

Załącznik nr 3 do Zasad funkcjonowania kontroli zarządczej II poziomu w wojewódzkich samorządowych jednostkach organizacyjnych

OŚWIADCZENIE CZĄSTKOWE DOTYCZĄCE STANU KONTROLI ZARZADCZEJ

Nazwa jednostki	Samodzielny Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. dr. Teodora Dunina RUDKA Al. Teodora Dunina 1
Sporządził: stanowisko, telefon i adres mail	Marianna Zambrzycka – dyrektor 503006140 e-mail: szpital@rudka.com.pl

Nижe wymienione standardy kontroli zarządczej w Jednostce spełniają (TAK / NIE / nie w pełni) podstawowe wymagania odnoszące się do kontroli zarządczej w sektorze finansów publicznych określonych Komunikatem Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. na podstawie art. 69 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 157, poz. 1240).

L.p.	STANDARDY KONTROLI ZARZADCZEJ	TAK	NIE	NIE W PEŁNI	ISTOTNE UWAGI I DODATKOWE INFORMACJE, WYJASNIENIA
1	2	3	4	5	6
1.	<i>Przestrzeganie wartości etycznych</i>			X	W kodeksie etycznym pracowników Zespołu, stanowiącym integralną część Systemu Zarządzania Jakością wg PN-EN ISO 9001:2009 w niedostatecznym stopniu wprowadzono zapisy o zasadach reagowania na nieetyczne postępowanie oraz o karach za jego nie

					przestrzeganie. Dokumentacja SZJ jest dostępna w jej pełnym zakresie w każdej komórce organizacyjnej Zespołu.
2.	<i>Kompetencje zawodowe</i>			X	Nie ma opracowanej książki stanowisk, ale częściowo jest to określone w indywidualnych zakresach czynności, obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień poszczególnych pracowników. Osoby zatrudniane na stanowiskach pracy spełniają wymagania kwalifikacyjne wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa m. in. ustawą o finansach publicznych, ustawą o zoz.
3.	<i>Struktura organizacyjna</i>	X			Powyzsze regulują: - Statut Zespołu przyjęty Uchwałą Nr 194/09 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 16 listopada 2009 roku ze zmianami, -Regulamin organizacyjny Zespołu wprowadzony zarządzeniem wewnętrznym nr 17/2004 Dyrektora Zespołu z dnia 31 grudnia 2004r. ze zmianami, - Regulamin porządkowy Zespołu wprowadzony zarządzeniem wewnętrznym nr 18/2009 Dyrektora Zespołu z dnia 28 sierpnia 2009 r. ze zmianami.
4.	<i>Delegowanie uprawnień</i>			X	Ze względu na zwolnienia lekarskie pracowników nie były dokonywane na bieżąco przeglądy wewnętrznych aktów normatywnych, wskazywane braki i wprowadzane uzupełnienia. System indywidualnych upoważnień funkcjonuje w ramach SZJ.
5.	<i>Misja</i>	X			Została określona w zarządzeniu o kontroli zarządczej w brzmieniu "Uzyskanie przez Zespół do dnia 31 grudnia 2015 roku certyfikatu akredytacyjnego" - założenie zawarte w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 stanowiącym załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia

					15 maja 2007 r.
6.	<i>Określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji</i>			X	<p>Cele i zadania w zakresie zabezpieczenia funkcjonowania Zespołu określa, w perspektywie 5 lat, wydana w czerwcu 2010 r. w ramach SZJ Polityka Jakości.</p> <p>Trudna do realizacji z uwagi na brak dostatecznych środków własnych na zatrudnienie specjalistów z zakresu zarządzania i komunikacji, na wdrażanie programów podnoszenia jakości, doskonalenie umiejętności, powoływanie stosownych komitetów/zespołów jakościowych oraz pochodzących z dotacji zewnętrznych przede wszystkim na modernizację i adaptację pomieszczeń i wyposażenia Zespołu umożliwiające dostosowanie całej infrastruktury do obowiązujących przepisów prawa.</p>
7.	<i>Identyfikacja ryzyka</i>			X	<p>Na podstawie zarządzenia wewnętrznego nr 16/2010 Dyrektora Zespołu z dnia 1.06.2010 r. w sprawie ustalenia zasad i procedur kontroli zarządczej ustalone zostały w formie wykazu wyłącznie zadania wrażliwe, dlatego też za rok 2010 tylko one podlegały ocenie w ramach bieżących obowiązków i oceny rocznej</p>
8.	<i>Analiza ryzyka</i>			X	<p>Uwzględniając wyjaśnienia zawarte w pkt 7- zidentyfikowane zadania wrażliwe zostały przeanalizowane.</p>
9.	<i>Reakcja na ryzyko</i>			X	<p>Uwzględniając wyjaśnienia zawarte w pkt 7- podejmowano na bieżąco działania w celu ich wyeliminowania bądź ograniczenia ew. skutków finansowych.</p> <p>Nie zostały uzupełnione niedobory kadry lekarskiej z powodu braku możliwości pozyskania nowych specjalistów na rynku pracy a także z braku możliwości finansowych Zespołu w zakresie oczekiwanego</p>

