

OŚWIADCZENIE CZĄSTKOWE DOTYCZĄCE STANU KONTROLI ZARZĄDCZEJ

Nazwa jednostki	Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie ul. Bursztynowa 2, 04-749 Warszawa
Sporządził: stanowisko telefon i adres mail	Jarosław Rosłon - Dyrektor Tel. /22/ 47-35-330 Mail: sekretariat@mssw.pl

Niżej 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 ZARZĄDCZEJ	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 2010r. personel następujących grup zawodowych: lekarze, pielęgniarki i położne przestrzegał wartości etycznych na podstawie ogólnie obowiązujących kodeksów etyki dla tych grup zawodowych. Zarządzeniem Dyr. 61/2010 od 21.12.2010 wprowadzono kodeks etyki ogólny dla wszystkich pracowników
2.	<i>Kompetencje zawodowe</i>	X			Realizowane na podstawie standardów określonych przez Ministerstwo Zdrowia oraz procedur wewnętrznych.
3.	<i>Struktura organizacyjna</i>	X			Podlega ciągłej modyfikacji w zależności od potrzeb

4.	<i>Delegowanie uprawnień</i>	X			Pełnomocnictwa nie były potwierdzone podpisem, przyjmującego, ale były rejestrowane
5.	<i>Misja</i>	X			
6.	<i>Określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji</i>	X			
7.	<i>Identyfikacja ryzyka</i>	X			Zasady dot. zarządzania ryzykiem, które były realizowane w 2010 zostały opisane w zarządzeniu nr 62/2010 z dnia 23.12.2010r.
8.	<i>Analiza ryzyka</i>	X			W 2010 zasady, które były realizowane zostały opisane w zarządzeniu nr 62/2010 z dnia 23.12.2010 r.
9.	<i>Reakcja na ryzyko</i>	X			W 2010 zasady, które były realizowane zostały opisane w zarządzeniu nr 62 z dnia 23.12.2010r.
10.	<i>Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej</i>			X	System kontroli zarządczej opisano w zarządzeniu nr 9/2010 z dnia 10.03.2010 oraz zmodyfikowano zarządzeniem nr 63/2010 z dnia 29.12.2010. Część opisanych działań wejdzie w życie od 01.01.2011r.
11.	<i>Nadzór</i>	X			
12.	<i>Ciągłość działalności</i>	X			
13.	<i>Ochrona zasobów</i>	X			
14.	<i>Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych</i>	X			Standardy kontroli finansowej stosowane są w MSS od 16 listopada 2003r. Nowelizacje wprowadzono od 01.01.2005 następne od 9.10.2006 r. oraz zg. Z Zał. nr 1 do Zarz. Dyr. Nr 9/2010 z dnia 10.03.2010 - od 02.01.2010

					w ramach kontroli zarządczej
15.	<i>Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych</i>			X	Polityka Bezpieczeństwa jest głównym dokumentem opisującym nadzór nad systemem informatycznym oraz nad bezpieczeństwem danych. Obszary nadzoru zostały podzielone pomiędzy MSS oraz Asseco i są opisane w umowie o świadczenie usług informatycznych dla Szpitala oraz procedurach wewnętrznych. Głównym problemem jest fakt, że elementy systemu są mocno rozproszone po całej jednostce. Poszczególne moduły działają indywidualnie w swoim obszarze i brakuje środków na doszkolenie użytkowników oraz wymianę mocno już zużytego sprzętu. Spięcie indywidualnie funkcjonujących modułów w jeden system wymaga zwiększenia kadry, doszkolenia obecnych użytkowników, modernizację sprzętu, co oznacza konieczność posiadania jednocześnie znaczących środków finansowych.
16.	<i>Bieżąca informacja</i>	X			
17.	<i>Komunikacja wewnętrzna</i>			X	Część komórek organizacyjnych, szczególnie pionu medycznego zgłasza problem nieprzekazywania przez ordynatorów i kierowników informacji uzyskiwanych na spotkaniach z kierownictwem szpitala
18.	<i>Komunikacja zewnętrzna</i>	X			
19.	<i>Monitorowanie systemu kontroli zarządczej</i>	X			
20.	<i>Samoocena</i>	X			

