

м. ноември 2019 г.

ВЪПРОСНИК ЗА САМООЦЕНКА НА СИСТЕМИТЕ ЗА ФИНАНСОВО УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛ

Отговорил: Проф. Георги Кобаков
Организация: СБАЛОЗ " Д-Р М. МАРКОВ - ВАРНА ЕООД
Длъжност: Управител

НИВА НА САМООЦЕНКАТА:

1 - ОРГАНИЗАЦИЯТА НЕ ПОКРИВА КРИТЕРИИТЕ

2 - ОРГАНИЗАЦИЯТА ЧАСТИЧНО ПОКРИВА КРИТЕРИИТЕ

3 - ОРГАНИЗАЦИЯТА ПОКРИВА КРИТЕРИИТЕ, НО СЕ НУЖДАЕ ОТ ПОДОБРЕНИЕ

4 - ОРГАНИЗАЦИЯТА НАПЪЛНО ПОКРИВА КРИТЕРИИТЕ



№	КРИТЕРИИ	оценка 1 - 4	МОТИВИ ЗА ПОСТАВЕНАТА ОЦЕНКА
КРИТЕРИИ И ОЦЕНКА ЗА КОНТРОЛНА СРЕДА			
Определяне на целите /Целеполагане/			
1	В стратегическите планове и програми са определени целите, които представляват дългосрочните приоритети на организацията.	4	В Програма за развитието и дейността на "Сбалоз д-р Марко Антонов Марков - Варна" ЕООД 2019г. - 2021 г. са описани визия, мисия и цели на лечебното заведение
2	Стратегическите цели са съобразени с целите и задачите определени с относимите национални стратегии, с управленската програма на правителството, и/или с други стратегически документи.	4	да
3	Служителите на организацията са запознати с визията, мисията, целите и мерките, заложи в стратегическите и годишните планове и програмни документи. <i>Моля, в колона "Мотиви за поставената оценка" посочете по какъв начин са запознати служителите на организацията!</i>	4	След утвърждаването на Програма за развитието и дейността на "Сбалоз д-р Марко Антонов Марков - Варна" ЕООД 2019г. - 2021 г., същата е предоставена на Началниците на отделения/Ръководителите на звена, за да се запознаят с годишните и оперативни цели на лечебното заведение. От своя страна Началниците на отделения/Ръководителите на звена свеждат информацията до знаенето на пряко подчинените си служители.

4	Годишните цели на организацията и показателите/индикаторите за тяхното изпълнение са определени в плановете/програми на организацията.	4	Годишните цели на организацията са формулирани в Оперативен план на СБАЛОЗ-Варна за 2019г.
5	За отчетния период годишните цели на организацията са изпълнени и същите са подпомогнали изпълнението на стратегическите плановете и програмните документи.	3	В по - голяма степен поставените цели са изпълнени
Лична почтеност и професионална етика на ръководството и персонала			
6	В организацията се прилагат правила за поведение (Етичен кодекс, Кодекс за поведение и др.).	4	В СБАЛОЗ - ВАРНА има актуализиран етичен кодекс
7	Всички служители на организацията са запознати с правилата за поведение и реда за докладване на нарушения на етичните норми.	4	Да
8	В случай, че са установени нарушения на правилата за поведение същите се докладват и се предприемат съответните дисциплиниращи мерки.	4	Да
Организационна структура, осигуряваща разделение на отговорностите, отчетност и докладване			
9	Организационната структура на всяко звено в организацията е в съответствие с възложените й функции и дейности.	4	Да
10	Всяко звено на организацията (дирекция/отдел/др.) има ясно дефинирани правомощия и отговорности, описани във функционални характеристики или по друг подходящ начин.	3	Дефинирането на правомощията и отговорностите на всяко отделение/звено се определят в Правилникът за вътрешния трудов ред. Детайлно чрез индивидуалната длъжностна характеристика на началниците/ръководителите на отделенията/звената са делегирани права и задължения. При евентуални нарушения информацията за извършването им се движи по възходящ начин по структурните връзки.
11	В организацията е осигурено разделието на отговорностите при вземане на решение, изпълнение и осъществяване на контрол. <i>Моля, в колона "Мотиви за поставената оценка" посочете с какви актове/документи е осигурено разделянето на отговорностите!</i>	3	*1.Заповед №53/23.05.2014г. Въвежда системата на "двоен подпис" между Управителя и Гл. счетоводител на лечебното заведение 2.Вътрешни правила за определяне на реда за достъп до активите и информацията в СБАЛОЗ 3. СФУК, в сила 09.12.2019г. 4. Вътрешни правила за набиране и подбор, назначаване и освобождаване на персонал в СБАЛОЗ, в сила от юли 2019г. 5.Вътрешни правила за управление на задълженията, съгл. Нар. 5/ 17.06.2019 за утвърждаване на стандарти за финансова дейност на СБАЛОЗ в сила от юли 2019г. 6. Вътрешни правила по ЗОП 7. Правилник за документооборота 7. Счетоводна политика на дружеството 8. Етичен кодекс на служителите от 15.11.2017г.

