

ZARZĄDZENIE Nr 164/2022

**Dyrektora Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie
z dnia 08. grudnia 2022 r.**

w sprawie: wprowadzenia nowego brzmienia „Regulaminu organizacji i sprawowania kontroli zarządczej w Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie” oraz sprawowania kontroli zarządczej w 2022 r. i w latach następnych.

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych* (Dz. U. z 2021 r. poz. 305 z późn. zm.), Regulaminu Organizacyjny Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie, Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 września 2010 r. *w sprawie planu działalności i sprawozdania z jego wykonania* (Dz. U. z 2010 r., nr 187, poz. 1254) i Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 2 grudnia 2010 r. *w sprawie wzoru oświadczenia o stanie kontroli zarządczej* (Dz. U. z 2010 r., nr 238, poz. 1581) oraz mając na uwadze Komunikat nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. *w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych* (Dz. Urz. MF Nr 15, poz. 84), Komunikat Nr 3 Ministra Finansów z dnia 16 lutego 2011 r. *w sprawie wytycznych w zakresie samooceny kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych* (Dz. Urz. MF Nr 2, poz. 11) i Komunikat Nr 6 Ministra Finansów z dnia 6 grudnia 2012 r. *w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem* (Dz. Urz. MF z dnia 18 grudnia 2012 r., poz. 56) zarządzam, co następuje:

§ 1

Wprowadza się do użytku „Regulamin organizacji i sprawowania kontroli zarządczej w Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie”, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Inspektora ds. administracyjnych w Wydziale Organizacyjno – Administracyjnym Panią Małgorzatę Jedlińską ustanawiam Koordynatorem ds. kontroli zarządczej, zwanym

w Zarządzeniu i Regulaminie o którym mowa w § 1 „Inspektorem ds. administracyjnych w Wydziale Organizacyjno – Administracyjnym”, który to realizuje swoje czynności pod nadzorem Kierownika Wydziału Organizacyjno-Administracyjnego, zgodnie z Regulaminem wskazanym w § 1 i polecam mu:

- 1) do dnia 15.12.2022 r. zorganizować przeprowadzenie oceny realizacji przedsięwzięć z zakresu kontroli zarządczej poprzez rozesłanie stosownych dokumentów, zgodnie z ich rozdzielnikiem przedstawionym w załączniku nr 2 do niniejszego Zarządzenia;
- 2) do dnia 23.12.2022 r. przedstawić mi do zatwierdzenia „Plan działalności Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie na 2023 rok” oraz sporządzony w stosunku do zapisów wzmiankowanego Planu „Rejestr ryzyk zidentyfikowanych do celów przyjętych do realizacji w Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Specjalistycznego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie w 2023 roku”;
- 3) do dnia 25.01.2023 r. przedstawić mi do wglądu wyniki rocznej kontroli problemowej w Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Specjalistycznym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Warszawie za 2022 rok oraz agregację i analizę wyników oceny systemu kontroli zarządczej ze wskazaniem słabości systemu kontroli zarządczej oraz potencjalnych przyczyn i skutków stwierdzonych nieprawidłowości;
- 4) do dnia 31.01.2023 r. przedstawić mi do zatwierdzenia „Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej Dyrektora Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie za rok 2022” oraz „Sprawozdanie z wykonania „Planu działalności Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie za rok 2022”.

§ 3

Osobom funkcyjnym wymienionym w „Rozdzielniku dokumentów do dokonania oceny kontroli zarządczej za rok 2022” polecam:

- 1) do dnia 15.12.2022 r. zgłosić do Inspektora ds. administracyjnych w Wydziale Organizacyjno - Administracyjnym propozycje do „Planu działalności Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie na 2023 rok” oraz sporządzonego w stosunku do zapisów wzmiankowanego Planu „Rejestru ryzyk zidentyfikowanych do celów przyjętych do

- realizacji w Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Specjalistycznego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie w 2023 roku”;
- 2) do dnia 10.01.2023 r. przeprowadzić roczną kontrolę problemową zgodnie z zapisami Regulaminu. Udokumentowane wyniki kontroli przekazać Inspektorowi ds. administracyjnych w Wydziale Organizacyjno - Administracyjnym;
 - 3) do dnia 31.12.2022 r. wypełnić otrzymane ankiety osobiście oraz spowodować ich wypełnienie przez podległych pracowników i przesłać poprzez Kancelarie Przychodni na moje ręce;
 - 4) Do dnia 15.01.2023 r. wypełnić i przesłać „Oświadczenia o stanie kontroli zarządczej za rok 2022”.

§ 4

W latach następnych terminy wykonania poszczególnych zadań przyjmuje się analogicznie jak w § 2 i 3 niniejszego Zarządzenia.

§ 5

Pracownik Kancelarii powiadomi o niniejszym Zarządzeniu osoby wymienione w rozdzielniku.

§ 6

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania. Jednocześnie traci moc Zarządzenie Nr 9/2012 Dyrektora Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska SPZOZ w Warszawie z dnia 18.06.2012r. w sprawie systemu kontroli zarządczej w Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska SPZOZ w Warszawie.

Rozdzielnik:

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa
2. Główny Księgowy
3. Naczelnia Pielęgniarka
4. Szef Logistyki
5. Kierownik Działu Kadr
6. Specjalista ds. BHP/ Inspektor Ochrony danych
7. Inspektor Ochrony ppoż./Specjalista ds. BHP
8. Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ
9. Kierownik Wydziału Organizacyjno-Administracyjnego
10. Kierownik Poradni Stomatologicznych
11. Kierownik ds. Rehabilitacji
12. Kierownik Sekcji Kontraktowania i Rozliczeń Świadczeń Medycznych
13. Pielęgniarka koordynująca N31
14. Pielęgniarka koordynująca N5
15. Pielęgniarka koordynująca N10
16. Pielęgniarka koordynująca A16
17. Kierownik Poradni Psychologicznej
18. Informatyk - koordynator
19. Inspektor ds. Administracyjnych – Małgorzata Jedlińska

**Regulamin organizacji i sprawowania kontroli zarządczej
w Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska
Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Warszawie**

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Regulamin organizacji i sprawowania kontroli zarządczej w Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Warszawie, zwany dalej „Regulaminem” określa organizację i zasady funkcjonowania kontroli zarządczej w Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Warszawie, w szczególności:
 - 1) sposób sprawowania kontroli zarządczej,
 - 2) system zarządzania ryzykiem,
 - 3) metody monitorowania i oceny kontroli zarządczej, w tym gromadzenia i przekazywania niezbędnych informacji i dokumentów.
2. Postanowień niniejszego dokumentu nie będzie się stosować się do regulacji wewnętrznych dotyczących spraw obronnych i ochrony informacji niejawnych, o ile takie regulacje zostaną wprowadzone.
3. Ilekróć w niniejszym dokumencie jest mowa o:
 - 1) **Przychodni** – należy przez to rozumieć Specjalistyczną Przychodnię Lekarską dla Pracowników Wojska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie, zwany również w Regulaminie „Specjalistyczną Przychodnię Lekarską dla Pracowników Wojska SPZOK w Warszawie”, jak i „SPL dla PW SPZOK w Warszawie”,
 - 2) **Dyrektorze** – należy przez to rozumieć Dyrektora SPL dla PW SPZOK w Warszawie,
 - 3) **komórce organizacyjnej** – należy przez to rozumieć jednostki organizacyjne, komórki organizacyjne oraz stanowiska samodzielne występujące w strukturze organizacyjnej SPL dla PW SPZOK w Warszawie,
 - 4) **pracowniku** – należy przez to rozumieć każdą osobę świadczącą pracę na rzecz SPL dla PW SPZOK w Warszawie bez względu na zajmowane stanowisko lub pełnioną funkcję oraz formę i podstawę prawną zatrudnienia,

- 5) **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,
- 6) **ryzyku** – należy przez to rozumieć dowolne zdarzenie (tj. działanie lub zaniechanie), które może mieć negatywny wpływ na realizację założonych celów i zadań SPL dla PW SPZOZ w Warszawie,
- 7) **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 SPL dla PW SPZOZ w Warszawie.

II. DEFINICJA I CELE KONTROLI ZARZĄDCZEJ

1. Kontrola zarządcza to ogół działań podejmowanych we wszystkich rodzajach aktywności Przychodni, które są konieczne dla zapewnienia realizacji jej misji, celów i zadań w sposób zgodny z obowiązującym prawem, skuteczny, efektywny, oszczędny i terminowy.
2. Główne cele kontroli zarządczej w Przychodni, to zapewnienie:
 - 1) zgodności działalności z przepisami prawa oraz regulacjami wewnętrznymi,
 - 2) skuteczności, efektywności i terminowości działania,
 - 3) ochrony wszelkich zasobów wykorzystywanych w związku z wykonywanymi zadaniami (niezależnie od tytułu prawnego),
 - 4) wiarygodności generowanych sprawozdań, raportów i informacji dotyczących wszelkich aspektów działalności Przychodni, w tym jej sytuacji finansowej,
 - 5) skuteczności i efektywności przepływu informacji wewnętrznej, a także pomiędzy Przychodnią, a podmiotami z jego otoczenia (np. Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Obrony Narodowej, Ministerstwem Zdrowia, Rzecznikiem Praw Pacjenta, Mazowieckim Urzędem Wojewódzkim) lub organami kontroli państwowej i ochrony prawa, które na podstawie posiadanych uprawnień mogą korzystać z takich informacji,
 - 6) zarządzania ryzykiem na wszystkich szczeblach organizacyjnych w sposób skutecznie ograniczający prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń mogących spowodować zagrożenie dla osiągnięcia zamierzonych celów i zadań,

- 7) przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania, w tym wynikających ze stosowanych w Przychodni przepisów prawa, regulacji wewnętrznych i kodeksów etyki.
3. W Przychodni możliwe jest określenie dodatkowych celów kontroli zarządczej wynikających z charakteru i warunków jej działalności.