21.	Audyt wewnętrzny	X			
22.	Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej	X			

Oświadczam, iż ogół działań podjętych w kierowanej przeze mnie jednostce



realizację celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.

data i podpis kierownika jednostki DYREKTOR <i>dr Jarosław Rośton</i> 12.01.11	MIEDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE 04-749 Warszawa, ul. Bursztynowa 2 tel. 022-47-35-330, tel./fax 022-815-67-39 Regon 010669853, NIP 952-17-89-325
--	--

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

1. Regulamin organizacyjny aktualizacja do potrzeb w 2010r.
2. Regulamin porządkowy aktualizacja do potrzeb w 2010r.
3. Polityka jakości zatwierdzona przez Dyrektora MSSW w dniu 08.03.2010 r.
4. Kodeks etyki został wprowadzony Zarz. Dyr. Nr 61/2010 z 21.12.2010r.
5. Proces Zarządzanie zasobami ludzkimi KP-2 wydanie II z dnia 02.03.2010 r.
6. Zgodnie z procedurą P-6.2.02 z 30.12.2009r. Zasoby personalne, świadomość, kompetencje, szkolenia w 2010 roku stosowano zasady polityki kadrowej określone w niej przy przyjmowaniu nowych pracowników w 2010 roku oraz oceniano jego przydatność na stanowisku.

¹ należy zakreślić właściwe

7. Zgodnie z procedurą P-6.2-03 z 1 czerwca 2009r. Planowanie i realizacja szkoleń stosowano w 2010 roku zasady w niej określone. Objęto nimi szkolenia wewnętrzne, zewnętrzne oraz do specjalizacji.
8. Zgodnie z procedurą P-6.2-06 z 30.12.2009 r. Ocena pracownika – w dniu 30.11.2010 roku została rozpoczęta ocena pracowników Szpitala. Zwrot arkuszy wypełnionych przez pracowników i przełożonych – do 31.01.2011r. Rejestracja i analiza wyników oceny nastąpi do 15.04.2011 r.
9. Zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności zgodnie z procedurą P-7.2.1-02.aktualizowane są na bieżąco.
10. Struktura organizacyjna aktualizacja została zmieniona do potrzeb w 2010r.
11. Księga stanowisk została utworzona od 03.01.2010r.
12. Zasady przyjmowania na miejsca akredytacyjne na specjalizacje i staże kierunkowe i specjalizacyjne w komórkach medycznych MSS określił Dyrektor 03.01.2010r.
13. Wprowadzone zostały zasady rekrutacji pracowników w MSS Zarządzeniem Dyrektora Nr 59/2010 r. z 20.12.2010r.
14. Wprowadzono do stosowania system zastępstw zapewniających ciągłość realizacji zadań w MSS - Zarządzenie Dyrektora Nr 60/2010 -20.12.2010r.

Usprawnienia do wprowadzenia: 1. delegowanie uprawnień z potwierdzeniem podpisem osób przyjmujących - odpowiedzialny zastępca dyrektora ds.administracyjno-eksploatacyjnych mgr Jacek Derek.

2. podpisy pracowników- oświadczenie o przyjęciu zasad kodeksu etyki - - odpowiedzialna kierownik kadr mgr. Joanna Hada

II. Element: Cele i zarządzanie ryzykiem

1. Zarządzeniem Dyrektora Nr 62/2010 z 23.12.2010r. wprowadzono system zarządzania ryzykiem w MSSW.
2. Audyty przeprowadzane przez audytora wewnętrznego w 2010 r. uwzględniały obszary i tematy, które dla Dyrektora Szpitala były zagrożone ryzykiem istotnym dla działalności statutowej Szpitala i realizacji celów. Całość dokumentacji przedstawiającej ocenę ryzyka i zalecenia, które pomogą zminimalizować zidentyfikowane ryzyko znajdują się w dokumentacji Dyrektora oraz Audytora wewnętrznego.

