

POLITYKA KONTROLI ZARZĄDCZEJ
W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKIM SZPITALU
ZESPOLONYM IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU

I POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejsza Polityka kontroli zarządczej określa organizację i zasady funkcjonowania kontroli zarządczej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Zespólnym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, w szczególności:

- sposób sprawowania kontroli zarządczej,
- system zarządzania ryzykiem,
- metody monitorowania i oceny kontroli zarządczej, w tym gromadzenia i przekazywania niezbędnych informacji i dokumentów.

2. Postanowień niniejszej Polityki nie stosuje się do regulacji wewnętrznych dotyczących spraw obronnych i ochrony informacji niejawnych.

3. Ilekroć w niniejszej Polityce jest mowa o:

- **Szpitalu** - należy przez to rozumieć Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespólny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku,
- **Dyrektorze** - należy przez to rozumieć Dyrektora SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego,
- **komórce organizacyjnej** - należy przez to rozumieć komórki organizacyjne SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego oraz stanowiska samodzielne,
- **pracowniku** - należy przez to rozumieć każdą osobę świadczącą pracę na rzecz SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego bez względu na zajmowane stanowisko lub pełnioną funkcję oraz podstawę prawną tego zatrudnienia,
- **procedurach kontroli zarządczej** - należy przez to rozumieć regulacje wewnętrzne (tj. zarządzenia, regulaminy, instrukcje, procedury, wytyczne, itp.) oraz inne dokumenty niezależne od ich formy (tj. polecenia służbowe, zakresy zadań, uprawnień i odpowiedzialności, imienne upoważnienia i pełnomocnictwa, pisma, formularze, itp.) normujące zagadnienia związane z kontrolą zarządczą,
- **ryzyku** - należy przez to rozumieć dowolne zdarzenie (tj. działanie lub zaniechanie), które może mieć negatywny wpływ na realizację założonych celów i zadań SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego,
- **zarządzanie ryzykiem** - należy przez to rozumieć proces identyfikacji, analizy (oceny), monitorowania i kontroli (tj. przeciwdziałania lub ograniczania) potencjalnych ryzyk, którego celem jest wspomaganie realizacji założonych celów i zadań SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego.

II. DEFINICJA I CELE KONTROLI ZARZĄDCZEJ

1. Kontrola zarządcza to ogół działań podejmowanych we wszystkich rodzajach aktywności Szpitala, które są konieczne dla zapewnienia realizacji jego misji, celów i

zadań w sposób zgodny z obowiązującym prawem, skuteczny, efektywny, oszczędny i terminowy.

2. Główne cele kontroli zarządczej w Szpitalu, to zapewnienie:

- zgodności działalności z przepisami prawa oraz regulacjami wewnętrznymi,
- skuteczności, efektywności i terminowości działania,
- ochrony wszelkich zasobów wykorzystywanych w związku z wykonywanymi zadaniami (niezależnie od tytułu prawnego),
- wiarygodności generowanych sprawozdań, raportów i informacji dotyczących wszelkich aspektów Szpitala, w tym jego sytuacji finansowej,
- skuteczności i efektywności przepływu informacji wewnętrznej, a także pomiędzy Szpitalem, a podmiotami z jego otoczenia (np. Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia, Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku, Urzędem Marszałkowskim) lub organami kontroli państwowej i ochrony prawa, które na podstawie posiadanych uprawnień mogą korzystać z takich informacji,
- zarządzania ryzykiem na wszystkich szczeblach organizacyjnych w sposób skutecznie ograniczający prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń mogących spowodować zagrożenie dla osiągnięcia zamierzonych celów i zadań,
- przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania, w tym wynikających ze stosowanych w Szpitalu przepisów prawa, regulacji wewnętrznych i zawodowych kodeksów etyki.

3. W Szpitalu możliwe jest określenie dodatkowych celów kontroli zarządczej wynikających z charakteru i warunków jego działalności.

III. PODMIOTOWY I PRZEDMIOTOWY ZAKRES KONTROLI ZARZĄDCZEJ

1. Za wdrożenie i funkcjonowanie adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej w Szpitalu, odpowiada Dyrektor.

2. Kontrola zarządcza stanowi instrument wspomagający zarządzanie Szpitala i jest wbudowana w jego strukturę organizacyjną. Zadania związane z kontrolą zarządczą są realizowane na wszystkich szczeblach organizacyjnych w ramach kontroli funkcjonalnej i samokontroli.

3. Zadania i uprawnienia z zakresu koordynacji kontroli zarządczej, w szczególności dotyczące upowszechniania procedur i standardów kontroli zarządczej oraz zarządzania ryzykiem, realizuje Pełnomocnik ds. Jakości.

4. Kontrola zarządcza obejmuje swoim zakresem całokształt funkcjonowania Szpitala, w tym:

- określenie stanu planowanego (wyznaczenie celów i zadań oraz opracowanie odpowiednich planów/strategii ich realizacji),
- ustalenie stanu rzeczywistego (zakres wykonania planu),
- konfrontację stanów badanych: planów i rzeczywistości i wyjaśnianie ewentualnych odchyłeń,
- podejmowanie decyzji w celu doprowadzenia do zgodności stanu rzeczywistego z planowanym.

IV. SYSTEM KONTROLI ZARZĄDCZEJ

1. System kontroli zarządczej jest oparty o zintegrowany zbiór procedur kontroli zarządczej, stanowiących obowiązujące w Szpitalu, standardy postępowania w

szczegółności w zakresie wyznaczania i realizacji celów i zadań, zarządzania ryzykiem oraz posiadanymi zasobami osobowymi, finansowymi, materialnymi i informacyjnymi.

2. Zbiór i rejestr regulacji wewnętrznych Szpitala, (w tym procedur kontroli zarządczej) jest prowadzony w formie papierowej i znajduje się u Pełnomocnika ds. Jakości i Działa Administracji - Sekcja Organizacji.

A. ŚRODOWISKO KONTROLI

1. Środowisko wewnętrzne ma zasadniczy wpływ na jakość kontroli zarządczej, kulturę organizacyjną oraz atmosferę panującą w Szpitalu.

2. Na prawidłowe ukształtowanie środowiska wewnętrznego mają wpływ następujące elementy:

2.1. Przestrzeganie wartości etycznych.

2.1.1 Kierownicy i pracownicy Szpitala, wykonując zadania, kierują się zasadami zawartymi w przepisach prawa, regulacjach wewnętrznych i stosowanych w Szpitalu, kodeksach etyki, a także przejawianą na co dzień postawą służbową i osobistą (tj. rzetelnością, odpowiedzialnością, obiektywizmem, bezinteresownością, uczciwością i kulturą).

2.1.2. Dyrektor wspiera i promuje przestrzeganie wartości etycznych dając dobry przykład codziennym postępowaniem i podejmowanymi decyzjami.

2.1.3. W Szpitalu akceptuje się tylko takie zachowania, które są nienaganne oraz oceniane powszechnie jako etyczne. Ujawnione przypadki nieetycznego zachowania są analizowane przez kierowników i mają wpływ na ocenę adaptacji nowego pracownika.

2.1.4. Wszyscy pracownicy (na etapie przyjmowania lub w trakcie pracy) są zapoznawani z obowiązującymi w Szpitalu wartościami etycznymi i zasadami ich przestrzegania.

2.2 . Kompetencje zawodowe pracowników.

2.2.1. Kompetencje zawodowe wymagane na poszczególnych stanowiskach są określone aktualnie obowiązującymi przepisami prawa.