					przez ewentualnych kandydatów indywidualnego wynagrodzenia za pracę.
10.	<i>Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej</i>	X			<p>W obowiązujących zarządzeniach dotyczących m.in. polityki rachunkowości oraz w sprawie kontroli zarządczej zobowiązano kierownictwo i kierowników wszystkich szczebli zarządzania do dokumentowania czynności i procesów związanych z funkcjonowaniem Zespołu.</p> <p>Dokumentowanie jest wspierane przez SZJ.</p>
11.	<i>Nadzór</i>	X			<p>W dokumentach wymienionych w pkt. 10 oraz w regulaminie organizacyjnym, porządkowym, a także w zakresach czynności, obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień określony został nadzór kompetencyjny poszczególnych kierowników i pracowników Zespołu ukierunkowany na realizację zadań statutowych w sposób oszczędny, efektywny i skuteczny.</p>
12.	<i>Ciągłość działalności</i>			X	<p>Realizacja działań w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami prawa, wewnętrznymi aktami normatywnymi z uwzględnieniem wniosków wynikających z analizy ryzyka oraz kontroli zewnętrznych w znacznym stopniu zabezpieczają ciągłość działalności Zespołu.</p> <p>Ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych w istniejącej strukturze- bazie (bez możliwości wprowadzania nowych ich rodzajów) jest zabezpieczona do roku 2012 w świetle obowiązujących przepisów prawa.</p> <p>W przypadku nie spełniania wymagań w zakresie wynikającym z rozporządzenia Ministra Zdrowia z roku 2005 w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym</p>

				<p>pomieszczenia i urządzenia zoz opracowany na tej podstawie program jego dostosowania wymagał będzie pozytywnego zaopiniowania przez PWIS w Warszawie.</p> <p>Niemniej, nie został opracowany plan awaryjny na wypadek wystąpienia sytuacji nadzwyczajnych, w regulaminie organizacyjnym zostały określone kompetencje dyrektora, jego zastępców i głównego księgowego wraz z informacją o sposobie postępowania na wypadek powstania awarii, stwierdzenia naruszenia mienia, dostępu do poszczególnych budynków, budowli oraz pomieszczeń, w tym objętych ochroną danych osobowych.</p> <p>Zostały opracowane plany:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ochrony zabytku nieruchomego na wypadek konfliktu zbrojnego i sytuacji kryzysowych, - instrukcja bezpieczeństwa pożarowego.
13.	<i>Ochrona zasobów</i>		X	<p>W ramach m.in. Systemu Zarządzania Jakością wdrożono Politykę bezpieczeństwa, instrukcję zarządzania systemami Informatycznymi służącym do przetwarzania danych osobowych, instrukcję postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych.</p> <p>Dane osobowe w wersji papierowej są chronione przez system szaf metalowych.</p> <p>Dostęp do poszczególnych zasobów mają wyłącznie osoby upoważnione lub uprawnione zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, wewnętrznymi aktami normatywnymi.</p>

					Nieruchomości nie ochrania specjalistyczna firma, a ubezpieczeniem majątkowym objęte są wyłącznie wybrane elementy majątku (wybrany sprzęt i aparatura medyczna, środki pieniężne i ich transport). Powyższe wynika z braku środków finansowych.
14.	<i>Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych</i>	X			Zapewnia to wprowadzona zarządzeniami wewnętrznymi Polityka rachunkowości i instrukcja gospodarki kasowej oraz zasady sprawowania kontroli wewnętrznej nad czynnościami i operacjami gospodarczymi, ze wskazaniem osób odpowiedzialnych za ich przeprowadzenie określone w zasadach i procedurach kontroli zarządczej oraz kontroli finansowej, a także ustalenia dotyczące wysokości opłat za świadczenia zdrowotne udzielane osobom nieuprawnionym, instrukcja prowadzenia depozytów, umarzania wierzytelności, zasad przeprowadzania inwentaryzacji składników majątku wraz z wyjaśnianiem i rozliczaniem różnic w księgach rachunkowych oraz ich likwidacji, zasady prowadzenia gospodarki materiałowej wraz z obiegiem dokumentów obrotu materiałowego, zasady postępowania z drukami ścisłego zarachowania.
15.	<i>Mechanizmy kontrolii dotyczące systemów informatycznych</i>			X	Obecnie zapewniają bezpieczeństwo danych oraz zabezpieczają system informatyczny przed dostępem osób nieuprawnionych: Polityka bezpieczeństwa, instrukcja zarządzania systemami informatycznymi służącym do przetwarzania danych osobowych, instrukcja postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych oraz system