Usprawnienia do wprowadzenia: 1. zapewnienie odpowiedniego nadzoru przez kadrę kierowniczą różnego szczebla - osoba odpowiedzialna zastępca ds.lecznictwa dr.Janusz Sobolewski

2. wprowadzenie systemu zastępstw - odpowiedzialny zastępca ds.lecznictwa dr.Janusz Sobolewski

III. Element: Mechanizmy kontroli

1. Zgodnie z procesem KP-1 Zarządzanie zasobami finansowymi z dnia 9.12.2008r. prowadzone były działania zapewniające fundusze na działalność statutową oraz rozwój Szpitala. Pomiarami tego procesu są wybrane wskaźniki ekonomiczno-finansowe po zakończeniu każdego kwartału, raporty z comiesięcznego wykonania kontraktów z NFZ, realizacja planu z wykonania kosztów ogólnych oraz materiałówki co miesiąc lub minimum w okresach kwartalnych; miesięczne sprawozdanie ze średnim czasem hospitalizacji w poszczególnych oddziałach szpitalnych, % obłożenia łóżek szpitalnych, średnia liczba operacji przypadających na 1 salę operacyjną i średni koszt osobodnia w oddziale.
2. Nowe umowy podpisywane w 2010 r., a także te, których termin ważności upływał zostały przedłużone (dot. umów na usługi medyczne) - zgodnie z procedurą P-7.2.2-01 z 17.05.2005 r. Nadzorowanie umów. Wprowadzony został aneksami nowy cennik za usługi medyczne. Dokumentacja w tym zakresie w Dziale Planowania i Rozliczania Usług Medycznych.
3. Zgodnie z procedurą P-7.4.1-01 z 4 maja 2005 r. Organizacja udzielania zamówień publicznych w Szpitalu wszystkie zakupy dokonywane były zgodnie z zasadami określonymi w tej procedurze. Stosowna dokumentacja w Dziale Zamówień Publicznych.
4. Zgodnie z procedurą P-7.4.3-01 Realizacja zakupów i dostaw do magazynu Szpitala w 2010r. postępowano zgodnie z zasadami określonymi w tej procedurze. Kontrola doraźna przeprowadzana przez Z-cę Dyrektora ds. Finansowo-Ekonomicznych Głównego Księgowego.
5. Zgodnie z procedurą P-8.1-01 z 31.03.2005r. Pomiar, analiza, doskonalenie Z-cy Dyrektora oraz Pełnomocnik ds. Jakości dokonywali na bieżąco stosownych analiz, realizacji planu finansowego, planu zakupów inwestycyjnych i pozostałej aparatury medycznej, technicznej oraz remontowej. Dowodem są korekty planów oraz spotkania kierownictwa w celu podejmowania działań dla optymalizacji wydatków i ograniczania kosztów.
6. Zgodnie z procedurą P-8.2.3-02 z 30 maja 2007 r. Zakres i terminy sporządzania analiz ekonomicznych dokonywano okresowych sprawozdań i analiz. Dokumentacja w tym zakresie w Dziale Planowania i Rozliczania Usług Medycznych, w Dziale Księgowości oraz u Z-cy Dyr.ds Finansowo-Ekonomicznych Główny Księgowy.
7. Nadzór nad infrastrukturą – budynki i instalacje – następował zgodnie z procesem ISO- KP-12 z 28.01.2010 r.
8. Zarządzanie sprzętem i aparaturą medyczną, wyposażeniem i urządzeniami technicznymi ustalono w procedurze P-6.3-01 z 28.01.2010r.
9. Nadzór nad infrastrukturą – sprzęt medyczny i urządzenia techniczne, wyposażenie – następował zgodnie z procesem ISO-KP-13 z 28.01.2010r.
10. Realizacja zadań związanych z ochroną danych osobowych została sformalizowana i określona procedurą ISO P-6.2-07 z 30.09.2010r.
11. Zarządzeniem Dyrektora Nr 54/2010 z 22.10.2010 r. w sprawie ewidencji i sporządzania sprawozdań budżetowych RbWs określono zasady dotyczące wydatków strukturalnych.
12. Zarządzeniem Dyrektora Nr 57/2010 z 15.12.2010 r. w sprawie zasad postępowania windykacyjnego wobec dłużników Szpitala oraz procedury odraczania i rozkładania na raty i umarzania cywilnoprawnych należności przypadających Szpitalowi – zaktualizowano dotychczas obowiązujące zarządzenie w tym zakresie.
13. Protokoły z audytów przeprowadzonych przez Audytora wewnętrznego zgodnie z Planem Audytów zatwierdzonym przez Dyrektora.