III. PODMIOTOWY I PRZEDMIOTOWY ZAKRES KONTROLI ZARZĄDCZEJ

1. Za wdrożenie i funkcjonowanie adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej w Przychodni, odpowiada Dyrektor.
2. Kontrola zarządcza stanowi instrument wspomagający zarządzanie Przychodnią i jest ściśle powiązana z jej strukturą 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, a także przygotowywania projektów planów, oświadczeń i sprawozdań realizuje inspektor ds. administracyjnych w Wydziale Organizacyjno – Administracyjnym, a nadzór na wykonywaniem wyżej wymienionych zadań przez wskazanego pracownika sprawuje Kierownik Wydziału Organizacyjno-Administracyjnego.
4. Kontrola zarządcza obejmuje swoim zakresem całokształt funkcjonowania Przychodni, w tym:
 - określenie stanu planowanego (wyznaczanie 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 odchyleń,
 - 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 Przychodni, standardy postępowania w szczególności w zakresie wyznaczania i realizacji celów i zadań, zarządzania ryzykiem oraz posiadanymi zasobami osobowymi, finansowymi, materialnymi i informacyjnymi.

2. Zbiór i rejestr regulacji wewnętrznych Przychodni, (w tym procedur kontroli zarządczej) jest prowadzony w formie papierowej i znajduje w Wydziale Organizacyjno-Administracyjnym.
3. W celu osiągnięcia wymaganego poziomu kontroli zarządczej w Przychodni sprecyzowano standardy obejmujące:
 - 1) Środowisko kontroli;
 - 2) Cele i zarządzanie ryzykiem;
 - 3) Mechanizmy kontroli;
 - 4) Informację i komunikację;
 - 5) Monitorowanie i ocenę.

A. ŚRODOWISKO KONTROLI

1. Środowisko wewnętrzne ma zasadniczy wpływ na jakość kontroli zarządczej, kulturę organizacyjną oraz atmosferę panującą w Przychodni.
2. Na prawidłowe ukształtowanie środowiska wewnętrznego mają wpływ następujące elementy:
 - 1) Przestrzeganie wartości etycznych, realizowane poprzez wykonywanie następujących czynności:
 - a) Dyrekcja, Naczelna Pielęgniarka, kierownicy i pracownicy Przychodni, wykonując zadania, kierują się zasadami zawartymi w przepisach prawa, regulacjach wewnętrznych i stosowanych w Przychodni, kodeksach etyki, a także przejawianą na co dzień postawą służbową i osobistą (tj. rzetelnością, odpowiedzialnością, obiektywizmem, bezinteresownością, uczciwością i kulturą);
 - b) Dyrektor wspiera i promuje przestrzeganie wartości etycznych dając dobry przykład codziennym postępowaniem i podejmowanymi decyzjami;
 - c) W Przychodni akceptuje się tylko takie zachowania, które są nienaganne oraz oceniane powszechnie jako etyczne. Ujawnione przypadki nieetycznego zachowania są analizowane przez poszczególnych przełożonych i mają wpływ na ocenę adaptacji nowego pracownika;
 - d) Wszyscy pracownicy (na etapie przyjmowania lub w trakcie pracy) są zapoznawani z obowiązującymi w Przychodni wartościami etycznymi i zasadami ich przestrzegania;
 - 2) Kompetencje zawodowe pracowników, w tym:

- a) Kompetencje zawodowe wymagane na poszczególnych stanowiskach są określone aktualnie obowiązującymi przepisami prawa;
 - b) 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);
 - c) Pracownicy na bieżąco rozwijają swoje kompetencje zawodowe. Przychodnia 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;
 - d) Zasady wynagradzania, motywowania, rozwoju i indywidualnych kwalifikacji zawodowych, awansowania, itp. są określone w odpowiednich regulacjach wewnętrznych;
- 3) Struktura organizacyjna, ustalana zgodnie z poniższymi zasadami:
- a) Struktura organizacyjna Przychodni jest dostosowana do aktualnych celów i zadań oraz warunków otoczenia;
 - b) Stopień zdecentralizowania struktury organizacyjnej Przychodni, w szczególności w zakresie wynikającym z przepisów prawa, zapewnia odpowiedni poziom obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności kierowników komórek organizacyjnych za podejmowane decyzje;
 - c) Każda z komórek organizacyjnych realizuje określone cele i zadania Przychodni. Szczegółowe zakresy zadań poszczególnych komórek organizacyjnych wynikają

wprost z przepisów prawa, Statutu, Regulaminu Organizacyjnego oraz innych regulacji wewnętrznych;

- d) Zastępca Dyrektora ds. Lecznich, Naczelna Pielęgniarka i kierownicy komórek organizacyjnych odpowiadają za realizację konkretnych celów i zadań wyznaczonych w planie działalności Przychodni oraz prezentację ich wyników (sprawozdawczość), a w związku z tym za określenie podległym pracownikom precyzyjnych i zrozumiałych zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności;
 - e) 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);
 - f) Za dokonywanie niezbędnych zmian w strukturze organizacyjnej i związaną z tym aktualizacją Statutu i Regulaminu Organizacyjnego oraz innych regulacji wewnętrznych odpowiada Wydział Organizacyjno-Administracyjny 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.
- 4) Delegowanie zadań, uprawnień i odpowiedzialności realizowane w sposób następujący:
- a) Jasne i precyzyjne zakresy obowiązków służbowych poszczególnych pracowników są przedstawiane na piśmie, a ich przyjęcie lub zmiana jest każdorazowo potwierdzane własnoręcznym podpisem danego pracownika. Zakresy obowiązków służbowych znajdują się w aktach osobowych, prowadzonych przez Dział Kadr;
 - b) Dodatkowe uprawnienia (tj. nieujęte w poszczególnych zakresach obowiązków służbowych) są powierzane w formie pisemnych, imiennych, precyzyjnie określonych upoważnień lub pełnomocnictw, a ich przyjęcie każdorazowo potwierdzane jest podpisem danego pracownika. Wydane upoważnienia i pełnomocnictwa podlegają rejestracji w Wydziale Organizacyjno-Administracyjnym, a informacje o nich są przekazywane kierownikom i/lub

pracownikom komórek organizacyjnych, którym jest to niezbędne do prawidłowej i terminowej realizacji powierzonych im zadań;

- c) Sposób i zakres delegowania obowiązków i uprawnień poszczególnym pracownikom są zgodne z przepisami prawa i regulacjami wewnętrznymi oraz odpowiednie do posiadanych przez nich kwalifikacji, wagi podejmowanych decyzji, stopnia ich skomplikowania i częstotliwości ich podejmowania (decyzje strategiczne lub/i decyzje o bieżącym charakterze), a także ryzyka z nimi związanego. Każdemu powierzeniu obowiązków i uprawnień towarzyszy zobowiązanie do odpowiedzialności w tym zakresie;
- d) Delegowanie obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności wiąże się z zapewnieniem odpowiednich narzędzi wykonawczych; 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 Przychodni, 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:
 - 1) Misja oraz wyznaczanie i monitorowanie celów i zadań, realizowane w sposób poniższy:
 - a) Misja Przychodni stanowi punkt wyjścia do planowania działalności oraz systemu kontroli zarządczej (w tym zarządzania ryzykiem);
 - b) W celu realizacji misji Przychodnia opracowuje roczny plan działalności określający, zgodnie z przepisami prawa i wytycznymi obowiązującymi w tym zakresie, cele i zadania Przychodni. Wzór „Planu działalności Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie na ... rok” przedstawia Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu;
 - c) W określeniu celów i zadań Przychodni, mierników stopnia ich osiągnięcia oraz adekwatnych mechanizmów kontroli są zaangażowani odpowiednio

przygotowani: Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelna Pielęgniarka, kierownicy komórek organizacyjnych oraz inni wyznaczeni pracownicy;

- d) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelna Pielęgniarka i kierownicy komórek organizacyjnych zapoznają podległych pracowników z zadaniami wyznaczonymi ich komórkom w planie działalności;
 - e) Realizacja zamierzonych celów i zadań jest monitorowana na bieżąco przez Dyrektora, Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelną Pielęgniarkę i kierowników komórek organizacyjnych;
 - f) Do dnia 31 stycznia sporządzane jest „Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej Dyrektora Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie za rok ...” oraz „Sprawozdanie z wykonania „Planu działalności Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie za rok ...””, zgodnie z przepisami prawa i wytycznymi obowiązującymi w tym zakresie. Wzór „Oświadczenia o stanie kontroli zarządczej Dyrektora Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie za rok ...” przedstawia Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu. Wzór „Sprawozdania z wykonania „Planu działalności Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie za rok ...”” przedstawia Załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu;
- 2) Identyfikacja i analiza ryzyka oraz reakcja na ryzyko, przeprowadzone w następujący sposób:.
- a) w Przychodni, 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;
 - b) Wdrożony w Przychodni 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;
 - c) Zarządzanie ryzykiem obejmuje:
 - identyfikację i analizę ryzyka dla kluczowych celów i zadań Przychodni,