2.2.2. Proces przyjmowania nowych pracowników jest oparty o jasno sformułowane kryteria, jawny i otwarty dla wszystkich zainteresowanych, a także prowadzony w sposób zapewniający przestrzeganie obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa i regulacji wewnętrznych oraz wybór potencjalnie najlepszego kandydata na dane stanowisko (tj. posiadającego wiedzę, umiejętności, doświadczenie, predyspozycje i postawę etyczną pozwalające skutecznie i efektywnie wypełniać zadania).

2.2.3. Pracownicy na bieżąco rozwijają swoje kompetencje zawodowe. Szpital w miarę posiadanych środków oraz zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i regulacjami wewnętrznymi, zapewnia pracownikom doskonalenie zawodowe poprzez:

- wewnętrzne instruktaże nowych pracowników w podstawowym zakresie odpowiadającym powierzonym obowiązkom, przeprowadzane przez bezpośrednich przełożonych,
- bieżący nadzór i uwagi bezpośrednich przełożonych,
- udostępnianie specjalistycznych publikacji,
- szkolenia pracowników, w ramach własnych lub przez jednostki zewnętrzne,
- umożliwianie pracownikom podnoszenia indywidualnych kwalifikacji zawodowych w ramach studiów i innych form kształcenia.

2.2.4. Zasady wynagradzania, motywowania, rozwoju i indywidualnych kwalifikacji zawodowych, awansowania, itp. będą określone w odpowiednich regulacjach wewnętrznych.

2.3 Struktura organizacyjna.

2.3.1. Struktura organizacyjna Szpitala jest dostosowana do aktualnych celów i zadań oraz warunków otoczenia.

2.3.2. Stopień zdecentralizowania struktury organizacyjnej Szpitala, w szczególności w zakresie wynikającym z przepisów prawa, zapewnia odpowiedni poziom obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności kierowników komórek organizacyjnych za podejmowane decyzje.

2.3.3. Każda z komórek organizacyjnych realizuje określone cele i zadania Szpitala. Szczegółowe zakresy zadań poszczególnych komórek organizacyjnych wynikają wprost z przepisów prawa, Statutu, Regulaminu Organizacyjnego oraz innych regulacji wewnętrznych (w tym procedur kontroli zarządczej).

2.3.4. Kierownicy komórek organizacyjnych odpowiadają za realizację konkretnych celów i zadań wyznaczonych w planie działalności Szpitala oraz prezentację ich wyników (sprawozdawczość), a w związku z tym za określenie podległym pracownikom precyzyjnych i zrozumiałych zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności.

2.3.5. W przypadkach, gdy realizacja jednego zadania wymaga współpracy kilku komórek organizacyjnych, odpowiednie regulacje wewnętrzne zapewniają jasne i precyzyjne zasady współpracy, eliminują nakładanie się poszczególnych obowiązków i uprawnień (tzw. konflikty kompetencyjne).

2.3.6. Za dokonywanie niezbędnych zmian w strukturze organizacyjnej i związanej z tym aktualizacją Statutu i Regulaminu Organizacyjnego oraz innych regulacji wewnętrznych odpowiada Dział Administracji - Sekcja Organizacji w porozumieniu z kierownikami komórek organizacyjnych z zachowaniem trybu określonego odpowiednimi przepisami prawa. Informacje o każdej zmianie struktury organizacyjnej i związanych z tym regulacjach wewnętrznych, są niezwłocznie przekazywane kierownikom komórek organizacyjnych i/lub pracownikom, którym są niezbędne do prawidłowej i terminowej realizacji powierzonych zadań.

2.4. Delegowanie zadań, uprawnień i odpowiedzialności.

2.4.1. Jasne i precyzyjne zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych pracowników są przedstawiane na piśmie, a ich przyjęcie lub zmiana jest każdorazowo potwierdzana własnoręcznym podpisem danego pracownika. Zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdują się w aktach osobowych, prowadzonych przez Dział Zatrudnienia i Płac.

2.4.2. Dodatkowe uprawnienia (tj. nieujęte w poszczególnych zakresach obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności) są powierzane w formie pisemnych, imiennych, precyzyjnie określonych upoważnień lub pełnomocnictw, a ich przyjęcie każdorazowo potwierdzane podpisem danego pracownika. Wydane upoważnienia i pełnomocnictwa podlegają rejestracji w Dziale Administracji - Sekcji Organizacji, a informacje o nich są przekazywane kierownikom i/lub pracownikom komórek organizacyjnych, którym jest to niezbędne do prawidłowej i terminowej realizacji powierzonych im zadań.

2.4.3. Sposób i zakres delegowania obowiązków i uprawnień poszczególnym pracownikom są zgodne z przepisami prawa i regulacjami wewnętrznymi, odpowiednie

do posiadanych przez nich kwalifikacji oraz wagi podejmowanych decyzji, stopnia ich skomplikowania i częstotliwości ich podejmowania (decyzje strategiczne lub/i decyzje o bieżącym charakterze), ryzyka z nimi związanego z zakresu ponoszonej odpowiedzialności. Każdemu powierzeniu obowiązków i uprawnień towarzyszy zobowiązanie do odpowiedzialności w tym zakresie.

2.4.4. Delegowanie obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności wiąże się z zapewnieniem odpowiednich narzędzi wykonawczych.

2.4.5. Podejmowanie czynności bez upoważnienia stanowi poważne naruszenie obowiązków i uprawnień pracowniczych, skutkujące odpowiedzialnością regulaminową, cywilną i/lub karną adekwatnie do ich rodzaju i skali.

B. CELE I ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

1. Zarządzanie ryzykiem to wdrożony i kontynuowany oraz odpowiednio udokumentowany proces, który służy poprawie zarządzania we wszystkich obszarach działalności Szpitala, w celu zwiększenia prawdopodobieństwa osiągnięcia planowanego poziomu realizacji założonych celów i zadań oraz ograniczenia ewentualnych skutków niepożądanych zdarzeń /ryzyk/ do akceptowalnego poziomu.

2. System określania celów i zarządzania ryzykiem obejmuje następujące elementy:

2.1. Misja oraz wyznaczanie i monitorowanie celów i zadań:

2.1.1. Misja Szpitala stanowi punkt wyjścia do planowania działalności oraz systemu kontroli zarządczej (w tym zarządzania ryzykiem).

2.1.2. W celu realizacji misji Szpital opracowuje roczny plan działalności określający, zgodnie z przepisami prawa i wytycznymi obowiązującymi w tym zakresie, cele i zadania Szpitala.

Przykładowy wzór „Planu SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego” przedstawia **Załącznik Nr 1** do niniejszego zarządzenia.

2.1.3. W określeniu celów i zadań Szpitala, mierników stopnia ich osiągnięcia oraz adekwatnych mechanizmów kontroli są zaangażowani odpowiednio przygotowani kierownicy wszystkich komórek organizacyjnych, Pełnomocnik ds. Jakości oraz inni wyznaczeni pracownicy.

2.1.4. Kierownicy komórek organizacyjnych zapoznają podległych pracowników z zadaniami wyznaczonymi ich komórkom w planie działalności.

2.1.5. Realizacja zamierzonych celów i zadań jest monitorowana na bieżąco przez kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych i Dyrektora.

2.1.6. Na koniec roku sporządzane jest sprawozdanie z wykonania planu działalności za dany rok, zgodnie z przepisami prawa i wytycznymi obowiązującymi w tym zakresie.

2.2. Identyfikacja i analiza ryzyka oraz reakcja na ryzyko.

2.2.1. W Szpitalu nie rzadziej niż raz w roku dokonuje się identyfikacji i analizy wewnętrznego i zewnętrznego ryzyka związanego z realizacją kluczowych celów i zadań oraz mechanizmów służących do kontroli.