				<p>monitoringu: zajęć na stacjach roboczych oraz serwerach, system wykrywania włamań działający przez analizę ruchu sieciowego, system wykrywania luk w zabezpieczeniach.</p> <p>Zespół nie dysponuje narzędziami monitorującymi integralność systemów i danych.</p>
16.	<i>Bieżąca informacja</i>	X		<p>Przekazywanie wiadomości dotyczących bądź wynikających z działalności podstawowej, szczegółowej czy też o zaawansowaniu prac dotyczących określonych etapów ww. działań odbywa się na bieżąco najczęściej drogą informatyczną (e-mail) lub w formie ustnej bezpośrednio zainteresowanemu pracownikowi. Istotne informacje bieżące dla szerszej grupy odbiorców przekazywane są w trakcie organizowanych spotkań roboczych bądź w trakcie okresowych szkoleń (np. w odniesieniu do średniego i niższego personelu medycznego).</p>
17.	<i>Komunikacja wewnętrzna</i>	X		<p>Wszystkie niezbędne informacje związane z zapewnieniem najlepszych warunków zarówno usług medycznych, jak i warunków pracy, realizację, doskonalenie oraz monitorowanie ustalonych celów działania, w tym celów jakościowych komunikowane są w formie zarządzeń, poleceń Dyrektora Zespołu oraz procedurach i instrukcjach SZJ. Proces komunikacji wewnętrznej odbywa się w kierunku zarówno pionowym, jak i poziomym wynikającym ze struktury organizacyjnej Zespołu. Informacje dotyczące wybranych obszarów np. przepisów prawa, zamieszczane są na ogólnodostępnym dysku sieciowym.</p>

18.	<i>Komunikacja zewnętrzna</i>		X	<p>Korespondencja z zewnętrznymi podmiotami odbywa się w oparciu o Instrukcję Kancelaryjną stanowiącą załącznik do zarządzenia wewnętrznego Nr 30/2010 Dyrektora SSZZOZ im. dr. Teodora Dunina w Rudce z dnia 8.10.2010r.</p> <p>Plan pracy Zespołu na rok 2010 określał realizację zadań w zakresie (obszarze) ochrony zasobów, ale przede wszystkim określał osoby wyznaczone, terminy sporządzania i zakres sprawozdań stosowanych w badaniach statystycznych statystyki publicznej i informacji z działalności Zespołu, do złożenia, których Zespół był zobowiązany w ramach innych systemów bądź przepisów prawa.</p>
19.	<i>Monitorowanie systemu kontroli zarządczej</i>		X	<p>Kontrola finansowa stanowiąca istotny element kontroli zarządczej sprawowana jest na bieżąco przez osoby uprawnione, a w zakresie określonych – zidentyfikowanych przez Zespół kategorii (obszarów) ryzyka wraz z metodami jego przeciwdziałania pomimo wdrożonych mechanizmów, podejmowanych czynności nie przynosi w pełnym zakresie oczekiwanych rezultatów z przyczyn niezależnych bezpośrednio od Zespołu, a wynikających z czynników zewnętrznych m.in. w zakresie braku możliwości zatrudnienia pracowników posiadających odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia przy możliwym do zaproponowania poziomie wynagradzania, brak środków na szkolenia, rosnące wymagania płacowe pracowników, pogarszająca się sytuacja finansowa wynikająca ze zbyt małych przychodów za udzielane świadczenia zdrowotne przy rosnących kosztach ich udzielania.</p>