- reakcję na ryzyko (tj. ustalenie metod przeciwdziałania lub ograniczenia skutków ryzyka),
 - monitorowanie procesu zarządzania ryzykiem i wprowadzanie niezbędnych zmian;
- d) 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 odpraw (nadar) kierownictwa,
 - wyniki samooceny systemu kontroli zarządczej,
 - oceny kontroli wewnętrznych i zewnętrznych,
 - inne źródła informacji;
- e) Zidentyfikowane ryzyka poddawane są analizie (oszacowaniu) polegającej na określeniu prawdopodobieństwa i potencjalnego skutku wystąpienia danego ryzyka oraz poziomu jego istotności, w szczególności:
- określenie prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka polega na ustaleniu przewidywanej częstotliwości występowania danego zdarzenia (oszacowanie prawdopodobieństwa dokonuje się w skali punktowej od 1 do 3, gdzie 1 oznacza niskie prawdopodobieństwo, a 3 prawdopodobieństwo wysokie, 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 3, gdzie 1 oznacza niski, nieznaczny wpływ, natomiast 3 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 4 do niniejszego Regulaminu;
- f) Inspektor ds. administracyjnych w Wydziale Organizacyjno - Administracyjnym pod nadzorem Kierownika Wydziału Organizacyjno-Administracyjnego, 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 Przychodni 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 przedłożenia Dyrektorowi do zatwierdzenia „Rejestru ryzyk zidentyfikowanych do celów przyjętych do realizacji w Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Specjalistycznego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie w ... roku”,
 - 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. Wzór „Rejestru ryzyk zidentyfikowanych do celów przyjętych do realizacji w Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Specjalistycznego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie w ... roku” przedstawia Załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu;
- g) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelna Pielęgniarka i kierownicy komórek organizacyjnych, w zakresie zarządzania ryzykiem, są zobowiązani do:
- wdrożenia i stosowania w podległych im komórkach organizacyjnych mechanizmów kontroli określonych w „Rejestrze ryzyk ...”, oraz monitorowania ich celowości, adekwatności, efektywności i skuteczności,
 - bieżącego analizowania warunków, w których funkcjonuje podległa im komórka organizacyjna, a w przypadku zidentyfikowania ryzyk lub stwierdzenia zmiany poziomu istotności dotychczasowych – do niezwłocznego powiadomienia Inspektora ds. administracyjnych w Wydziale Organizacyjno - Administracyjnym i Kierownika Wydziału Organizacyjno-Administracyjnego celem wprowadzenia niezbędnych zmian do „Rejestru ryzyk ...”. Wzór

„Arkusza zgłoszenia ryzyka” przedstawia Załącznik nr 6 do niniejszego Regulaminu,

- stałej współpracy z Inspektorem ds. administracyjnych w Wydziale Organizacyjno - Administracyjnym w zakresie identyfikacji i analizy ryzyka i mechanizmów kontroli, a w razie potrzeby wnioskowanie o wprowadzenie niezbędnych zmian w zakresie zarządzania ryzykiem;
- h) 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, a co za tym idzie Przychodni jako całości.

C. MECHANIZMY KONTROLI

1. Mechanizmy kontroli w Przychodni stanowią ustalone w procedurach kontroli zarządczej zasady postępowania mające na celu zapewnienie realizacji założonych celów i zadań na każdym poziomie działalności Przychodni oraz ograniczenie istotnych ryzyk do poziomu akceptowalnego.
2. Do podstawowych mechanizmów kontroli w Przychodni zalicza się w szczególności:
 - 1) Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej, realizowane na następujących zasadach:
 - a) Dokumentacja kontroli zarządczej obejmuje procedury kontroli zarządczej, zakresy obowiązków służbowych 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. dekretacje, podpisy, daty, pieczętki, parafy).
 - b) Dokumentacja systemu kontroli zarządczej pozwala na:
 - prześledzenie procesu decyzyjnego,
 - odtworzenie przebiegu całego procesu,
 - zidentyfikowanie uczestników procesu,
 - zidentyfikowanie punktów kontrolnych,
 - prześledzenie obiegu dokumentów;
 - c) Procedury kontroli zarządczej są znane oraz łatwo dostępne (rejestrowane, gromadzone i udostępniane w formie papierowej przez Inspektora ds. administracyjnych w Wydziale Organizacyjno – Administracyjnym pod

nadzorem Kierownika Wydziału Organizacyjno-Administracyjnego wszystkim pracownikom, którym są niezbędne do prawidłowej i terminowej realizacji przydzielonych im zadań);

- d) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelna Pielęgniarka i 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 Inspektorem ds. administracyjnych w Wydziale Organizacyjno - Administracyjnym oraz Kierownikiem Wydziału Organizacyjno-Administracyjnego w zakresie niezbędnych zmian;
- e) Wszystkie przypadki, w których ze względu na nadzwyczajne okoliczności odstąpiono od odpowiednich procedur kontroli zarządczej, są opisywane, uzasadniane i zatwierdzane przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelną Pielęgniarkę i kierowników komórek organizacyjnych Przychodni, a następnie przez Dyrektora, a w przypadkach dotyczących operacji finansowych i gospodarczych, także przez Głównego Księgowego.

2) Nadzór, realizowany w sposób następujący:

- a) Struktura organizacyjna Przychodni zapewnia podległość każdego pracownika Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelnej Pielęgniarence lub 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;
- b) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelna Pielęgniarka i 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,
 - podejmowania 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 bezpośredniemu przełożonemu lub Dyrektorowi, w tym wnioskowania o zastosowanie sankcji regulaminowych w stosunku do osób winnych zaniedbań;

- c) Pracownicy każdej komórki organizacyjnej Przychodni są świadomi kluczowych decyzji lub działań, które mogą być podejmowane wyłącznie za zgodą właściwego kierownika;
 - d) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelna Pielęgniarka i kierownicy komórek organizacyjnych ponoszą odpowiedzialność za błędy lub zaniechania podległych pracowników;
 - e) W obszarach szczególnie podatnych na zagrożenia mogą być dokonywane wewnętrzne kontrole problemowe przeprowadzane przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelną Pielęgniarkę lub kierownika danej komórki organizacyjnej bądź osobę lub zespół powołany przez Dyrektora;
- 3) Zapewnienie ciągłości działalności, realizowanie w sposób poniższy:
- a) Zarządzanie ciągłością działalności Przychodni polega na:
 - identyfikacji obszarów strategicznych oraz analizę zagrożeń dla ciągłości działania w tych obszarach,
 - działalności kluczowej kadry, gwarantującej utrzymanie ciągłości wykonywania zadań przez pracowników o odpowiednim poziomie kwalifikacji,
 - wdrożeniu systemów i mechanizmów kontroli ograniczających konkretne ryzyka w obszarach strategicznych;
 - b) Do najważniejszych mechanizmów kontroli służących zapewnieniu ciągłości działalności zalicza się w szczególności:
 - sformalizowany i udokumentowany system zastępstw kluczowych pracowników, precyzyjnie określający zakres obowiązków służbowych oraz dostęp do odpowiedniej informacji i dokumentacji,
 - system planowania urlopów pracowniczych,
 - procedury powiadamiania o incydentach i sytuacjach nadzwyczajnych,
 - plany awaryjne zapewnienia ciągłości działania;
 - c) 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;

- d) Struktura zastępstw, procedury powiadamiania o incydentach i plany zapewnienia ciągłości działania są okresowo analizowane i udoskonalane przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelną Pielęgniarkę oraz właściwych kierowników komórek organizacyjnych z uwzględnieniem niezbędnej współpracy w tym zakresie;
- 4) Ochronę zasobów, realizowaną poprzez następujące działania:
- a) Ochrona zasobów Przychodni jest realizowana w sensie organizacyjnym i technicznym zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi;
 - b) Dostęp do zasobów finansowych, materialnych i informacyjnych Przychodni mają wyłącznie osoby upoważnione, zgodnie z odpowiednimi procedurami wewnętrznymi;
 - c) Kadrze kierowniczej oraz pracownikom w ich zakresach obowiązków służbowych powierza się odpowiedzialność za zapewnienie ochrony i właściwe wykorzystanie powierzonych zasobów Przychodni (finansowych, materialnych i informatycznych), zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi;
 - d) Składniki majątku trwałego są zidentyfikowane, odpowiednio spisane i oznakowane w księgach rachunkowych i innych dokumentach ewidencyjnych. Szczegółowe zasady w tym zakresie określają odpowiednie regulacje wewnętrzne;
 - e) W Przychodni wprowadzono zgodnie z wymogami prawa pracy zasady powierzania i rozliczania odpowiedzialności materialnej za powierzone składniki majątku;
 - f) W Przychodni 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 Przychodni, poważnie utrudnić lub całkowicie sparaliżować jej funkcjonowanie lub spowodować odpowiedzialność cywilną i/lub karną osób odpowiedzialnych;
 - g) Dodatkowe środki zabezpieczenia technicznego oraz zasady dostępu do pomieszczeń, zastosowano do takich obszarów jak: kasa, miejsca przechowywania leków (w szczególności miejsca przechowywania środków odurzających i substancji psychotropowych), magazyny;
 - h) W Przychodni wdrożono adekwatne procedury i środki ochrony przeciwpożarowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wytycznymi w tym zakresie;

- 5) Zapewnienie szczegółowych mechanizmów kontroli dotyczących operacji finansowych i gospodarczych, realizowanych poprzez następujące działania:
- a) 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.;
 - b) Prowadzona w Przychodni 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;
 - c) 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;
 - d) 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 Przychodni realizowane są wyłącznie operacje prawidłowo zatwierdzone;
 - e) Kluczowe obowiązki dotyczące zatwierdzenia, kontroli oraz realizacji i księgowania operacji finansowych, gospodarczych i innych zdarzeń są realizowane przez różnych uprawnionych 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;
 - f) Szczegółowe zasady dokumentowania, zatwierdzania oraz kontroli operacji finansowych i gospodarczych wynikają z przyjętych w Przychodni 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;

6) Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych, realizowanie w sposób następujący:

a) 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;

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

7) Kontrolę roczną, realizowaną w sposób poniższy, to jest w Przychodni, co najmniej raz w roku do 20 stycznia za rok poprzedzający, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelna Pielęgniarka, kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych bezpośrednio podległych Dyrektorowi oraz samodzielni pracownicy bezpośrednio podlegli Dyrektorowi zobowiązani są do przeprowadzenia kontroli rocznej systemu kontroli zarządczej dotyczącej podległych im struktur, zgodnie z posiadanymi kompetencjami. Wyniki kontroli powinny zostać udokumentowane na formularzu stanowiącym Załącznik nr 7 do niniejszego Regulaminu.