12	<p>Създадени са адекватни линии за отчетност и докладване, съответстващи на делегираните правомощия с цел наблюдение на постигнатите резултати.</p> <p><i>Моля, в колона "Мотиви за поставената оценка" посочете на какъв период от време се отчитат и докладват постигнатите резултати!</i></p>	3	<p>* На ниво ръководство докладването се извършва ежедневно на сутрешна оперативка, включваща финансова информация, данни за отчетените до момента медицински дейности и лекарства, заплащани извън цената на КП / АПр към РЗОК, обсъждане на постъпили докладни и други текущи проблеми; Финансови показатели се съобщават и обсъждат ежемесечно - размер и структура на задълженията, платежоспособност, планиране на бюджета за месеца, следващ текущия. На тримесечна база се представят финансови отчетни форми. На следващо ниво по низходящ ред на вертикала на структурата периодично се провежда медицински съвет, в който вземат участие Началниците на отделенията/Ръководителите на звената и на който Управителя представя информация за постигнатите резултати, както и за възникнали проблеми. Всеки Началник / ръководител на звено уведомява подчинените си. По възходящата вертикална линия на движението на информацията в структурата на СБАЛОЗ се извършва чрез докладна, попадена в деловодството на дружеството или чрез лична среща с Управителя.</p>
----	--	---	---

Управленска философия, компетентност и стил на работа на ръководството

13	<p>Делегираните правомощия и отговорности са разпределени, отчитайки необходимата компетентност и се проверяват текущо като се актуализират при всяка съществена промяна на обстоятелствата.</p>	3	<p>Правомощията и отговорностите се делегират съобразно компетенциите и изискванията за професионални умения - в този ред има определени длъжности, които са конкурсни; за възлагането на други длъжности се съблюдава дали са спазани нормативните изисквания на заемането на съответната позиция. Ключовите служители посещават регулярно курсове за нововъведенията в нормативната уредба.</p>
14	<p>Ръководството и служителите поддържат и демонстрират ниво на умения, което им гарантира ефективно и ефикасно изпълнение на своите задължения.</p>	3	<p>Да</p>
15	<p>Всеки ръководител изпълнява своите задължения и отговорности в съответствие с правилата/реда за делегиране на отговорности в организацията.</p>	4	<p>Да</p>
16	<p>Проблемите/въпросите по отношение на вътрешния контрол се дискутират на оперативни заседания на ръководния състав, заседания на Комитета по риска/Съвет за управление на риска и др.</p>	4	<p>В зависимост от характера на проблемите/ въпросите, същите се обсъждат от ръководството и/или от Съвета за управление на риска.</p>

Управление на човешките ресурси

17	Политиките и практиките по управление на човешките ресурси в организацията осигуряват прозрачност при подбора и назначаването на квалифицирани служители.	4	Да
18	Длъжностните характеристики на служителите се преглеждат периодично, във връзка със задълженията, изискуемата квалификация и линиите на докладване като се актуализират при необходимост.	4	Да
19	Извършват се обективни периодични оценки на служителите в организацията по отношение на задачите, които изпълняват. <i>Моля, в колона "Мотиви за поставената оценка" посочете на какъв период от време се оценяват служителите в организацията!</i>	2	* Характера на основната дейност на дружеството, а именно медицинска и лечебна дейност прави трудно приложимо оценяването на медицинския персонал и в частност лекарския състав. Възприета и разписана във Вътрешните правила за работната заплата от 28.03.2019г е система за атестация на всички служители и която се осъществява по преценка на Управителя.
20	Текуществото на ръководния и/или експертния състав е в граници, които не оказват влияние върху постигане целите на организацията.	4	Да

