които остават да съществуват след предприемане на описаните действия /остатъчни рискове/ и тяхната оценка;
- допълнителните действия за понижаване на остатъчните рискове;
- срок за изпълнение на допълнителните действия и служителите, отговорни за тяхното изпълнение.

За представяне на дейността по документиране на процеса по управление на рисковете се използва Риск-регистър /Приложение № 2/.

Ако в резултат на настъпили съществени промени в рисковата среда бъдат идентифицирани неописани на предходен етап рискове, действията, които трябва да бъдат предприети за тяхното снижаване, се описват в колона 9 от Риск-регистъра /тъй като на предходния преглед на Риск-регистъра не са били предприемани никакви действия/.

2.5. Мониторинг и докладване

Осигуряването на ефективност на процеса на управление на рисковете изисква редовно и непрекъснато систематично наблюдение /мониторинг/ на всеки негов етап и периодично докладване на идентифицираните рискове и предприетите действия за тяхното снижаване /реакции/. Един от важните инструменти за мониторинг върху изменението на рисковия профил са ключовите риск-индикатори (КРИ). Дефинирането на КРИ започва с анализ и идентифициране на причините, които водят до нарастване на вероятността или влиянието на рисковете. Колкото по-ранна причина за даден риск се идентифицира, толкова по-ранно се проявява конкретният КРИ. Същевременно, ако за КРИ се избере прекалено далечно от конкретния риск събитие, е възможно връзката между събитието и риска да е зависима от толкова много други събития, че КРИ да не успява да се прояви. Следва да се има предвид, че мониторингът на процеса по управление на риска е част от системата за мониторинг, като един от петте елемента на вътрешния контрол.

За осъществяване на систематично наблюдение, риск-регистърът се преглежда поне веднъж годишно от съответното структурното звено. Определени рискове могат да бъдат преглеждани по-често, в зависимост от тяхната специфика или особена значимост. При възникване на събития, риск-регистърът може да се разглежда извънредно, без да се чака редовния преглед, като за целта се уведомява ръководството на лечебното заведение. Целта на процеса по мониторинг и докладване е да наблюдава дали рисковия профил /вероятността и влиянието на идентифицираните рискове/ се променя и да дава увереност на изпълнителния директор, че процесът на управление на риска остава ефективен във времето и са предприети необходимите действия за намаляване на риска до приемливо за лечебното заведение ниво.

За изпълнение на горепосочената цел ежегодно следва да се изготвят отчети от ръководителите на съответните структурни звена на болницата, които да дават ясна и конкретна оценка за процеса на управление на рисковете за съответното звено. Отчетите относно управлението на рисковете в отделните структури и звена следва да са адресирани до Постоянна работна група за управление на риска /ПРГУР/, отговорна за изготвяне на Риск-регистъра на УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“ ЕАД и да съдържат данни за:

- предприетите действия във връзка с процеса на управление на рисковете;
- изпълнението на планираните действия, заложи в регистрите на рисковете, информация за ефективността им и в случай, че те не са били ефективни, анализ на причините за това;
- настъпила ли е промяна в описаните в регистрите рискове;
- нововъзникнали обстоятелства, които могат да предизвикат промяна в отразените в регистрите рискове;
- спазени ли са срокове за изготвяне на отчета и ако не причините за това.

Комисията /ПРГУР/, отговорна за изготвяне на риск-регистъра на УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“ ЕАД, след получаване на отчетите за дейността от отговорните ръководители-началници на клиники и административни звена извършва анализ и изготвя годишен доклад. Докладът следва да се представи на изпълнителния директор и на Съвета на директорите на лечебното заведение в качеството им на собственици на риска, с предложение за предприемане на коригиращи действия на база на информацията от мониторинга на риска.

V. ИЗГРАЖДАНЕ НА СИСТЕМА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА В БОЛНИЧНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

Изпълнителният директор на УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов” ЕАД отговаря за създаването и поддържането на процедура по управление на риска, както и да разпредели ясно отговорностите по управление на риска сред ръководителите на клинични и административни звена в болницата.