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 Przychodni obejmuje informację bieżącą i komunikację wewnętrzną oraz komunikację zewnętrzną, to jest:

1) Informacja bieżąca i komunikacja wewnętrzna realizowana jest w sposób następujący:

a) System informacji i komunikacji wewnętrznej zapewnia dostępność informacji:

- Dyrektorowi do podejmowania decyzji strategicznych,
- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelnej Pielęgniarki i kierownikom komórek organizacyjnych do podejmowania decyzji operacyjnych,
- pracownikom do prawidłowej realizacji ich zadań;

- b) Bieżąca informacja, w zależności od rodzaju i wagi, jest przekazywana ustnie, drogą elektroniczną (e-mail) lub drogą służbową zgodnie z obowiązującymi w Przychodni zasadami określonymi w Instrukcji kancelaryjnej. W miarę potrzeb organizowane są odprawy, narady i spotkania kierownictwa oraz funkcjonujących w Przychodni komisji, zespołów, itp.;
- c) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelną Pielęgniarką i kierownicy komórek organizacyjnych, w ramach systemu obiegu informacji i komunikacji wewnętrznej, są zobowiązani do współpracy z Inspektorem ds. administracyjnych w Wydziale Organizacyjno - Administracyjnym w ramach opracowywania projektów regulacji wewnętrznych określających terminy i metody przekazywania wymaganych informacji i dokumentów w szczególności do:
- ustalania i aktualizacji zakresów obowiązków służbowych 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;
- d) Wszyscy pracownicy Przychodni 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;

- e) 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 Przychodni;

2) Komunikacja zewnętrzna realizowana jest w sposób następujący:

- a) W ramach komunikacji zewnętrznej informacje są przekazywane w formie pisemnej (papierowej) lub z wykorzystaniem sieci teleinformatycznej (poczta elektroniczna, fax, strona internetowa Przychodni, BIP, itp.), a także ustnej np. rozmowa telefoniczna;
- b) W przypadku informacji wymaganych odpowiednimi przepisami prawa czy też przepisami resortowymi (tj. meldunki i sprawozdania z realizacji zadań, statystyczne, finansowe, itp.) obowiązują zasady i terminy wskazane w tych przepisach lub przez odbiorców tych informacji;
- c) Każde pismo przychodzące z zewnątrz trafia do Kancelarii Przychodni i dalsze postępowanie z nim określa Instrukcja Kancelaryjna obowiązująca w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie;
- d) Pisma wychodzące na zewnątrz są parafowane przez: pracownika bezpośrednio zajmującego się sprawą, następnie w zależności od tematyki przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelną Pielęgniarkę lub kierownika komórki organizacyjnej, jeżeli związane jest z wydatkowaniem środków finansowych również przez Głównego Księgowego i dopiero wtedy może być podpisane przez Dyrektora lub upoważnionego pracownika i rejestrowane w Kancelarii Przychodni oraz wysyłane do adresata (w przypadku bardzo pilnego pisma liczba osób parafujących może być ograniczona, w zależności od decyzji Dyrektora);
- e) Do udzielania informacji mediom i kontaktowania się z nimi upoważnione jest Centrum Informacyjne MON;

3) Przyjmowanie i rozpatrywanie skarg i wniosków, realizowane w sposób następujący:

- a) Pisemne skargi i wnioski wpływające do Przychodni, są dekretowane na Kierownika Wydziału Organizacyjno-Administracyjnego, które odpowiedzialny jest za przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego. Kierownik Wydziału Organizacyjno - Administracyjnego ma możliwość dalszego dekretowania sprawy w celu jej wyjaśnienia na osoby merytorycznie odpowiedzialne za dany

obszar, którego dotyczy pisemna skarga lub wniosek. Odpowiedzi na pisemne skargi i wnioski są podpisywane przez Dyrektora, Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa (w zakresie obszaru za który jest odpowiedzialny) lub Naczelną Pielęgniarkę (w zakresie obszaru za który jest odpowiedzialna), po uprzednim zapoznaniu się z dokumentacją danej sprawy i ewentualnym zasięgnięciu opinii Radcy Prawnego pod względem formalno-prawnym;

- b) Ustne skargi i wnioski są przyjmowane przez Dyrektora, zgodnie z zarządzeniem Dyrektora w sprawie organizacji i funkcjonowania systemu skargowo-wnioskowego.

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 Przychodni.
2. Monitorowanie i ocena systemu kontroli zarządczej obejmuje:
 - 1) Bieżące monitorowanie systemu kontroli zarządczej, realizowane w sposób następujący:
 - a) Dyrektor, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelna Pielęgniarka 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;
 - b) 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,
 - odprawy i narady kierownictwa, zespołów merytorycznych, itp.,
 - wyniki kontroli wewnętrznych i zewnętrznych,
 - stwierdzone przypadki problemów lub nieprawidłowości w bieżącej działalności,
 - wnoszone skargi i wnioski;
 - c) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelna Pielęgniarka i 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.;

- d) 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) Okresową samoocenę systemu kontroli zarządczej, realizowane w sposób następujący:

- a) Przynajmniej raz w roku, w terminie wyznaczonym przez Dyrektora, przeprowadzana jest okresowa samoocena systemu kontroli zarządczej w drodze sporządzenia i złożenia stosownych oświadczeń z załączonymi, wypełnionymi ankietami samooceny przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelną Pielęgniarkę i kierowników komórek organizacyjnych (kierownictwo). Ww. osoby funkcyjne są odpowiedzialne za przeprowadzenie samooceny pośród podległych sobie pracowników, a wyniki tej samooceny (wypełnione ankiety) załączają do dokumentacji kontroli zarządczej. Wzór „Oświadczenia o stanie kontroli zarządczej za rok ...”, które składa kadra kierownicza stanowi Załącznik nr 8 do niniejszego Regulaminu. Przykład „Ankiety do samooceny kontroli zarządczej – kierownictwo” stanowi Załącznik nr 9 do niniejszego Regulaminu. Przykład „Ankiety do samooceny kontroli zarządczej – pracownicy” stanowi Załącznik nr 10 do niniejszego Regulaminu;

- b) Wyniki samooceny systemu kontroli zarządczej są poddawane agregacji i analizie przeprowadzonej przez Inspektora ds. administracyjnych w Wydziale Organizacyjno – Administracyjnym oraz Kierownika Wydziału Organizacyjno-Administracyjnego, który na tej podstawie wskazuje Dyrektorowi Przychodni słabości systemu kontroli zarządczej oraz analizę ich potencjalnych przyczyn i skutków.

3. W oparciu o wyniki samooceny i przeprowadzonej kontroli rocznej Dyrektor wydaje zalecenia mające na celu usprawnienia systemu kontroli zarządczej.

PLAN DZIAŁALNOŚCI
Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska
Samodzielnego Publicznego Zakładu opieki Zdrowotnej w Warszawie
na rok

CZĘŚĆ A: Najważniejsze cele do realizacji w roku

(w tej części planu należy wskazać nie więcej niż pięć najważniejszych celów przyjętych przez kierownika jednostki do realizacji w zakresie jego właściwości)

Lp.	Cel	Mierniki ¹ określające stopień		Najważniejsze zadania służące realizacji celu	Odniesienie do dokumentu
		Nazwa	Planowana wartość do osiągnięcia na koniec roku, którego dotyczy plan		
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

1 Należy podać co najmniej jeden miernik. W przypadku gdy wskazany cel jest ujęty w dokumencie, którego dotyczy plan, należy podać przypisane celowi mierniki wskazane w tym dokumencie.

CZĘŚĆ B: Inne cele przyjęte do realizacji w roku

(wypełniając tę część, należy wskazać cele przyjęte do realizacji, o ile nie zostały wymienione w części A)

Lp.	Cel	Mierniki określające stopień		Najważniejsze zadania służące realizacji celu	Odniesienie do dokumentu
		Nazwa	Planowana wartość do osiągnięcia na koniec roku, którego dotyczy plan		
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

.....
/data/

.....
/podpis osoby sporządzającej plan/

.....
/podpis Dyrektora SPL dla PW SPZOZ w Warszawie/

Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej

**Dyrektora Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie**

za rok

(rok, za który składane jest oświadczenie)

Dział I²⁾

Jako osoba odpowiedzialna za zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, tj. działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy, a w szczególności dla zapewnienia:

- zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
- skuteczności i efektywności działania,
- wiarygodności sprawozdań,
- ochrony zasobów,
- przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
- efektywności i skuteczności przepływu informacji,
- zarządzania ryzykiem,

oświadczam, że ~~w kierowanym/kierowanych przeze mnie dziale/działach administracji rządowej³⁾~~ w kierowanej przeze mnie jednostce sektora finansów publicznych*
**Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielnego
Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie ul. Nowowiejska 31**
(nazwa/nazwy działu/działów administracji rządowej/nazwa jednostki sektora finansów publicznych*)

Część A⁴⁾

w wystarczającym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

Część B⁵⁾

w ograniczonym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej wraz z planowanymi działaniami, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej, zostały opisane w dziale II oświadczenia.