2.2.2. Wdrożony w Szpitalu system zarządzania ma na celu:

- usprawnienie procesu planowania działalności,
- zwiększenie efektywności i skuteczności stosowanych mechanizmów kontroli,
- zapewnienie kierownictwu wczesnej informacji o zagrożeniach dla realizacji wyznaczonych celów i zadań.

2.2.3. Zarządzanie ryzykiem obejmuje:

- identyfikację i analizę ryzyka dla kluczowych celów i zadań Szpitala,
- reakcję na ryzyko (tj. ustalenie metod przeciwdziałania lub ograniczenia skutków ryzyka),
- monitorowanie procesu zarządzania ryzykiem i wprowadzanie niezbędnych zmian.

2.2.4. Przy identyfikacji ryzyka bierze się pod uwagę:

- wyniki monitorowania realizacji celów i zadań wyznaczonych w planie działalności,
- zagrożenia związane z osiąganiem celów i realizowaniem zadań wraz z ich wewnętrznymi i zewnętrznymi przyczynami oraz możliwymi scenariuszami rozwoju zdarzeń,
- ustalenia z narad kierownictwa,
- wyniki samooceny systemu kontroli zarządczej,
- oceny kontroli wewnętrznych i zewnętrznych,
- inne źródła informacji.

2.2.5. Zidentyfikowane ryzyka poddawane są analizie (oszacowaniu) polegającej na określeniu prawdopodobieństwa i potencjalnego skutku wystąpienia danego ryzyka oraz poziomu jego istotności, w szczególności:

- określenia prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka polega na ustaleniu przewidywanej częstotliwości występowania danego zdarzenia (oszacowanie prawdopodobieństwa dokonuje się w skali punktowej od 1 do 5, gdzie 1 - oznacza niskie prawdopodobieństwo, a 5 - graniczące z pewnością).
- określenie potencjalnego skutku wystąpienia ryzyka polega na ustaleniu przewidywanego wpływu (oddziaływania) jakie wystąpienie danego zdarzenia będzie miało dla realizacji zadań lub osiągania celów (oszacowanie skutku polega na nadaniu oceny punktowej od 1 do 5, gdzie 1 oznacza nieznaczny wpływ, a 5 katastrofalny - bardzo wysoki skutek,
- określenie poziomu istotności ryzyka uzyskujemy w następstwie ustalenia iloczynu punktowej wartości skutku i prawdopodobieństwa. Podczas określania prawdopodobieństwa i skutku wystąpienia ryzyka oraz poziomu jego istotności stosuje się zasady określone w **Załączniku Nr 2** do niniejszego zarządzenia.

2.2.6. Pełnomocnik ds. Jakości w zakresie zarządzania ryzykiem, jest zobowiązany do:

- przeprowadzenia, w porozumieniu z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych, okresowej identyfikacji wszystkich ryzyk (zagrożeń) dla poszczególnych komórek organizacyjnych, okresowej identyfikacji wszystkich ryzyk (zagrożeń) dla kluczowych celów i zadań Szpitala oraz analizy - oszacowania zidentyfikowanego ryzyka,
- wskazania stosowanych i/lub proponowanych metod przeciwdziałania istotnym ryzykom (tj. działań mającym na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa lub skutku wystąpienia istotnego ryzyka do akceptowalnego poziomu),
- określenia podmiotów zarządzających ryzykiem (tzn. zobowiązanych do monitorowania ryzyka oraz wdrożenia i/lub stosowania adekwatnych mechanizmów kontroli),
- opracowania i przedłożenie Dyrektorowi do zatwierdzenia „Rejestru ryzyk i mechanizmów kontroli w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Jędrzeja Śniadeckiego wraz z pisemną analizą potencjalnych przyczyn i skutków ryzyk oraz propozycją reakcji na te ryzyka,
- monitorowania efektywności i skuteczności zarządzania istotnymi ryzykami (w szczególności nowo wdrożonych mechanizmów kontroli), a w razie potrzeby

proponowanie Dyrektorowi wprowadzania niezbędnych zmian w systemie zarządzania ryzykiem. Przykładowy wzór „Rejestru ryzyk i mechanizmów kontroli w SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego” przedstawia **Załącznik Nr 3** do niniejszego zarządzenia.

2.2.7. Kierownicy komórek organizacyjnych, w zakresie zarządzania ryzykiem, są zobowiązani do:

- wdrożenia i stosowania w podległych im komórkach organizacyjnych mechanizmów kontroli określonych w „Rejestrze ... „ oraz monitorowania ich celowości, adekwatności, efektywności i skuteczności,
- bieżącego analizowania warunków, w których funkcjonuje podległa im komórka organizacyjna, a w przypadku zidentyfikowania ryzyka lub stwierdzenia zmiany poziomu istotności dotychczasowych - do niezwłocznego powiadomienia Pełnomocnika ds. Jakości celem wprowadzenia niezbędnych zmian do „Rejestru ...”,
- stałej współpracy z Pełnomocnikiem ds. Jakości w zakresie identyfikacji i analizy ryzyka i mechanizmów kontroli, a w razie potrzeby wnioskowanie o wprowadzenie niezbędnych zmian w zakresie zarządzania ryzykiem.

2.2.8. Wyniki identyfikacji i analizy ryzyka oraz mechanizmów kontroli wraz z monitorowaniem stopnia realizacji kluczowych celów i zadań są wykorzystywane do poprawy efektywności zarządzania ryzykiem, a tym samym racjonalizacji działalności poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala - jako całości.

C. MECHANIZMY KONTROLI

1. Mechanizmy kontroli w Szpitalu stanowią ustalone w procedurach kontroli zarządczej zasady postępowania mające na celu zapewnienie realizacji założonych celów i zadań na każdym poziomie działalności Szpitala oraz ograniczenie istotnych ryzyk do poziomu akceptowalnego.

2. Do podstawowych mechanizmów kontroli w Szpitalu zalicza się w szczególności:

2.1. Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej

2.1.1. Dokumentacja kontroli zarządczej obejmuje procedury kontroli zarządczej, zakresy zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych pracowników, dokumentację zarządzania ryzykiem, dokumentację dotyczącą podejmowanych decyzji oraz operacji finansowych i gospodarczych, a także inne dokumenty (np. rejestry, protokoły, polecenia) i zapisy (np. dekrety, podpisy, daty, pieczętki, parafy).

2.1.2. Dokumentacja systemu kontroli zarządczej pozwala na:

- prześledzenie procesu decyzyjnego,
- odtworzenie przebiegu całego procesu,
- zidentyfikowanie uczestników procesu,
- zidentyfikowanie punktów kontrolnych,
- prześledzenie obiegu dokumentów.

2.1.3. Procedury kontroli zarządczej są znane oraz łatwo dostępne (rejestrowane, gromadzone i udostępniane w formie papierowej przez Pełnomocnika ds. Jakości wszystkim pracownikom, którym są niezbędne do prawidłowej i terminowej realizacji przydzielonych im zadań.

2.1.4. Kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych i/lub wyznaczeni pracownicy mają w zakresie swoich zadań bieżącą analizę dokumentacji kontroli zarządczej pod

kątem legalności, celowości i adekwatności w odniesieniu do struktury organizacyjnej i realizowanych zadań oraz współpracę z Pełnomocnikiem ds. Jakości w zakresie niezbędnych zmian.