Изпълнителният директор утвърждава Стратегията за управление на риска на болничното заведение, след приемането ѝ от Съвета на директорите. Той одобрява риск-апетита на болничното заведение, като утвърждава и осигурява прилагането на реакциите на риска, с цел да се намали влиянието и вероятността от настъпването на тези рискове до нивото на остатъчен риск;

Разработването на Стратегията и докладването ѝ на изпълнителния директор за утвърждаване, както и предприемането на действия по нейното актуализиране е отговорност на ръководителя на Постоянна работна група за управление на риска. Съгласно изискванията на ЗФУКПС, Стратегията се актуализира на всеки три години или при настъпване на съществени промени в рисковата среда.

1. Постоянна работна група за управление на риска /ПРГУР/ в лечебното заведение се създава със заповед на изпълнителния директор в състав:

- Председател: Заместник-изпълнителен директор;
- Членове: ръководители на структурни звена - най-малко 7 /седем/ ръководители като задължително единият е зам. директора по икономическата дейност или главния счетоводител;
- Секретар, юрисконсулт
- В качеството на наблюдател- ръководителят на звеното за вътрешен одит
- електронен адрес за кореспонденция

2. Оперативно управление на рисковете

Ръководителите на структурните звена, осъществяват оперативната дейност по управление на риска в управляваните от тях структури.

Управлението на риска от ръководителите на структурните звена, се осъществява по отношение на:

- 2.1. Идентифициране на рисковете в съществуващите и нововъзникващи дейности.
- 2.2. Оценка и анализ на рисковете по отношение на влияние и вероятност от настъпване.
- 2.3. Реакцията на рисковете и набелязване на дейности за реакция на рисковете.
- 2.4. Мониторинг и проследяване на процеса на управление на риска.

Всяка година до 30 април, ръководителите на структурни звена извършват анализ на процеса на управление на риска в управляваните от тях структури и изпращат на председателя на ПРГУР доклад на дейностите по управление на риска с приложен риск-регистър на значимите за структурата рискове. За оперативност, същата информация следва да се изпрати и на секретаря на ПРГУР на служебен електронен адрес, посочен в заповедта.

3. Управление на риска на ниво лечебно заведение

Окончателната годишна оценка на съществените за болничното заведение рискове в УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ” ЕАД се извършва от Постоянната работна група за управление на риска /ПРГУР/.

3.1. ПРГУР провежда ежегодно заседание за управление на риска в срок до 30 май. На заседанието се извършва годишен преглед на дейностите на звената по идентифицираните в дейността им рискове /съществуващи, нововъзникнали и отпаднали/.

3.2. ПРГУР формулира значимите рискове в документ – „Формуляр Единен документ за анализ на идентифицираните рискове” /Приложение № 1/, изготвена в резултат на заседанието и набелязва действия за минимизирането им.

3.3. ПРГУР изготвя/актуализира Риск-регистър на значимите рискове за лечебното заведение /изготвен в резултат на заседанието/, в който се определят контролните дейности и превантивните мерки за всеки от значимите рискове. Попълва се Риск-регистър на значимите рискове за лечебното заведение /Приложение № 2/.

3.4. ПРГУР изготвя ежегоден Доклад за състоянието на процеса по управлението на рисковете в УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ” ЕАД. Докладът се представя на изпълнителния директор в срок до 20 юни и включва Риск-регистъра на значимите рискове за лечебното заведение. При изготвяне на доклада, ПРГУР взема предвид и констатациите на извършения през периода външен и вътрешен одит и/или други контролни органи на Министерство на здравеопазването.

Понятия:

"Риск" е възможността да настъпи събитие, което ще повлияе върху постигане на целите на организацията. Рискът се измерва с неговия ефект и с вероятността от настъпването му.

"Значим риск" е риск, оценен съгласно професионалната преценка на постоянната работна група за управление на риска /ПРГУР/, като висок или много висок, който не може да се управлява ефективно на оперативното ниво.