Część C⁶⁾

nie funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej wraz z planowanymi działaniami, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej, zostały opisane w dziale II oświadczenia.

Część D

Niniejsze oświadczenie opiera się na mojej ocenie i informacjach dostępnych w czasie sporządzania niniejszego oświadczenia pochodzących z:⁷⁾

monitoringu realizacji celów i zadań,
samooceny kontroli zarządczej przeprowadzonej z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych⁸⁾,
procesu zarządzania ryzykiem,
audytu wewnętrznego,
kontroli wewnętrznych,
kontroli zewnętrznych,
innych źródeł informacji:

Jednocześnie oświadczam, że nie są mi znane inne fakty lub okoliczności, które mogłyby wpłynąć na treść niniejszego oświadczenia.

Warszawa, rok

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis ministra/kierownika jednostki)

* Niepotrzebne skreślić.

Dział II⁹⁾

1. Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej w roku ubiegłym.

Należy opisać przyczyny złożenia zastrzeżeń w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej, np. istotną słabość kontroli zarządczej, istotną nieprawidłowość w funkcjonowaniu jednostki sektora finansów publicznych albo działu administracji rządowej, istotny cel lub zadanie, które nie zostały zrealizowane, niewystarczający monitoring kontroli zarządczej, wraz z podaniem, jeżeli to możliwe, elementu, którego zastrzeżenia dotyczą, w szczególności: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania, wiarygodności sprawozdań, ochrony zasobów, przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, efektywności i skuteczności przepływu informacji lub zarządzania ryzykiem.

2. Planowane działania, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej.

Należy opisać kluczowe działania, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej w odniesieniu do złożonych zastrzeżeń, wraz z podaniem terminu ich realizacji.

Dział III¹⁰⁾

Działania, które zostały podjęte w ubiegłym roku w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej.

1. Działania, które zostały zaplanowane na rok, którego dotyczy oświadczenie:

Należy opisać najistotniejsze działania, jakie zostały podjęte w roku, którego dotyczy niniejsze oświadczenie w odniesieniu do planowanych działań wskazanych w dziale II oświadczenia za rok poprzedzający rok, którego dotyczy niniejsze oświadczenie. W oświadczeniu za rok 2010 nie wypełnia się tego punktu.

2. Pozostałe działania:

Należy opisać najistotniejsze działania, niezaplanowane w oświadczeniu za rok poprzedzający rok, którego dotyczy niniejsze oświadczenie, jeżeli takie działania zostały podjęte.

Objaśnienia:

- 1) Należy podać nazwę ministra, ustaloną przez Prezesa Rady Ministrów na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 2003 r. Nr 24, poz. 199 i Nr 80, poz. 717, z 2004 r. Nr 238, poz. 2390 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 169, poz. 1414 i Nr 249, poz. 2104, z 2006 r. Nr 45, poz. 319, Nr 170, poz. 1217 i Nr 220, poz. 1600, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 42, poz. 337, Nr 98, poz. 817, Nr 157, poz. 1241 i Nr 161, poz. 1277 oraz z 2010 r. Nr 57, poz. 354), a w przypadku gdy oświadczenie sporządzane jest przez kierownika jednostki, nazwę pełnionej przez niego funkcji.
- 2) W dziale I, w zależności od wyników oceny stanu kontroli zarządczej, wypełnia się tylko jedną część z części A albo B, albo C przez zaznaczenie znakiem "X" odpowiedniego wiersza. Pozostałe dwie części wykreśla się. Część D wypełnia się niezależnie od wyników oceny stanu kontroli zarządczej.
- 3) Minister kierujący więcej niż jednym działem administracji rządowej składa jedno oświadczenie o stanie kontroli zarządczej w zakresie wszystkich kierowanych przez niego działów, obejmujące również urząd obsługujący ministra. Oświadczenie nie obejmuje jednostek, które nie są jednostkami sektora finansów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 146, Nr 96, poz. 620, Nr 123, poz. 835, Nr 152, poz. 1020 i Nr 238, poz. 1578).
- 4) Część A wypełnia się w przypadku, gdy kontrola zarządcza w wystarczającym stopniu zapewniła łącznie wszystkie następujące elementy: zgodność działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczność i efektywność działania, wiarygodność sprawozdań, ochronę zasobów, przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania, efektywność i skuteczność przepływu informacji oraz zarządzanie ryzykiem.
- 5) Część B wypełnia się w przypadku, gdy kontrola zarządcza nie zapewniła w wystarczającym stopniu jednego lub więcej z wymienionych elementów: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania, wiarygodności sprawozdań, ochrony zasobów, przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, efektywności i skuteczności przepływu informacji lub zarządzania ryzykiem, z zastrzeżeniem przypisu 6.
- 6) Część C wypełnia się w przypadku, gdy kontrola zarządcza nie zapewniła w wystarczającym stopniu żadnego z wymienionych elementów: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania, wiarygodności sprawozdań, ochrony zasobów, przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, efektywności i skuteczności przepływu informacji oraz zarządzania ryzykiem.
- 7) Znakiem "X" zaznaczyć odpowiednie wiersze. W przypadku zaznaczenia punktu "innych źródeł informacji" należy je wymienić.
- 8) Standardy kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych ogłoszone przez Ministra Finansów na podstawie art. 69 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
- 9) Dział II sporządzany jest w przypadku, gdy w dziale I niniejszego oświadczenia zaznaczono część B albo C.

- ¹⁰⁾ *Dział III sporządza się w przypadku, gdy w dziale I oświadczenia za rok poprzedzający rok, którego dotyczy niniejsze oświadczenie, była zaznaczona część B albo C lub gdy w roku, którego dotyczy niniejsze oświadczenie, były podejmowane inne niezaplanowane działania mające na celu poprawę funkcjonowania kontroli zarządczej.*

**Sprawozdanie z wykonania „Planu Działalności
Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska
Samodzielnego Publicznego Zakładu opieki Zdrowotnej w Warszawie
za rok**

CZĘŚĆ A: Realizacja najważniejszych celów w roku

(w tej części sprawozdania należy wymienić cele wskazane w części A planu na rok, którego dotyczy sprawozdanie)

Lp.	Cel	Mierniki ² określające stopień realizacji celu			Najważniejsz e planowane zadania służące realizacji celu ³	Najważniejsze podjęte zadania służące realizacji celu
		Nazwa	Planowana wartość do osiągnięcia na koniec roku, którego dotyczy sprawozdanie	Osiągnięta wartość na koniec roku, którego dotyczy sprawozdanie		
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

² Należy podać co najmniej jeden miernik.

³ Należy wpisać zadania służące realizacji celu, wymienione w kolumnie 5 w części A planu na rok, którego dotyczy sprawozdanie.

CZĘŚĆ B: Realizacja innych celów w roku

(w tej części sprawozdania należy wymienić cele wskazane w części B planu na rok, którego dotyczy sprawozdanie)

Lp.	Cel	Mierniki ⁴ określające stopień realizacji celu			Najważniejsze planowane zadania służące osiągnięciu celu	Najważniejsze zrealizowane zadania służące osiągnięciu celu
		Nazwa	Planowana wartość do osiągnięcia na koniec roku, którego dotyczy plan	Osiągnięta wartość na koniec roku, którego dotyczy plan		
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

CZĘŚĆ C: Informacja dotycząca realizacji celów objętych planem działalności na rok

(należy krótko opisać najważniejsze przyczyny, które wpłynęły na niezrealizowanie celów, wystąpienie istotnych różnic w planowanych i osiągniętych wartościach mierników lub podjęcie innych niż planowane zadań służących realizacji celów)

.....
/data/

.....
/podpis osoby sporządzającej plan/

.....
/podpis Dyrektora SPL dla PW SPZOZ w Warszawie/

4 Należy podać co najmniej jeden miernik.

Zasady określania wpływu i prawdopodobieństwa zaistnienia ryzyka

1. Ocena skutku wystąpienia ryzyka:

Wpływ	Przesłanki
Wysoki	Zdarzenie objęte ryzykiem powoduje uszczerbek mający krytyczny lub bardzo duży wpływ na realizację kluczowych zadań albo osiągnięcia założonych celów – poważny uszczerbek w zakresie jakości wykonywanych zadań, poważna strata finansowa albo na reputacji. Z wystąpieniem zdarzenia objętego ryzykiem wiąże się długotrwały i trudny proces przywracania stanu poprzedniego.
Średni	Zdarzenie objęte ryzykiem powoduje znacząca stratę posiadanych zasobów, ma negatywny wpływ na efektywność działania, jakość wykonywanych zadań, reputację Przychodni. Z wystąpieniem zdarzenia objętego ryzykiem może się wiązać trudny proces przywracania stanu poprzedniego.
Niski	Zdarzenie objęte ryzykiem powoduje niewielką stratę finansową, zakłócenie lub opóźnienie w wykonywaniu zadań. Nie wpływa na reputację Przychodni. Skutki zdarzenia można łatwo usunąć.