2.1.5. Wszystkie przypadki, w których ze względu na nadzwyczajne okoliczności odstąpiono od odpowiednich procedur kontroli zarządczej, są opisywane, uzasadniane i zatwierdzane przez kierowników komórek organizacyjnych Szpitala i Dyrektora, a w przypadkach dotyczących operacji finansowych i gospodarczych także przez Głównego Księgowego.

2.2. Nadzór

2.2.1. Struktura organizacyjna Szpitala zapewnia podległość każdego pracownika odpowiedniemu kierownikowi (bezpośredniemu przełożonemu), a samodzielne stanowiska bezpośrednio Dyrektorowi, któremu przyznano odpowiednie uprawnienia w zakresie prowadzenia nadzoru nad terminową, oszczędną, efektywną i skuteczną realizacją powierzonych zadań.

2.2.2. Kierownicy komórek organizacyjnych, w ramach sprawowania nadzoru, są w szczególności zobowiązani do:

- jasnego komunikowania obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności każdemu z pracowników,
- systematycznych przeglądów i oceny pracy swoich podwładnych,
- podejmowanie decyzji w kluczowych sprawach, zgodnie z zakresem posiadanych uprawnień,
- w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, podejmowania we własnym zakresie odpowiednich działań naprawczych lub usprawniających, a w sprawach wykraczających poza uprawnienia - sygnalizowania problemów bezpośrednio przełożonemu lub Dyrektorowi - w tym wnioskowania o zastosowanie sankcji regulaminowych w stosunku do osób winnych zaniedbań.

2.2.3. Pracownicy każdej komórki organizacyjnej Szpitala są świadomi kluczowych decyzji lub działań, które mogą być podejmowane wyłącznie za zgodą właściwego kierownika.

2.2.4. Kierownicy komórek organizacyjnych ponoszą odpowiedzialność za błędy lub zaniechania podległych pracowników.

2.2.5. W obszarach szczególnie podatnych na zagrożenia mogą być dokonywane wewnętrzne kontrole problemowe przeprowadzane przez kierownika danej komórki organizacyjnej bądź osobę lub zespół powołany przez Dyrektora.

2.3. Ciągłość działalności

2.3.1. Zarządzanie ciągłością działalności Szpitala polega na:

- identyfikacji obszarów strategicznych oraz analizę zagrożeń dla ciągłości działania w tych obszarach,
- kluczowej kadrze, gwarantującej utrzymanie ciągłości wykonywania zadań przez pracowników o odpowiednim poziomie kwalifikacji,
- wdrożeniu systemów i mechanizmów kontroli ograniczających konkretne ryzyka w obszarach strategicznych.

2.3.2. Do najważniejszych mechanizmów kontroli służących zapewnieniu ciągłości działalności zalicza się w szczególności:

- sformalizowany i udokumentowany system zastępstw kluczowych pracowników, precyzyjnie określający obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność oraz dostęp do odpowiedniej informacji, dokumentacji,
- system planowania urlopów pracowniczych,
- procedury powiadamiania o incydentach i sytuacjach nadzwyczajnych,
- plany awaryjne zapewnienia ciągłości działania.

2.3.3. Procedury powiadamiania o zdarzeniach niepożądanych incydentach i plany awaryjne zapewnienia ciągłości działania uwzględniają strategiczne obszary działalności Szpitala (w tym systemy energetyczne, systemy informatyczne, krytyczne procesy i operacje) oraz kluczowe stanowiska i pracowników.

2.3.4. Struktura zastępstw, procedury powiadamiania o incydentach i plany zapewnienia ciągłości działania są okresowo analizowane i udoskonalane przez właściwych kierowników komórek organizacyjnych z uwzględnieniem niezbędnej współpracy w tym zakresie.

2.4. Ochrona zasobów

2.4.1. Ochrona zasobów Szpitala jest realizowana w sensie organizacyjnym i technicznym zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa i procedurami kontroli zarządczej.

2.4.2. Dostęp do zasobów finansowych, materialnych i informacyjnych Szpitala mają wyłącznie osoby upoważnione zgodnie z odpowiednimi procedurami kontroli zarządczej.

2.4.3. Kadry kierowniczej oraz pracownikom w ich zakresach obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności powierza się odpowiedzialność za zapewnienie ochrony i właściwe wykorzystanie powierzonych zasobów Szpitala (finansowych, materialnych i informatycznych), zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i procedurami kontroli zarządczej.

2.4.4. Składniki majątku trwałego są zidentyfikowane, odpowiednio spisane i oznakowane w księgach rachunkowych i innych rejestrach. Szczegółowe zasady w tym zakresie określają odpowiednie regulacje wewnętrzne.

2.4.5. W Szpitalu wprowadzono zgodnie z wymogami prawa pracy zasady powierzania i rozliczania odpowiedzialności materialnej za powierzone składniki majątku.

2.4.6. W Szpitalu wprowadzono i objęto szczególną ochroną zasoby informacyjne o znaczeniu krytycznym (tj. dokumentację medyczną, kadrową oraz związaną z operacjami finansowymi i gospodarczymi), których utrata może wpłynąć na realizację celów Zakładu, poważnie utrudnić lub całkowicie sparaliżować jego funkcjonowanie lub spowodować odpowiedzialność cywilną i/lub karną osób odpowiedzialnych.

2.4.7. Dodatkowe środki zabezpieczenia technicznego oraz zasady dostępu do pomieszczeń, zastosowano do takich obszarów jak: kasa, apteka szpitalna i apteczki oddziałowe (w szczególności miejsca przechowywania środków odurzających i substancji psychotropowych), magazyny.

2.4.8. W Szpitalu wdrożono adekwatne procedury i środki ochrony przeciwpożarowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wytycznymi w tym zakresie.

2.5. Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych.

2.5.1. Wszystkie operacje finansowe i gospodarcze (tj. zdarzenia gospodarcze, które można wyrazić wartościowo i których skutkiem są zmiany w aktywach i pasywach), w szczególności związane z zaciąganiem zobowiązań lub dokonywaniem wydatków, są:

- właściwie dokumentowane i rejestrowane,

- zatwierdzane (autoryzowane) przed ich realizacją,
- kontrolowane (weryfikowane) przed i po realizacji pod kątem ich celowości, gospodarności, legalności, zabezpieczenia środków w planie finansowym, itp.

2.5.2. Prowadzona w Szpitalu dokumentacja operacji finansowych i gospodarczych spełnia wymogi dotyczące rachunkowości, w szczególności jest pełna i przejrzysta oraz umożliwia prześledzenie każdej operacji finansowej, gospodarczej lub zdarzenia od samego początku, w trakcie jej trwania i po zakończeniu, a także jest dostępna dla upoważnionych osób.

2.5.3. Kontrola operacji finansowych i gospodarczych przez upoważnionych pracowników i/lub Głównego Księgowego obejmuje projekty zamierzonych decyzji oraz wszelkie operacje finansowe i gospodarcze przed, w trakcie i po realizacji (tzw. kontrola finansowa wstępna, bieżąca i następcza). Na dowód dokonania kontroli składa się opatrzony datą podpis, a w razie potrzeby sporządza się odpowiedni zapis lub dodatkowy dokument np. protokół.

2.5.4. Dyrektor lub osoba upoważniona zatwierdza wszystkie operacje finansowe i gospodarcze przed ich realizacją, po uprzednim dokonaniu kontroli pod względem merytorycznym i formalno – rachunkowym przez właściwego pracownika i/lub Głównego Księgowego (tzw. kontroli wstępnej). W Szpitalu realizowane są wyłącznie operacje prawidłowo zatwierdzone.