"Процесът на управление на риска" е последователността от действия насочени към идентифициране, оценяване и контролиране на потенциални събития или ситуации, които могат да повлияят негативно върху постигане целите на организацията и е предназначен да даде разумна увереност, че целите ще бъдат постигнати.

"Система /модел/ за управление на риска" е механизъм за взимане на решения, подпомагащ изпълнителния директор и членовете на Съвета на директорите за постигане на целите и чрез който ресурсите на УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ” ЕАД се разпределят така, че да се получи оптимално управление на риска.

Приложение №1

„Формуляр Единен документ за анализ на идентифицираните рискове”

№	Оперативни и цели	Риск	Вид на риска (Вън./Вътр.)	Вероятност	Влияние	Оценка на риска
---	----------------------	------	------------------------------	------------	---------	--------------------

1.	Цел.....					
2.	Цел.....					

Инструкция за попълване на формуляра:

Формулярът се попълва от ПРГУР. В колони 3 и 4 се записва обобщената / осреднената оценка (получена в зависимост от избрания подход за оценка на риска).

Приложение №2

РИСК-РЕГИСТЪР НА ЗНАЧИМИТЕ РИСКОВЕ

Одобрил: Изпълнителен директор /Ръководител на структурно звено/										
УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ” ЕАД / Име на структурно звено/										
Стратегическа цел	Оперативна цел	Риск	Оценка на присъщия риск	Предприети действия	Оценка остатъчен риск			Планирани действия	Срок	Отговорни лица за управление на риска
					Влияние	Вероятност	Оценка			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Годишните цели, които си е поставило структурното звено	Тук се описват идентифицираните рискове		актуални към момента	Тук се оценява от 1 до 5	Тук се оценява от 1 до 5		Последващи, след преглед на ефективността		

Колона 1 съдържа стратегическата цел на лечебното заведение

Колона 2 съдържа оперативните цели за структурното звено, планирани в изпълнение на стратегическата цел на лечебното заведение

Колона 3 съдържа рисковете, оценени като много високи, високи и средни, които ръководството е оценило, че е необходимо да наблюдават. Колоната съдържа рисковете,

приети като съществени по времето на изготвяне на риск-регистъра и в момента на неговото актуализиране. В процеса на извършване на преглед и актуализация на риск-регистъра през годината могат да се добавят и други рискове, възникнали поради промяна в обстоятелствата. Други могат да отпаднат в резултат на тяхното понижаване до приемливо за организацията ниво и когато ръководителят е приел, че са предприети адекватни действия и че рисковете не представляват заплаха за постигане на целите.

Колона 4 съдържа оценките на присъщия за дейността /до последния преглед на риск - регистъра/ риск.

Колона 5 съдържа основните предприети действия по отношение на идентифицираните рискове при последния преглед на риск - регистъра.

Колона 6, 7 и 8 съдържат оценките на влиянието и вероятността на остатъчния /който трябва да се наблюдава в бъдеще/ риск след прилагане на описаните в колона 6 действия.

Колона 9 съдържа информация за необходимостта от планирани действия за снижаване на остатъчния риск. Тя се попълва при преглед на риск-регистъра и при установяване, че предприетите действия не са били достатъчно ефективни и рискът не е намален до приемливо за болницата ниво. Ако се установи, че предприетите действия са достатъчни и не са необходими допълнителни мерки, това решение следва да се отбележи в същата колона. По този начин се осигурява пълно и правилно документиране на всички решения, свързани с процеса по управление на риска.

Колона 10 съдържа крайния срок, до който допълнителните действия /ако са необходими/, следва да бъдат предприети.

Колона 11 съдържа определения от структурата служител, отговорен за предприемане на допълнителните действия

Стратегията за управление на риска е приета с Протокол № SP-7-10 от 14.06.....2023 г. на Съвета на директорите и влиза в сила в деня на утвърждаването ѝ от изпълнителния директор на УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“ ЕАД.

Изготвил:

Зам.- изпълнителен директор по икономическата дей

Васил Клявков

Подписът е заличен съгласно
Закона за защита на личните данни