2. Ocena stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka:

Prawdopodobieństwo	Przesłanki
Wysokie	Istnieją uzasadnione powody by sądzić, że zdarzenie objęte ryzykiem zdarzy się wielokrotnie w ciągu roku.
Średnie	Istnieją uzasadnione powody by sądzić, że zdarzenie objęte ryzykiem zdarzy się kilkukrotnie w ciągu roku.
Niskie	Istnieją uzasadnione powody by sądzić, że zdarzenie objęte ryzykiem zdarzy się raz w ciągu roku lub nie zdarzy się w ciągu roku.

Szablon punktowej oceny ryzyka – skala 3 stopniowa.

1. Skutki wystąpienia ryzyka:

Hasłowy opis skutku wystąpienia ryzyka	Opis szczegółowy hasła	Wartość prawdopodobieństwa w skali punktowej
Wysoki	Skutki finansowe mogą przekroczyć górny pułap tj. 10 000 zł. Znaczny wpływ na realizację zadań statutowych. Rozwiązanie problemu będzie wymagało dużego nakładu czasu/zasobów. Usunięcie skutków będzie trudne lub wręcz niemożliwe. Wywrze istotny wpływ na organizację i stanie się ważnym wydarzeniem publicznym.	3
Średni	Skutki finansowe przekroczą 1 000 zł, ale nie przekroczą 10 000 zł. Umiarkowany wpływ na realizację zadań statutowych. Rozwiązanie problemu będzie wymagało umiarkowanego nakładu czasu/zasobów. Usunięcie skutków będzie wymagało czasu. Może stać się wydarzeniem publicznym.	2
Niski	Skutki finansowe nie przekroczą 1 000 zł. Mały wpływ na realizację zadań statutowych. Rozwiązanie problemu będzie wymagało czasu, lecz problem nie spowoduje trwałej szkody. Nie stanie się wydarzeniem publicznym.	1

2. Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka:

Hasłowy opis prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka	Opis szczegółowy hasła	Wartość prawdopodobieństwa w skali punktowej
Wysokie	Istnieją uzasadnione powody by sądzić, że zdarzenie objęte ryzykiem zdarzy się wielokrotnie w ciągu roku lub ryzyko będzie się krystalizować rutynowo lub systematycznie.	3
Średnie	Istnieją uzasadnione powody by sądzić, że zdarzenie objęte ryzykiem zdarzy się kilkukrotnie w ciągu roku lub ryzyko będzie się krystalizować okazjonalnie lub w wyniku zbiegu niezwykłych okoliczności.	2
Niskie	Istnieją uzasadnione powody by sądzić, że zdarzenie objęte ryzykiem zdarzy się raz w ciągu roku lub nie zdarzy się w ciągu roku lub ryzyko będzie się krystalizować rzadko, jego przypadki będą pojedyncze.	1

3. Poziom istotności ryzyka.

Ryzyko wysokie (6-9) – istotność wysoka	Ryzyko o wysokich skutkach oraz wysokim lub średnim prawdopodobieństwie. Ryzyko o średnich skutkach i wysokim prawdopodobieństwie.
Ryzyko średnie (3-5) – istotność średnia	Ryzyko o wysokich skutkach oraz niskim prawdopodobieństwie. Ryzyko o średnich skutkach oraz o średnim. Ryzyko o niskich skutkach i wysokim prawdopodobieństwie.
Ryzyko niskie (1-2) – istotność niska	Ryzyko o niskich skutkach oraz średnim lub niskim prawdopodobieństwie, ryzyko o średnich skutkach i niskim prawdopodobieństwie.

4. Mapa ryzyka – istotność ryzyka.

Skutek			
Wysoki (3)	3		
Średni (2)	2	4	
Niski (1)	1	2	3
	Niskie (1)	Średnie (2)	Wysokie (3)
Prawdopodobieństwo			

ARKUSZ ZGŁOSZENIA RYZYKA

Nazwa komórki organizacyjnej:			
Imię, nazwisko, stanowisko osoby zgłaszającej:			
Działanie w jakim występuje ryzyko:			
Zagrożony cel:			
Ryzyko	Czynnik ryzyka (przyczyny)	Prawdopodobieństwo wystąpienia (skala 1-3):	Poziom skutków (skala 1-3)

.....
(data, podpis osoby zgłaszającej)

.....
(data, podpis osoby przyjmującej)

Wprowadzono do rejestru ryzyka
(data wprowadzenia, nr z „Rejestru ryzyk...”)

Podjęte działania.....

.....

Efekty.....

.....

.....
(data i podpis właściciela ryzyka)

**Roczna kontrola problemowa
w Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska
Specjalistycznym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Warszawie za ... rok**

Lp.	Obszar kontroli	Zakres kontroli	Numer zadania	Osoby odpowiedzialne	Termin, częstotliwość kontroli	Osoby kontrolujące	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Organizacja prawna Przychodni	Zgodność dokumentacji z aktualnymi wymogami i przepisami prawa	1				
2	Zarządzanie	Zarządzanie kryzysowe (zasady postępowania w sytuacjach kryzysowych)	2				
		Zasady rekrutacji pracowników	3				
		Ochrona bezpieczeństwa pacjentów i minia Przychodni	4				
		Dostosowanie struktury organizacyjnej do potrzeb pacjentów	5				
3	Ochrona środowiska	Gospodarka odpadami	6				
4	Promocja i informacja	Polityka informacyjna i promocja Przychodni	7				
		Wewnętrzny elektroniczny system wymiany informacji	8				
		System komunikacji między komórkami organizacyjnymi Przychodni	9				
		System komunikacji zewnętrznej	10				

Lp.	Obszar kontrolny	Zakres kontroli	Numer zadania	Osoby odpowiedzialne	Termin, częstotliwość kontroli	Osoby kontrolujące	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8
5	Bezpieczeństwo informacji	Zabezpieczenia logiczne informacji (systemy komputerowe)	11				
		Zasady funkcjonowania archiwum Przychodni	12				
		Bezpieczeństwo systemów informatycznych służących do ewidencji finansowo-księgowej oraz ich adekwatność do potrzeb Przychodni	13				
		Zabezpieczenia fizyczne – przechowywanie dokumentów	14				
		Koordynacja działań związanych z wdrażaniem zaleceń pokontrolnych – kontrole wewnętrzne	15				
6	Kontrola	Opracowane, aktualizowanie i nadzór nad wykonaniem postanowień aktów wewnętrznych regulujących pracę Przychodni	16				
7	Obsługa administracyjna i prawna Przychodni	Ewidencja skarg i wniosków, redagowanie odpowiedzi	17				
		Windykacja należności	18				
		Prowadzenie postępowań o udzielenie zamówień publicznych na dostawy	19				
		Prowadzenie postępowań o udzielenie zamówień publicznych na usługi	20				
8	Procedury przetargowe	Prowadzenie postępowań o udzielenie zamówień publicznych na roboty budowlane	21				
		Skuteczność procedur w zakresie postępowań o wartości poniżej progów unijnych	22				

Lp.	Obszar kontrolny	Zakres kontroli	Numer zadania	Osoby odpowiedzialne	Termin, częstotliwość kontroli	Osoby kontrolujące	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8
9	Zaopatrzenie	Zasadność i celowość zakupów (m.in. rotacja zakupów leków)	23				
		Terminowość realizacji zakupów	24				
		Rozliczanie finansowe zadań inwestycyjnych	25				
10	Inwestycje i remonty	Pozyskiwanie źródeł finansowania inwestycji oraz rozliczanie inwestycji finansowanych z tych źródeł	26				
11	Ewidencja księgowa	Przestrzeganie zapisów instrukcji obiegu dokumentów finansowo-księgowych, szczególnie w zakresie prowadzenia ksiąg rachunkowych	27				
		Prowadzenie ewidencji należności za świadczone usługi	28				
		Prawidłowość rozliczania podatków	29				
		Darowizny pieniężne i rzeczowe na rzecz Przychodni	30				
		Dokumentowanie delegacji służbowych	31				
		Prawidłowość stosowanych stawek i okresów odpisów amortyzacyjnych dla składników aktywów	32				
		Organizacja kasy Przychodni oraz punktów kasowych	33				
		Planowanie i zmiany w planie finansowym	34				
		Realizacja planu finansowego	35				
		Sporządzanie sprawozdania finansowego oraz jego zgodność z obowiązującymi przepisami	36				
12	Sprawozdawczość finansowa	Poprawność sporządzanych sprawozdań budżetowych	37				

Lp.	Obszar kontrolny	Zakres kontroli	Numer zadania	Osoby odpowiedzialne	Termin, częstotliwość kontroli	Osoby kontrolujące	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8
14	Rachunek kosztów	Rozliczanie świadczeń medycznych	38				
		Rozliczanie poszczególnych rodzajów kosztów	39				
		Główne źródła generowania kosztów	40				
		Wynagrodzenia z tytułu umów o pracę i umów zlecenia w kontekście zgłaszania ich do ubezpieczenia społecznego	41				
15	Wydatki na wynagrodzenia i świadczenia BHP	Prawidłowość naliczania wynagrodzeń, zasiłków i innych świadczeń należnych pracownikom z tytułu umów o pracę	42				
		Zasady rozliczania refundacji wynagrodzeń z PFRON	43				
		Prawidłowość naliczania składek ZUS	44				
		Świadczenia z zakresu BHP	45				
16	Działalność socjalna	Zasady korzystania i naliczania odpisu z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych	46				
17	Czas pracy i dyscyplina pracy	Ewidencja czasu pracy i dokumentacja pracownicza	47				
		Urlopy, zwolnienia i nieobecności usprawiedliwione	48				
		Ciągłość pracy – system zastępstw	49				
		Podział zadań i delegowanie uprawnień	50				
		Przestrzeganie zasad etycznych	51				
		Zasady motywacji pracownika – ocena pracownika	52				
		Dofinansowanie do kształcenia	53				
		Legalność i dostępność oprogramowania	54				
18	Zarządzanie oprogramowa-	Serwis i modernizacja sprzętu komputerowego	55				