2.5.5. Kluczowe obowiązki dotyczące zatwierdzenia, kontroli oraz realizacji i księgowania operacji finansowych, gospodarczych i innych zdarzeń są realizowane przez różnych pracowników, z uwzględnieniem obowiązków Głównego Księgowego w szczególności w zakresie odpowiedzialności za prawidłowe dokumentowanie i kontrolę operacji finansowych i gospodarczych oraz egzekwowanie przestrzegania obowiązujących zasad.

2.5.6. Szczegółowe zasady dokumentowania, zatwierdzania oraz kontroli operacji finansowych i gospodarczych wynikają z przyjętych w Szpitalu zasad (polityki) rachunkowości oraz zakładowego planu kont, instrukcji sporządzania, obiegu i kontroli dokumentów finansowo – księgowych, a także innych procedur kontroli zarządczej dotyczących operacji finansowych i gospodarczych.

2.6. Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych

2.6.1. Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych zapewniają bezpieczeństwo i ciągłość ich funkcjonowania oraz ochronę elektronicznych baz danych i samych danych (w szczególności prawnie chronionych), a także przestrzeganie praw licencyjnych.

2.6.2. Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych są określone w odpowiednich procedurach dotyczących zarządzania systemami informatycznymi oraz danych osobowych.

2.6.3. Organizacja i przetwarzanie danych osobowych zamieszczone są w zarządzeniu wewnętrznym Szpitala - Polityka bezpieczeństwa danych osobowych.

D. INFORMACJA i KOMUNIKACJA

1. Informacja i komunikacja determinują sprawny obieg, selekcję oraz wykorzystanie odpowiednich i wiarygodnych informacji, a także wpływają na terminowość i trafność podejmowanych decyzji.

2. System informacji i komunikacji w Szpitalu obejmuje informację bieżącą i komunikację wewnętrzną oraz komunikację zewnętrzną.

2.1. Informacja bieżąca i komunikacja wewnętrzna

2.1.1. System informacji i komunikacji wewnętrznej zapewnia dostępność informacji:

- Dyrektorowi do podejmowania decyzji strategicznych,
- kierownikom komórek organizacyjnych do podejmowania decyzji operacyjnych,
- pracownikom do prawidłowej realizacji ich zadań.

2.1.2. Bieżąca informacja, w zależności od rodzaju i wagi, jest przekazywana ustnie, drogą elektroniczną (e-mail) lub drogą służbową zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu zasadami określonymi w Instrukcji kancelaryjnej. W miarę potrzeb organizowane są narady i spotkania kierownictwa oraz funkcjonujących w Szpitalu komitetów, komisji, zespołów, itp.

2.1.3. Kierownicy komórek organizacyjnych, w ramach systemu obiegu informacji i komunikacji wewnętrznej, są zobowiązani do współpracy z Pełnomocnikiem ds. Jakości w ramach opracowywania projektów regulacji wewnętrznych określających terminy i metody przekazywania wymaganych informacji i dokumentów w szczególności do:

- ustalania i aktualizacji zakresów czynności, odpowiedzialności i uprawnień dla podległych pracowników wraz z określeniem ich obowiązków i uprawnień w zakresie obiegu informacji i dokumentów oraz komunikacji wewnętrznej,
- bieżącego nadzoru nad jakością i terminowością wykonywania przez podległych pracowników przypisanych im zadań i poleceń służbowych w zakresie obiegu informacji i dokumentów oraz komunikacji wewnętrznej,
- zapewnienia podległym pracownikom dostępu do informacji niezbędnej do wykonywania przez nich zadań,
- osobistej kontroli otrzymywanych do realizacji z innych komórek organizacyjnych lub przekazywanych do realizacji innym komórkom organizacyjnym informacji i dokumentów pod kątem ich celowości, legalności, rzetelności i terminowości.

2.1.4. Wszyscy pracownicy Szpitala zobowiązani są do terminowego i prawidłowego przetwarzania oraz przekazywania informacji i dokumentacji zgodnie z odpowiednimi procedurami w tym zakresie oraz dbania, aby informacje były:

- aktualne (tj. umożliwiające podjęcie odpowiednich działań w określonym czasie),
- rzetelne i kompletne (tj. zawierające wszystkie potrzebne dane i szczegóły, stosownie do oczekiwań odbiorcy),
- odpowiednio przetworzone i pogrupowane,
- zrozumiałe dla odbiorców informacji.

2.1.5. Pracownicy mają prawo i obowiązek bezzwłocznego informowania kadry kierowniczej o niekorzystnych zjawiskach, które mogą negatywnie wpłynąć na system obiegu informacji i dokumentów oraz komunikację wewnętrzną, a tym samym zakłócić realizację wyznaczonych zadań lub negatywnie wpłynąć na wizerunek Szpitala.

2.2. Komunikacja zewnętrzna

2.2.1. W ramach komunikacji zewnętrznej informacje są przekazywane w formie pisemnej (papierowej) lub z wykorzystaniem sieci teleinformatycznej (poczta elektroniczna, fax, strona internetowa Szpitala, BIP, itp.), a także ustnej np. rozmowa telefoniczna.

2.2.2. W przypadku informacji wymaganych odpowiednimi przepisami prawa (tj. sprawozdania statystyczne, finansowe, itp.) obowiązują zasady i terminy wskazane w tych przepisach lub przez odbiorców tych informacji.

2.2.3. Każde pismo przychodzące z zewnątrz trafia do Kancelarii Szpitala, gdzie jest rejestrowane (może być skanowane), a następnie jest przekazywane (w wersji papierowej lub elektronicznej), do właściwych merytorycznie komórek organizacyjnych lub bezpośrednio do właściwych pracowników.

2.2.4. Pisma wychodzące na zewnątrz są parafowane przez: pracownika bezpośrednio zajmującego się sprawą, następnie zatwierdzane przez kierownika działu, jeżeli związane jest z finansami - Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomicznych i dopiero wtedy może być podpisane przez Dyrektora lub upoważnionego pracownika i rejestrowane w zależności od rodzaju sprawy w Sekretariacie lub innej merytorycznie komórce organizacyjnej.

2.2.5. Odrębnym zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora wprowadzono obowiązek stosowania metryki dokumentu przy obiegu dokumentów dotyczących spraw formalno – prawnych, organizacyjnych oraz z zakresu funkcjonowania Szpitala - z wyłączeniem umów podpisanych w wyniku udzielenia zamówienia publicznego.

2.2.6. Do udzielania informacji i kontaktowania się z mediami upoważniony jest Dyrektor oraz osobą p.o. Rzecznika Prasowego Szpitala.

2.3. Przyjmowanie i rozpatrywanie skarg i wniosków

2.3.1. Pisemne skargi i wnioski wpływające do Sekretariatu, są dekretowane przez Dyrektora i przekazywane Kierownikowi Działu Administracji oraz osobom merytorycznie odpowiedzialnym celem ich wyjaśnienia. Odpowiedzi na pisemne skargi i wnioski są podpisywane przez Dyrektora, po uprzednim zapoznaniu się z dokumentacją danej sprawy i ewentualnym zasięgnięciu opinii Rady Prawnego pod względem formalno – prawnym.

2.3.2. Ustne skargi i wnioski (osobiste lub telefoniczne) są przyjmowane przez Dyrektora w wyznaczonych i odpowiednio zakomunikowanych dniach lub innych terminach indywidualnie uzgodnionych w Sekretariacie Szpitala (z zastrzeżeniem, że w poważnych sprawach wymagana jest forma pisemna i postępowanie zgodne z pkt. 2.3.1).

E. MONITOROWANIE I OCENA

1. Adekwatność, efektywność i skuteczność systemu kontroli zarządczej jest monitorowana w sposób ciągły, w ramach bieżącego nadzoru nad prowadzoną działalnością, jak również w formie okresowych ocen poszczególnych systemów, procesów i mechanizmów kontroli wdrożonych w Szpitalu.