14. Postępowanie zgodne z Zarząd. Dyrektora Nr 42/2008 z 27.11.2008 w sprawie Powołania Komisji Inwentaryzacyjnej.
15. Kontrola finansowa dokonywana przez Z-cę Dyr. Ds. Finansowo-Ekonomicznych Główny Księgowy na podst przekazania przez Dyrektora obowiązków w tym zakresie na podst. Art.54 ust.1 Ustawy o finansach publicznych.
16. Audyty ISO zgodnie z Planem Audytów – dokumentacja u Pełnomocnika ds. Jakości.
17. Samoocena systemu kontroli zarządczej sporządzona została na dzień 31.12.2010r.

Usprawnienia: 1. efektywność komunikacji - zastępcy dyrektora, naczelnia pielęgniarka

IV. Element: Informacja i komunikacja

1. Polityka bezpieczeństwa informacji i Materiał szkoleniowy z zakresu danych osobowych zatwierdzony przez Dyrektora w II.2010r.
2. Internet – Biuletyn Informacji Publicznej (BIP).
3. Postępowanie związane z ewidencją operacji gospodarczych zgodne z Polityka rachunkowości z 2002 r. oraz Instrukcją obiegu i ewidencji dokumentacji finansowo – księgowej z 2004 r.
4. Postępowanie zgodne z Instrukcją Kancelaryjną.
5. Prowadzenie operacji gotówkowych zgodne z Instrukcją Kasową zaktualizowaną w XI.2007r.
6. Miesięczne i kwartalne sprawozdania finansowe przekazywane do Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego.
7. Spotkania z kierownikami komórek organizacyjnych – comiesięczne – protokoły ze spotkań w Sekretariacie Dyrektora.
8. Comiesięczne spotkania z Radą Ordynatorów.
9. Wnioskowanie do NFZ o przesunięcia oraz o zapłatę za nadlimitowo wykonane świadczenia medyczne.
10. Umowy i renegotiacje z NFZ.
11. Umowy i rozliczanie stażystów oraz rezydentów – stała wymiana informacji i sprawozdań z Ministerstwem Zdrowia (rezydenci) oraz Urzędem Marszałkowskim (stażyści).
12. Spotkania z przedstawicielami Związków zawodowych. Protokoły w Dziale Kadr oraz Sekretariacie Dyrektora.
13. Posiedzenia Rady Społecznej działającej przy MSSW przy współudziale przedstawicieli wszystkich organizacji społecznych i zawodowych. Protokoły u pracownika ds. organizacyjnych.
14. Zarządzanie systemem informatycznym zgodnie z Instrukcją ISO IN-63-02-01.
15. Sprawowanie kontroli oraz nadzór nad załatwianiem skarg i wniosków. Książka skarg u Pełnomocnika Dyrektora

V. Element: Monitorowanie o ocena

1. W MSS w 2010 roku kontrolę przeprowadzały : Urząd Marszałkowski – kontrola kompleksowa, NFZ – dotyczyły różnych oddziałów szpitalnych, SANEPID – kompleksowa i szczegółowe. daty i tematy zostały wpisane do Książki Kontroli znajdującej się w Sekretariacie Dyrektora.
2. Protokoły pokontrolne i odpowiedzi na nie w Sekretariacie Dyrektora.
3. Realizacja zaleceń pokontrolnych dotycząca kontroli zewnętrznych (NFZ, Urząd Marszałkowski, Sanepid itp.)
4. Realizacja zaleceń pokontrolnych dotycząca kontroli wewnętrznych (audytorzy ISO oraz audytora wewnętrznego)

Usprawnienia: znajomość standardów kontroli zarządczej - odpowiedzialni zastępcy dyrektora, naczelnia pielęgniarka, kierownik kadr

data i podpis kierownika jednostki 12.05.2011 DYREKTOR <i>dr Janusz Restor</i>	MIEDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE 04-749 Warszawa, ul. Bursztynowa 2 tel. 022-47-35-330, tel./fax 022-815-67-39 Regon 010669853. NIP 952-17-89-325
---	---