Lp.	Obszar kontrolny	Zakres kontroli	Numer zadania	Osoby odpowiedzialne	Termin, częstotliwość kontroli	Osoby kontrolujące	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8
	niem i sprzętem komputerowym						
19	Bezpieczeństwo programów informatycznych	Zabezpieczenia logiczne i fizyczne	56				
		Zasady postępowania w razie awarii	57				
		Obsługa struktury informatycznej	58				
		Archiwizacja danych IT	59				
20	Kontraktowanie usług medycznych	Przygotowanie i przeprowadzanie postępowań konkursowych (w tym w zakresie spełnienia wymagań NFZ)	60				
		Skuteczność przeprowadzonych postępowań	61				
		Organizacja i udzielanie świadczeń zgodnie z zawartymi kontraktami	62				
21	Organizacja pracy w Przychodni i filiach	Procedury rejestracji (m.in. listy oczekujących)	63				
		Organizacja pracy w zakresie obsługi pacjentów	64				
		Dokumentacja medyczna i jej udostępnianie	65				
		Zasady wykonywania laboratoryjnych badań diagnostycznych	66				
22	Diagnostyka	Zasady wykonywania obrazowych badań diagnostycznych	67				
		Receptariusz Przychodni	68				
23	Gospodarka lekami i materiałami medycznymi	Nadzór nad wydawaniem leków do poszczególnych komórek	69				
		Realizacja zamówień na sprzęt jednorazowego użytku i materiały medyczne	70				
		Ewidencja leków z darów	71				

Lp.	Obszar kontrolny	Zakres kontroli	Numer zadania	Osoby odpowiedzialne	Termin, częstotliwość kontroli	Osoby kontrolujące	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8
24	Negatywne zdarzenia medyczne	Ekspozycja na zranienia i zakażenia	72				
		Inne	73				
25	Działalność dydaktyczna	Programy promocji zdrowia – kształtowanie świadomości pacjenta	74				
		Realizacja umów z podmiotami zewnętrznymi	75				
26	Usługi zewnętrzne	Okresowe przeglądy techniczne	76				
		Usługi transportowe	77				
		Remonty budynków i pomieszczeń	78				

Wyjaśnienie:

- ☐ Osoby wskazane w formularzu do przeprowadzenia kontroli (osoby kontrolujące) powinny otrzymać egzemplarz niniejszego formularza i prowadzić go na bieżąco w zakresie swoich zadań kontrolnych.
- ☐ Osoby kontrolujące są zobowiązane przekazać wyniki kontroli Koordynatorowi kontroli zarządczej, zgodnie z zarządzeniem Dyrektora.
- ☐ Nie ma obowiązku informowania osób odpowiedzialnych za poszczególne obszary podlegające kontroli o tematyce i sposobie przeprowadzenia kontroli – należy jedynie ustalić termin oraz zakres dokumentacyjny.
- ☐ Obszary kontrolne oraz zakresy kontroli mogą być dobierane w zależności od potrzeb kontrolno-informacyjnych.
- ☐ Kontrole mogą być prowadzone z różną częstotliwością (np. miesięczne, kwartalne, półroczne, roczne). Istotne jest aby odbyła się kontrola roczna w ostatnim kwartale roku.

(o ile zostaną zaaprobowane obszary i zakresy kontroli, przed wprowadzeniem w życie dokumentu należy uzgodnić osoby odpowiedzialne oraz osoby kontrolujące. O ile osoby odpowiedzialne można ustalić samemu (z wykorzystaniem Regulaminu Organizacyjnego, zarządzeń Dyrektora i wiedzy poszczególnych osób funkcyjnych, to dobrze by było aby osoby kontrolujące zostały ustalone w ścisłym współdziałaniu z p. Dyrektor lub wręcz osobiście przez p. Dyrektora)

Warszawa, dnia _____

Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej za rok _____

Pan/Pani _____
/imię i nazwisko/

zajmujący (a) stanowisko kierownicze w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie

/podać nazwę stanowiska/

W zakresie przydzielonych mi uprawnień oświadczam, iż **posiadam wystarczającą pewność / wystarczającą pewność z zastrzeżeniem ¹⁾**, że w kierowanej przeze mnie komórce organizacyjnej:

1. Realizowane zadania i podejmowane działania były prowadzone zgodnie z przepisami prawa oraz zasadami (procedurami wewnętrznymi) przyjętymi w Przychodni.
2. Sprawozdania i informacje sporządzane przez kierowaną przeze mnie komórkę organizacyjną (zespół pracowników, pracowników, sporządzane osobiście), zarówno na potrzeby innych komórek organizacyjnych jak i przedstawiane na zewnątrz były prawdziwe, rzetelne i zgodne ze stanem faktycznym.
3. Zasoby przydzielone do realizacji zadań komórki organizacyjnej zostały wykorzystane wyłącznie do realizacji zadań komórki oraz w sposób oszczędny, gospodarny i efektywny.
4. Zasady kontroli zarządczej w zakresie zadań realizowanych przez komórkę organizacyjną są przestrzegane, w szczególności:
 - a) zapewniony jest skuteczny nadzór i kontrola nad realizacją zadań komórki;
 - b) identyfikacja i analiza występujących ryzyk w celu zwiększenia prawdopodobieństwa terminowej i skutecznej realizacji zadań była i jest prowadzona na bieżąco z zastosowaniem odpowiednich działań korygujących;
 - c) zapewniona została ciągłość realizacji zadań (w okresie mojej nieobecności);

- d) podział obowiązków oraz sposób przydzielania zadań poszczególnym pracownikom jest adekwatny dla zapewnienia skutecznej i terminowej realizacji zadań;
- e) wszyscy pracownicy komórki posiadają aktualne opisy stanowisk pracy, odzwierciedlające faktycznie realizowane przez nich czynności;
- f) zapewniony jest wystarczająco skuteczny i sprawny system przepływu informacji w komórce organizacyjnej i w jednostce, w zakresie spraw realizowanych przez komórkę organizacyjną.

Zastrzeżenia dotyczą zbyt wysokiego poziomu następujących ryzyk:

L.p	Nazwa ryzyka	Proponowane działania
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Niniejsze oświadczenie opiera się na mojej ocenie oraz informacji, które pochodzą z ¹⁾:

- 1) monitoringu realizacji celów zadań;
- 2) samooceny kontroli zarządczej przeprowadzonej zgodnie ze standardami kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych;
- 3) kontroli wewnętrznych, w tym kontroli rocznej;
- 4) kontroli zewnętrznych;
- 5) innych źródeł informacji;
- 6) _____

Jednocześnie oświadczam, że nie są mi znane inne fakty lub okoliczności, które mogłyby wpłynąć na treść niniejszego oświadczenia.

.....
(podpis i pieczęć)

¹⁾ niepotrzebne skreślić

Ankieta do samooceny kontroli zarządczej – kierownictwo

Lp.	PYTANIE	TAK	NIE	UWAGI
1.	Czy pracownicy są informowani o zasadach etycznego postępowania?			
2.	Czy Pani/Pan wie jak należy się zachować, w przypadku gdy będzie Pani/Pan świadkiem poważnych naruszeń zasad etycznych obowiązujących w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie?			
3.	Czy bierze Pan/Pani udział w szkoleniach w wystarczającym stopniu, aby skutecznie realizować powierzone zadania?			
4.	Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej zostały pisemnie ustalone wymagania w zakresie wiedzy, umiejętności i doświadczenia konieczne do wykonywania zadań na poszczególnych stanowiskach pracy (np. zakresy obowiązków, opisy stanowisk pracy)?			
5.	Czy dokonuje Pani/Pan okresowej oceny pracy swoich pracowników?			
6.	Czy pracownicy zostali zapoznani z kryteriami, za pomocą których dokonuje Pani/Pan oceny wykonywania przez nich zadań? – <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie nr 5 brzmi TAK</i>			
7.	Czy pracownicy mają zapewniony w wystarczającym stopniu dostęp do szkoleń niezbędnych na zajmowanych przez nich stanowiskach pracy?			
8.	Czy pracownicy posiadają wiedzę i umiejętności konieczne do skutecznego realizowania przez nich zadań?			
9.	Czy istniejące w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie procedury zatrudniania prowadzą do zatrudniania osób, które posiadają pożądane na danym stanowisku pracy wiedzę i umiejętności?			
10.	Czy struktura organizacyjna Pani/Pana komórki organizacyjnej jest dostosowana do aktualnych jej celów i zadań?			