2. Monitorowanie i ocena systemu kontroli zarządczej obejmuje:

2.1. Bieżące monitorowanie systemu kontroli zarządczej

2.1.1. Dyrektor, Zastępcy Dyrektora i kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych prowadzą bieżącą ocenę realizacji celów i zadań oraz skuteczności wdrożonego systemu kontroli zarządczej i jego poszczególnych elementów w celu bieżącego ulepszenia, a tym samym zapobiegania nieprawidłowościom, stratom lub złemu zarządzaniu.

2.1.2. Źródłami informacji niezbędnej do monitorowania systemu kontroli zarządczej są m.in.:

- dane ze sprawozdań, raportów, itp.,
- wyniki stosowania wdrożonych procedur lub mechanizmów kontroli np. inwentaryzacji,

- narady kierownictwa, zespołów merytorycznych, itp.,
- wyniki kontroli wewnętrznych i zewnętrznych,
- stwierdzone przypadki problemów lub nieprawidłowości w bieżącej działalności,
- wnoszone skargi i wnioski.

2.1.3. Kierownicy komórek organizacyjnych, zgodnie z przyznanymi uprawnieniami, mają dostęp do danych i dokumentów zawierających informacje o słabych punktach systemu kontroli zarządczej, przypadkach naruszenia obowiązujących zasad lub procedur, itp.

2.1.4. Każdy pracownik ma odpowiednią wiedzę w zakresie procedur i mechanizmów kontroli związanych z realizowanymi przez niego zadaniami oraz może zgłaszać uwagi dotyczące ich funkcjonowania bądź sugestie w sprawie ich modyfikacji lub usprawnienia.

2.2. Okresowa samoocena systemu kontroli zarządczej

2.2.1. Przynajmniej raz w roku, w terminie wyznaczonym przez Dyrektora, przeprowadzana jest okresowa samoocena systemu kontroli zarządczej w drodze wypełniania odpowiednich kwestionariuszy przez kierowników komórek organizacyjnych Szpitala.

Przykładowy wzór „Kwestionariusza samooceny systemu kontroli zarządczej w Szpitalu” stanowi **Załącznik Nr 4** do niniejszej Polityki.

2.2.2. Wyniki samooceny systemu kontroli zarządczej są poddawane agregacji i analizie przeprowadzonej przez Pełnomocnika ds. Jakości, który na tej podstawie wskazuje Dyrektorowi Szpitala słabości systemu kontroli zarządczej oraz analizę ich potencjalnych przyczyn i skutków.

2.2.3. W oparciu o wyniki samooceny Dyrektor wydaje zalecenia mające na celu usprawnienia systemu kontroli zarządczej.

DYREKTOR SZPITALA

dr n. med. Cezary Ireneusz Nowosielski

Wzór Planu działalności na rok

SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. Jędrzeja Śniadeckiego
w Białymstoku

Lp.	Cel - zadanie	Działanie – sposób realizacji	Termin realizacji	Osoba lub komórka odpowiedzialna za realizację zadania	Mierniki realizacji zadania
1	2	3	4	5	6

.....

Podpis Z-cy Dyrektora ds. Ekonomicznych

Białystok, dnia

ZASADY OCENY STOPNIA PRAWDOPODOBIENSTWA I SKUTKU WYSTĄPIENIA RYZYKA ORAZ OKREŚLENIA POZIOMU JEGO ISTOTNOŚCI

1. Zasady oceny (oszacowania) stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka

<i>Punktacja</i>	<i>Prawdopodobieństwo</i>	
5	Bardzo wysokie	Jest prawie pewne, że zdarzenie wystąpi.
4	Wysokie	Zaistnienie zdarzenia jest bardzo prawdopodobne.
3	Średnie	Zdarzenie może wystąpić.
2	Niskie	Jest mało prawdopodobne, że zdarzenie wystąpi.
1	Bardzo niskie	Zdarzenie dotychczas nie wystąpiło, ale może zaistnieć jedynie w wyjątkowych okolicznościach i/lub w jednostkowych sprawach.

2. Zasady oceny (oszacowania) stopnia skutku wystąpienia ryzyka

<i>Punktacja</i>	5	4	3	2	1
<i>Skutek</i>	Katastrofalny	Poważny	Średni	Mały	Nieznaczny
<i>Kryterium finansowe</i>	Strata powyżej 100 tys. zł	Strata 10 -100 tys. zł	Strata 1-10 tys. zł	Strata 100 zł -1 tys. zł	Strata do 100 zł
<i>Kryterium zasobów ludzkich</i>	Liczebność lub/i kompetencje personelu zagrażające realizacji kluczowych celów/zadań	Liczebność lub/i kompetencje personelu powodujące znaczne długotrwałe zakłócenia w działalności	Liczebność lub/i kompetencje personelu powodujące znaczne krótkotrwałe zakłócenia w działalności	Liczebność lub/i kompetencje personelu powodujące nieznaczne krótkotrwałe zakłócenia w działalności	Liczebność lub/i kompetencje personelu powodujące nieznaczne chwilowe zakłócenia w działalności
<i>Kryterium operacyjne</i>	Brak realizacji kluczowych celów/zadań	Znaczne długotrwałe zakłócenia w działalności	Znaczne krótkotrwałe zakłócenia w działalności	Nieznaczne krótkotrwałe zakłócenia w działalności	Nieznaczne chwilowe zakłócenia w działalności
<i>Kryterium infrastruktury</i>	Baza lokalowa, wyposażenie, środki łączności, itp zagrażające realizacji kluczowych celów/zadań	Baza lokalowa, wyposażenie, środki łączności, itp powodujące znaczne długotrwałe zakłócenia w działalności	Baza lokalowa, wyposażenie, środki łączności, itp powodujące znaczne krótkotrwałe zakłócenia w działalności	Baza lokalowa, wyposażenie, środki łączności, itp powodujące nieznaczne krótkotrwałe zakłócenia w działalności	Baza lokalowa, wyposażenie, środki łączności, itp powodujące nieznaczne chwilowe zakłócenia w działalności
<i>Kryterium bezpieczeństwa</i>	Utrata życia	Poważne obrażenia skutkujące trwałą utratą zdrowia	Poważne obrażenia bez trwałej utraty zdrowia, wymagające zwolnienia lekarskiego	Obrażenia niewymagające zwolnienia lekarskiego	Niewielkie obrażenia, drobne stłuczenia, skałeczenia, itp.