					nadmierne koszty ubezpieczenia.
20.	<i>Samooceena</i>			X	Brak lub nie pełne umiejętności w zakresie jej właściwego dokonania. Brak środków finansowych na zdobywanie nowej wiedzy i umiejętności a czasu na samokształcenie się kadry zarządzającej i kierowników poszczególnych szczebli zarządzania.
21	<i>Audyt wewnętrzny</i>	X			Jest prowadzony w zakresie wdrożonego SZJ, zaś nie w zakresie wynikającym z art.274 ustawy z dnia 27.08.2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 ze zm.) – Zespół nie podlega. Stanowisko ds. kontroli wewnętrznej nie jest obsadzone.
22.	<i>Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej</i>	X			Na podstawie m.in. wyników kontroli zewnętrznych przeprowadzonych w roku 2010 r. przez Państwową Agencję Atomistyki, ZUS o/Siedlce oraz ocen własnych w ramach SZJ, a przed kontrolą kompleksową za rok 2010 przeprowadzaną przez Departament Kontroli UMWM w Warszawie i kolejnym zaplanowanym na luty br. przeglądem Zarządzania wymagany przez wdrożoną normę ISO-EN.

Oświadczam, iż ogół działań podjętych w kierowanej przeze mnie jednostce **zapewnia** realizację celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.

<p>data i podpis kierownika jednostki <i>Kwalifikacja 13.01.2011 r.</i> DYREKTOR  <i>mgr Artur Kłomocinski-Szpak</i></p>	<p>WYDZIAŁ OCHRONY ŚRODOWISKA ul. 11 Pałeczki 1007A 05-825-15-40-201 tel. 22 731-8001 fax 22 731-8002 e-mail: 026 76740-40</p>
--	---

Niezbędne (istotne) usprawnienia / działania / w celu osiągnięcia stanu kontroli zarządczej zgodnej ze standardami określonych Komunikatem Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. na podstawie art. 69 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240).

I. Element kontroli zarządczej: Środowisko wewnętrzne

Opracowanie i przekazanie do wiadomości i stosowania przez pracowników Zespołu zmieniających zarządzeń wewnętrznych do zarządzeń wcześniej wydanych m.in. kodeksu etycznego, uzupełnienie zakresów czynności, obowiązków i odpowiedzialności pracowników prowadzących sprawy osobowe pracowników, opracowanie księgi stanowisk pracy, nadanych uprawnień- w terminie do dnia 30.04.2011 r.

II. Element: Cele i zarządzanie ryzykiem

W dniu 31 grudnia 2010 r. wydane zostało nowe zarządzenie wewnętrzne Dyrektora Zespołu w sprawie zarządzania ryzykiem; powołany został zespół ds. zarządzania ryzykiem, określone zostały kategorie (obszary) ryzyka, zasady oceny wpływu ryzyka oraz identyfikacja i ocena wraz z metodami przeciwdziałania ryzyku.

Najistotniejsze na obecną chwilę jest przeprowadzenie (nieodpłatnych) zamkniętych szkoleń specjalistycznych dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej we współpracy z Zespołem ds. kontroli zarządczej UMWM w Warszawie.

III. Element: Mechanizmy kontroli

Zatrudnienie osoby na stanowisku ds. kontroli wewnętrznej (wcześniej sprzeciwiał się temu zarząd związków zawodowych pracowników ochrony zdrowia)

Systematyczne prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla pracowników. Wzmocnienie bieżącego nadzoru nad realizowanymi działaniami w celu poprawy ich efektywności ukierunkowanymi na wzrost zadowolenia pacjentów z udzielanych przez Zespół świadczeń zdrowotnych i uzyskanie zadawalającego poziomu satysfakcji pracowników z wykonywanej pracy.

IV. Element: Informacja i komunikacja

Wzmocnienie nadzoru nad pełnym wdrożeniem zasad wynikających z Instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt i organizacji działania archiwum zakładowego

V. Element: Monitorowanie o ocena

Zorganizowanie cyklu spotkań z kadrą zarządzającą i kierownikami wszystkich szczebli zarządzania w sprawie dalszego omówienia wyników samooceny, wyjaśnienia zadań i spraw z niej wynikających pod względem merytorycznym, wymiany wiedzy i informacji w interdyscyplinarnej grupie.

data i podpis kierownika jednostki Kawalec 2013.01.20 Nr: DYREKTOR <i>[Podpis]</i>	SPECJALISTYKA SPECJALISTYCZNA KATEDRA SPECJALISTYKI M. Dr. hab. Sławomir B. G. G. 1 - Technologia Opieki i Rehabilitacji 1 - Katedra Tomografii i Rezonansu 1 - Katedra Radiologii i Diagnostyki 1 - Katedra Radiologii i Diagnostyki
--	---

mgr Marianna Zambrowska

tel. numer 020 767 43 45