Lp.	PYTANIE	TAK	NIE	UWAGI
11.	Czy struktura organizacyjna komórki jest okresowo analizowana i w miarę potrzeb aktualizowana?			
12.	Czy w Pani/Pana komórce zatrudniona jest odpowiednia liczba pracowników, w tym osób zarządzających, w odniesieniu do celów i zadań komórki?			
13.	Czy przekazanie zadań i obowiązków pracownikom następuje zawsze w drodze pisemnej?			
14.	Czy uprawnienia do podejmowania decyzji, zwłaszcza tych o bieżącym charakterze, są delegowane na niższe szczeble komórki?			
15.	Czy został określony ogólny cel istnienia SPL dla PW SPZOZ w Warszawie np. w postaci misji (poza statutem)?			
16.	Czy w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie zostały określone cele do osiągnięcia lub zadania do realizacji w bieżącym roku w innej formie niż regulamin organizacyjny czy statut (np. jako plan pracy, plan działalności itp.)?			
17.	Czy cele i zadania SPL dla PW SPZOZ w Warszawie na bieżący rok mają określone mierniki, wskaźniki bądź inne kryteria, za pomocą których można sprawdzić czy cele i zadania zostały zrealizowane? – <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie nr 16 brzmi TAK</i>			
18.	Czy Pani/Pan wyznacza cele do osiągnięcia i zadania do zrealizowania przez pracowników w bieżącym roku?			
19.	Czy na bieżąco monitoruje Pani/Pan stan zaawansowania powierzonych pracownikom zadań?			
20.	Czy przygotowuje Pani/Pan okresowe informacje nt. stopnia realizacji powierzonych do wykonania zadań?			
21.	Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej w udokumentowany sposób identyfikuje się zagrożenia/ryzyka, które mogą przeszkodzić w realizacji celów i zadań komórki (np. poprzez sporządzanie rejestru ryzyka lub innego dokumentu zawierającego zidentyfikowane zagrożenia/ryzyka)? <i>(jeśli TAK – proszę przejść do następnych pytań, jeśli NIE proszę przejść do pytania nr 25)</i>			
22.	Czy w przypadku każdego ryzyka został określony poziom ryzyka, jaki można zaakceptować?			

Lp.	PYTANIE	TAK	NIE	UWAGI
23.	Czy wśród zidentyfikowanych zagrożeń/ryzyk wskazuje się zagrożenia/ryzyka istotne, które w znaczący sposób mogą przeszkodzić w realizacji celów i zadań?			
24.	Czy w stosunku do każdego istotnego ryzyka został określony sposób radzenia sobie z tym ryzykiem (tzw. reakcja na ryzyko)?			
25.	Czy pracownicy w Pani/Pana komórce organizacyjnej mają bieżący dostęp do 'regulaminów/procedur/instrukcji obowiązujących w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie (np. poprzez intranet)?			
26.	Czy w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie zostały zapewnione mechanizmy służące utrzymaniu ciągłości działalności na wypadek awarii (np. pożaru, powodzi, poważnej awarii)?			
27.	Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji wewnątrz Pani/Pana komórki organizacyjnej?			
28.	Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie?			
29.	Czy w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie funkcjonuje efektywny system wymiany ważnych informacji z podmiotami zewnętrznymi (np.: z innymi urzędami, dostawcami, klientami) mającymi wpływ na osiągnięcie celów i realizację zadań Pani/Pana komórki organizacyjnej?			
30.	Czy Pani/Pana komórka organizacyjna utrzymuje dobre kontakty z podmiotami zewnętrznymi, które mają wpływ na realizację jej zadań (np.: z innymi urzędami, dostawcami, klientami)?			
31.	Czy pracownicy w Pani/Pana komórce organizacyjnej zostali poinformowani o zasadach w kontaktach z podmiotami zewnętrznymi (np.: wnioskodawcami, dostawcami, oferentami) ?			
32.	Czy pracownicy są zachęceni do sygnalizowania problemów i zagrożeń w realizacji zadań?			
33.	Czy praca audytu wewnętrznego przyczynia się, Pani/Pana zdaniem, do lepszego funkcjonowania SPL dla PW SPZOZ w Warszawie?			

Wyjaśnienie:

- ☐ Ankietę wypełnia „kierownictwo” w tym wypadku osoby wskazane w rozdzielniku ankiet, będącym załącznikiem do zarządzenia Dyrektora.
- ☐ Wypełnione ankiety kierownictwo składa do Dyrektora Przychodni.
- ☐ Komórka organizacyjna – pod tym pojęciem należy rozumieć część struktury organizacyjnej Przychodni, za funkcjonowanie której odpowiada dana osoba funkcyjna z kierownictwa wypełniająca ankietę.
- ☐ Pytania do ankiety mogą być corocznie zmieniane w zależności od potrzeb informacyjnych.

Ankieta do samooceny kontroli zarządczej - pracownicy

Lp.	PYTANIE	TAK	NIE	UWAGI
1.	Czy Pani/Pan wie jakie zachowania pracowników uznawane są w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie za nieetyczne?			
2.	Czy Pani/Pan wie jak należy się zachować w przypadku, gdy będzie Pani/Pan świadkiem poważnych naruszeń zasad etycznych obowiązujących w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie?			
3.	Czy Pani/Pana zdaniem osoby na stanowiskach kierowniczych przestrzegają i promują własną postawą i decyzjami etyczne postępowanie?			
4.	Czy bierze Pani/Pan udział w szkoleniach w wystarczającym stopniu, aby skutecznie realizować powierzone zadania?			
5.	Czy szkolenia, w których Pan/Pani uczestniczył były przydatne na zajmowanym stanowisku?			
6.	Czy jest Pani/Pan informowany przez bezpośredniego przełożonego o wynikach okresowej oceny Pani/Pana pracy?			
7.	Czy istnieje dokument, w którym zostały ustalone wymagania w zakresie wiedzy, umiejętności i doświadczenia konieczne do wykonywania zadań na Pani/Pana stanowisku pracy (np. zakres obowiązków, opis stanowiska pracy)?			
8.	Czy posiada Pani/Pan aktualny zakres obowiązków określony na piśmie lub inny dokument o takim charakterze?			
9.	Czy są Pani/Panu znane kryteria, za pomocą których oceniane jest wykonywanie Pani/Pana zadań?			
10.	Czy bezpośredni przełożeni w wystarczającym stopniu monitorują na bieżąco stan zaawansowania powierzonych pracownikom zadań?			
11.	Czy zna Pani/Pan najważniejsze cele istnienia SPL dla PW SPZOZ w Warszawie?			

Lp.	PYTANIE	TAK	NIE	UWAGI
12.	Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej zostały określone cele do osiągnięcia lub zadania do realizacji w bieżącym roku w innej formie niż regulamin organizacyjny (np. jako plan pracy, plan działalności itp.)?			
13.	Czy cele i zadania Pani/Pana komórki organizacyjnej na bieżący rok mają określone mierniki, wskaźniki bądź inne kryteria, za pomocą których można sprawdzić czy cele i zadania zostały zrealizowane? – <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie nr 12 brzmi TAK</i>			
14.	Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej w udokumentowany sposób identyfikuje się zagrożenia/ryzyka, które mogą przeszkodzić w realizacji celów i zadań komórki (np. poprzez sporządzanie rejestru ryzyka lub innego dokumentu zawierającego zidentyfikowane zagrożenia/ryzyka)?			
15.	Czy wśród zidentyfikowanych zagrożeń/ryzyk wskazuje się zagrożenia/ryzyka istotne, które w znaczący sposób mogą przeszkodzić w realizacji celów i zadań?			
16.	Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej podejmuje się wystarczające działania mające na celu ograniczenie zidentyfikowanych zagrożeń/ryzyk, w szczególności tych istotnych?			
17.	Czy posiada Pani/Pan bieżący dostęp do regulaminów/procedur/instrukcji obowiązujących w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie (np. poprzez intranet)?			

Wyjaśnienie:

- ☐ Ankiety wypełniają pracownicy, do których zaliczają się również osoby z kierownictwa.
- ☐ Wypełnione ankiety pracownicy składają do Dyrektora Przychodni, poprzez swoich przełożonych.
- ☐ Komórka organizacyjna – pod tym pojęciem należy rozumieć część struktury organizacyjnej Przychodni, za funkcjonowanie której odpowiada dana osoba funkcyjna z kierownictwa wypełniająca ankietę. W przypadku stanowisk samodzielnych, bezpośrednio podporządkowanych Dyrektorowi Przychodni sformułowanie to obejmuje działalność osób obsadzających te stanowiska odnosząc się do całokształtu funkcjonowania Przychodni.
- ☐ Pytania do ankiety mogą być corocznie zmieniane w zależności od potrzeb informacyjnych.

Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 164
Z dnia 09 kwietnia 2022

STANOWISKO	Otrzymane /zwrócone	Ankieta kierownicza	Ankieta pracownicza	Arkusz zgłoszenia ryzyka	Oświadczenie SKZ	UWAGI
Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa	O Z	1	12	1	1	
Naczelnia Pielęgniarka	O Z	1	3	1	1	
Szef Logistyki	O Z	1	6	1	1	
Kierownik Poradni Stomatologicznych	O Z	1	4	1	1	
Kierownik ds. Rehabilitacji	O Z	1	4	1	1	
Kierownik Sekcji Kontraktowania i Rozliczeń Świadczeń Medycznych	O Z	1	4	1	1	
Główny Księgowy	O Z	1	4	1	1	
Kierownik Działu Kadr	O Z	1	2	1	1	
Kierownik Wydziału Org.-Admin.	O Z	1	4	1	1	
Pielęgniarka Koordynująca N31	O Z	1	4	1		
Pielęgniarka Koordynująca N10	O Z	1	4	1		
Pielęgniarka Koordynująca N5	O Z	1	4	1		
Pielęgniarka Koordynująca A16	O Z	1	4	1		
Specjalista ds. BHP/Inspektor ODO	O Z			1	1	
Inspektor ppoż./Specjalista ds. BHP	O Z			1	1	
Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ	O Z			1	1	
Informatyk - koordynator	O Z		1	1	1	
Kierownik Poradni Psychologicznej	O Z	1	4	1	1	

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

101