Kryterium zewnętrzne	Zewnętrzne czynniki prawno-ekonomiczne zagrażające realizacji kluczowych celów/zadań	Zewnętrzne czynniki prawno-ekonomiczne powodujące znaczne długotrwałe zakłócenia w działalności	Zewnętrzne czynniki prawno-ekonomiczne powodujące znaczne krótkotrwałe zakłócenia w działalności	Zewnętrzne czynniki prawno-ekonomiczne powodujące nieznaczne krótkotrwałe zakłócenia w działalności	Zewnętrzne czynniki prawno-ekonomiczne powodujące nieznaczne chwilowe zakłócenia w działalności
Kryterium reputacji	Pierwszoplanowe doniesienia medialne („newsy”) w całym kraju	Doniesienia w mediach ogólnokrajowych i lokalnych	Doniesienia we wszystkich mediach lokalnych	Drobne wzmianki we wszystkich mediach lokalnych	Drobne wzmianki w niektórych mediach lokalnych

3. Macierz istotności ryzyka

Skutek

Katastrofalny	5	10	15	20	25
Poważny	4	8	12	16	20
Średni	3	6	9	12	15
Mały	2	4	6	8	10
Nieznaczny	1	2	3	4	5
	Rzadkie (niskie, nieznaczne)	Mało prawdopodobne (małe)	Średnie	Prawdopodobne (wysokie)	Prawie pewne (bardzo wysokie)

Prawdopodobieństwo

3. Poziom istotności ryzyka oraz reakcja na ryzyko

Poziom Istotności ryzyka	Rodzaj reakcji na ryzyko
Ryzyko nieznaczne (1-3)	Ryzyko akceptowane, wymagające minimalnej kontroli, o ile następna ocena ryzyka nie wykaże wzrostu jego istotności
Ryzyko umiarkowane (4-12)	Ryzyko wymagające monitorowania (kontrole wykrywające) oraz działań prewencyjnych rozciąganych w czasie, aby zapewnić, że jego znaczenie nie wzrasta przy zmieniających się warunkach działania aktywności SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. J. Śniadeckiego
Ryzyko poważne (13-20)	Ryzyko zagrażające osiągnięciu celów, więc wymagające cyklicznego monitorowania (kontrole zapobiegawcze) oraz niezwłocznych działań mających na celu zminimalizowanie jego prawdopodobieństwa lub/i skutków, a także eliminowania potencjalnych innych czynników ryzyka, które mogą pojawić się jako następstwo faktu realizacji danego ryzyka,
Ryzyko katastrofalne (21-25)	Ryzyko z zasady wymagające wycofania się z realizacji określonych działań lub przekazania innemu podmiotowi, o ile jego realizacja przez aktywności SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. J. Śniadeckiego nie jest obligatoryjna (wtedy powinno być na bieżąco monitorowane w celu ograniczenia jego skutków)

Wzór rejestru ryzyk i mechanizmów kontroli

SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku

L.p.	Zadanie	Odpowiedz	Kategoria ryzyka	Ryzyko	Prawdopodobieństwo skutku ryzyka	Istotność ryzyka	Mechanizm kontroli	Zarządzający ryzykiem
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Podpis Pełnomocnika ds. Jakości

.....

Zatwierdzam:

.....

Podpis Dyrektora

Białystok, dnia

Legenda:

1. Liczba porządkowa.
2. Określenie zadania służącego osiągnięciu celu działalności
3. Wskazanie wszystkich odpowiedzialnych.
4. Określenie kategorii ryzyka np. finansowe, zasobów ludzkich, bezpieczeństwa itp.
5. Określenie zidentyfikowanego ryzyka np. nieuprawnione przetwarzanie danych osobowych .
6. Ocena prawdopodobieństwa i skutku wystąpienia ryzyka wg. skali 1-5 , zgodnie z Załącznikiem nr 2 do Polityki ...
7. Istotność - ustalenie ilozazu wartości jego prawdopodobieństwa i skutku.
8. Nowe działania minimalizujące prawdopodobieństwo i/lub skutek wystąpienia zidentyfikowanego ryzyka.
9. Osoba odpowiedzialna za monitorowanie poziomu istotności zidentyfikowanego ryzyka oraz ustanowienie i/lub podjęcie adekwatnych działań zaradczych.

**KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY SYSTEMU KONTROLI ZARZĄDCZEJ W
SP ZOZ WOJEWÓDZKIM SZPITALU ZESPOLONYM IM. J. ŚNIADECKIEGO**

Lp.	Pytania dotyczące poszczególnych elementów systemu kontroli zarządczej	Tak	Nie w pełni	Nie	Nie wiem
A.	ŚRODOWISKO WEWNĘTRZNE <i>1) Przestrzeganie wartości etycznych 2) Kompetencje zawodowe 3) Struktura organizacyjna 4) Delegowanie uprawnień</i>				
1.	Czy pracownicy są informowani o zasadach etycznego postępowania w SZ ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku?				
2.	Czy Pani/Pan wie jakie zachowania są uznawane w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku za nieetyczne?				
3.	Czy Pani/Pana bezpośredni przełożony przestrzega i promuje własną postawą i decyzjami zasady etyczne obowiązujące w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku?				
4.	Czy Pani/Pan wie jak należy się zachować, w przypadku gdy będzie Pani/Pan świadkiem poważnych naruszeń zasad etycznych obowiązujących w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku?				
5.	Czy Pani/Pana bezpośredni przełożony posiada odpowiednią wiedzę i doświadczenie pozwalające prawidłowo i efektywnie realizować wyznaczone zadania?				
6.	Czy pracownicy Pani/Pana komórki organizacyjnej posiadają umiejętności niezbędne do terminowej i prawidłowej realizacji powierzonych obowiązków?				
7.	Czy istnieje plan szkoleń dla Pana/Pani komórki organizacyjnej? Jeśli tak, to czy w procesie planowania są uwzględniane preferencje pracowników związane z zadaniami realizowanymi na danym stanowisku?				
8.	Czy uczestniczy Pani/Pan w szkoleniach podwyższających kwalifikacje zawodowe? Jeśli tak, to czy szkolenia te były przydatne na zajmowanym stanowisku? Jeśli tak, to czy udział w tych szkoleniach jest wystarczający?				
9.	Czy w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku zostały ustalone pisemne wymagania w zakresie wiedzy, umiejętności i doświadczenia koniecznych do wykonywania zadań na poszczególnych stanowiskach pracy?				
10.	Czy istnieje sformalizowany proces naboru pracowników do Pani/Pana komórki organizacyjnej?				
11.	Czy w SO ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku określono formalne zasady naboru nowych pracowników?				
12.	Czy stosowane w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku zasady naboru pozwalają na wybór najlepszego kandydata?				
13.	Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej dokonuje się okresowej i/lub bieżącej weryfikacji kwalifikacji pracowników? Jeśli tak, to czy ta weryfikacja ma charakter formalny?				
14.	Czy istnieją formalnie określone kryteria oceny wykonywania przez Panią/Pana powierzonych zadań?				
15.	Czy bezpośredni przełożony w wystarczającym stopniu i na bieżąco monitoruje stan zaawansowania powierzonych Pani/Panu zadań?				

16.	Czy struktura organizacyjna SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku i usytuowanie w niej Pani/Pana komórki organizacyjnej zapewnia efektywną realizację aktualnych celów i zadań?				
17.	Czy Pani/Pana komórka organizacyjna posiada określony w formie pisemnej zakres zadań?				
Lp.	<i>Pytania dotyczące poszczególnych elementów systemu kontroli zarządczej</i>	Tak	Nie w pełni	Nie	Nie wiem
18.	Czy posiada Pan/Pani pisemny zakres czynności, uprawnień i odpowiedzialności?				
	Jeśli tak, to czy jest on precyzyjny i zrozumiały?				
	Jeśli tak, to czy jest on aktualny i adekwatny do powierzonych Pani/Panu zadań?				
19.	Czy powierzanie dodatkowych zadań następuje w formie pisemnej?				
20.	Czy powierzeniu nowych zadań towarzyszy udzielenie odpowiednich uprawnień i odpowiedzialności?				
	Jeśli tak, to czy są one adekwatne do powierzonych zadań?				
21.	Czy przyjęcie nowych zadań, uprawnień i/lub odpowiedzialności jest każdorazowo potwierdzane podpisem?				
B.	CELE I ZARZĄDZANIE RYZYKIEM 5) Misja 6) Określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji 7) Identyfikacja ryzyka 8) Analiza ryzyka 9) Reakcja na ryzyko				
1.	Czy zna Pani/Pan misję SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku?				
2.	Czy w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku zostały określone cele do osiągnięcia i zadania do realizacji w bieżącym roku w innej formie niż Statut lub Regulamin organizacyjny?				
	Jeśli tak, to czy dla poszczególnych celów i zadań zostały określone osoby odpowiedzialne za ich realizację?				
	Jeśli tak, to czy cele i zadania SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku na bieżący rok mają określone mierniki, wskaźniki lub inne kryteria, za pomocą których można sprawdzić czy cele i zadania zostały zrealizowane?				
3.	Czy zna Pani/Pan cele i zadania wyznaczone Pani/Pana komórce organizacyjnej w bieżącym roku, a także mierniki, wskaźniki lub inne kryteria, za pomocą których można sprawdzić czy cele i zadania zostały zrealizowane?				
4.	Czy Pani/Pana bezpośredni przełożony na bieżąco monitoruje stan zaawansowania i efektywność realizacji powierzonych zadań?				
5.	Czy przygotowuje Pani/Pan okresowe informacje, raporty, sprawozdania na temat stopnia realizacji wyznaczonych zadań?				
6.	Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej dokonuje się identyfikacji ryzyk (zagrożeń), które mogą przeszkodzić w realizacji wyznaczonych celów i zadań?				
	Jeśli tak, to czy zidentyfikowane ryzyka (zagrożenia) są poddawane analizie?				
7.	Czy w wyniku identyfikacji i analizy ryzyk (zagrożeń) wskazuje się ryzyka (zagrożenia) istotne, które w znaczący sposób mogą zagrozić realizacji wyznaczonych celów i zadań?				
8.	Czy w przypadku istotnych ryzyk (zagrożeń) Pani/Pana komórka organizacyjna podejmuje działania zmierzające do zmniejszenia danego ryzyka?				
	Jeśli tak, to czy podjęte działania podlegają bieżącej i/lub okresowej ocenie i ewentualnej modyfikacji?				
9.	Czy identyfikacja i analiza ryzyka jest przeprowadzana co najmniej raz w roku?				
10.	Czy proces związany z identyfikacją i analizą ryzyka jest udokumentowany?				
11.	Czy w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego, zorganizowano szkolenia / warsztaty poświęcone kontroli zarządczej?				

	Jeśli tak, to czy uczestniczyła Pani/Pan w tych szkoleniach / warsztatach?				
	Czy tematyka szkoleń / warsztatów dotyczyła planowania celów i zadań oraz określania mierników, wskaźników lub innych kryteriów, za pomocą których można sprawdzić czy cele i zadania zostały zrealizowane?				
	Czy tematyka szkoleń / warsztatów dotyczyła zarządzania ryzykiem?				
	Czy tematyka szkoleń / warsztatów dotyczyła projektowania, wdrażania i weryfikacji mechanizmów kontroli?				
	Czy tematyka szkoleń / warsztatów dotyczyła zarządzania informacją?				
c.	MECHANIZMY KONTROLI 10) Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej 11) Nadzór 12) Ciągłość działalności 13) Ochrona zasobów 14) Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych 15) Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych				
1.	Czy posiada wewnętrzne procedury, instrukcje, wytyczne, inne dokumenty regulujące działalność Pani/Pana komórki organizacyjnej?				
	Jeśli tak, to czy zostały zakomunikowane w sposób umożliwiający zapoznanie się z nimi pracownikom Pani/Pana komórki organizacyjnej, którym są one niezbędne do realizacji powierzonych im obowiązków?				
	Jeśli tak, to czy są one dostępne od ręki wszystkim pracownikom Pani/Pana komórki organizacyjnej, którym są one niezbędne do realizacji powierzonych im obowiązków?				
2.	Czy wdrożone w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego procedury i mechanizmy kontroli dotyczące realizacji zadań wyznaczonych Pani/Pana komórce organizacyjnej są aktualne?				
3.	Czy wdrożone w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego procedury i mechanizmy kontroli w wystarczającym stopniu określają sposób realizacji zadań wyznaczonych Pani/Pana komórce organizacyjnej?				
4.	Czy bezpośredni przełożony sprawuje nadzór nad realizacją zadań Pani/Pana komórki organizacyjnej i/lub jej pracowników?				
	Jeśli tak, to czy nadzorce strony przełożonego zapewnia efektywną i prawidłową realizację wyznaczonych zadań?				
5.	Czy według Pani/Pana wiedzy w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego analizowane są wyniki kontroli wewnętrznych i zewnętrznych?				
	Jeśli tak, to czy ich wyniki są wykorzystywane przez kadrę zarządzającą w procesie usprawniania działalności i systemu kontroli zarządczej?				
6.	Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej wprowadzony został system zastępstw zapewniający ciągłość realizacji wyznaczonych jej zadań? Jeśli tak, to czy te zastępstwa ma odzwierciedlenie w zakresach czynności, uprawnień i odpowiedzialności lub/i innych dokumentach?				
7.	Czy według Pani/Pana wiedzy w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego istnieją plany awaryjne na wypadek wystąpienia sytuacji nadzwyczajnych uniemożliwiających terminową i prawidłową realizację zadań wyznaczonych Pani/Pana komórce organizacyjnej?				
8.	Czy wie Pani/Pan jak postępować w przypadku wystąpienia sytuacji nadzwyczajnej (np. pożaru, powodzi, poważnej awarii)?				
9.	Czy znane są Pani/Panu procedury i mechanizmy kontroli służące zapewnieniu bezpieczeństwa zasobów finansowych, rzeczowych i informacyjnych SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego?				
	Jeśli tak, to czy Pani/Pana zdaniem w wystarczającym stopniu chronią one zasoby, którymi dysponuje Pani/Pana komórka organizacyjna?				
D.	INFORMACJA I KOMUNIKACJA 16) Bieżąca informacja 17) Komunikacja wewnętrzna 18) Komunikacja zewnętrzna				

1.	Czy w Pani/Pana ocenie istniejący w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego system przekazywania bieżącej informacji i komunikacji wewnętrznej pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi zapewnia osobom zarządzającym i pracownikom przekazywanie niezbędnych informacji?				
	Jeśli tak, to czy jest on sprawny (tzn. czy zapewnia przekazywane informacji i dokumentów w odpowiedniej formie i czasie)? Jeśli tak, to czy system ten jest efektywny (tzn. czy zapewnia maksymalnie dobre wyniki przy minimalnie niskich nakładach)?				
2.	Czy istnieje sprawny i efektywny przepływ informacji i dokumentów wewnątrz Pani/Pana komórki organizacyjnej?				
3.	Czy ma Pani/Pan dostęp do wszystkich informacji i dokumentów, które są niezbędne do realizacji wyznaczonych Pani/Panu zadań?				
4.	Czy postawa bezpośredniego przełożonego zachęca do sygnalizowania problemów i zagrożeń w realizacji zadań?				
5.	Czy zwraca się Pani/Pan w pierwszej kolejności do bezpośredniego przełożonego w razie wystąpienia trudności w realizacji zadań?				
6.	Czy w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego lub/i w ramach poszczególnych komórek organizowane są spotkania kadry kierowniczej z pracownikami, podczas których omawiane są istotne problemy, ryzyka, słabości kontroli zarządczej?				
7.	Czy zna Pani/Pan zasady wymiany informacji pomiędzy SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego a podmiotami zewnętrznymi? Jeśli tak, to czy w Pani/Pana ocenie system komunikacji zewnętrznej jest sprawny i efektywny?				

Nazwa komórki organizacyjnej:.....
.....

Stanowisko/funkcja: kierownik pracownik stanowisko samodzielne