Самооценка на раздел „Контролна среда“

3,60 МНОГО ДОБРА

КРИТЕРИИ И ОЦЕНКА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА

21	Извършва се текущ преглед и актуализация на Стратегията за управление на риска.	4	В СБАЛОЗ - ВАРНА има актуална "Стратегия за управление на риска" за периода 2019 г. - 2021 г.
22	В организацията има риск-регистър, който включва съществените рискове, свързани с целите на всички административни звена.	3	В СБАЛОЗ - ВАРНА има риск - регистър, който включва съществените рискове свързани с дейността на лечебното заведение
23	Риск-регистърът се актуализира поне веднъж годишно.	3	Риск-регистърът се актуализира поне веднъж годишно.
24	Ръководителите на всички нива са ангажирани в оценката на риска и попълването на риск-регистъра. <i>Моля, в колона "Мотиви за поставената оценка" посочете по какъв начин е документирано участието на ръководителите на всички нива в оценката на риска и попълването на риск-регистъра!</i>	3	На Медицински съвет се обсъждат всички въпроси свързани с оценката на риска .
25	Има изграден Комитет по риска/Съвет за управление на риска в организацията/определен служител, който координира процеса по управление на риска.	4	Има сформирани Комитет по управление на риска, със заповед на Управителя

Самооценка на раздел „Управление на риска“

3,40 ДОБРА

КРИТЕРИИ И ОЦЕНКА ЗА КОНТРОЛНИ ДЕЙНОСТИ

26	Ръководството предприема адекватни мерки, относими към идентифицираните и оценени рискове.	4	Да
----	--	---	----

27	Спазва се принципът на двойния подпис при поемане на финансови задължения и извършване на плащания.	4	Принципът се спазва винаги при: подписване и прекратяване на договорни отношения, при извършване на плащания в брой или по банков път.
28	Осигурено е осъществяването на предварителен контрол за законосъобразност.	3	Предварителният контрол за законосъобразност се извършва с полагане на подпис от страна на юриста на ЛЗ на: контролния лист за поемане на задължение; съгласуване и участие в провеждането на процедури по ЗОП.
29	Въведени са политики и процедури за текущ контрол върху изпълнението на поети финансови ангажименти и сключени договори.	3	Да
30	Въведени са политики и процедури за последващи оценки на изпълнението.	3	Да
31	Въведени са политики и процедури за обективно, пълно, достоверно, точно и навременно осчетоводяване на всички стопански операции в организацията.	3	Да
32	Активите на организацията (включително личните данни), са защитени от неоторизиран достъп.	3	Да, създадени са нива на достъп до информацията, индивидуални пароли на достъп и т.н.
33	Има правила за работа с информационните системи/технологии, които включват смяна на пароли, права за достъп, външна защита и други.	4	Да

Самооценка на раздел „Контролни дейности“

3,38 ДОБРА

КРИТЕРИИ И ОЦЕНКА ЗА ИНФОРМАЦИЯ И КОМУНИКАЦИЯ

34	Ръководството на организацията разполага с достатъчна, уместна, своевременна, актуална и точна информация при текущата работа и съответните управленски решения.	4	Да
35	Осигурен е адекватен достъп на служителите в организацията до данни и информация, имащи значение за осъществяване на конкретната им дейност.	4	ЛЗ има сключени договори за достъп до информационен масив на АПИС, както и абонаменти за печатни издания в различни нормативни области.
36	Има работеща система за архивиране на информацията, защита от зловреден софтуер, план за възстановяване при сринове на информационните системи.	3	Да, създават се архивни копия на базите данни на различните софтуери, с които се работи в ЛЗ.
37	Създадена е организация, при която служителите знаят как, къде и пред кого да докладват при установени грешки, нередности, измами или злоупотреби.	3	Да
38	Всяко структурно звено се отчита за своята дейност и изпълнението на своите цели пред ръководството.	4	Да
39	Прилага се система за документиране и документооборот, съдържаща правила за съставяне, оформяне, движение, използване и архивиране на документите.	4	Да

40	Осъществява се ефективна комуникация с външни организации, във връзка с постигане целите на организацията.	4	Да
Самооценка на раздел „Информация и комуникация“		3,71 МНОГО ДОБРА	
КРИТЕРИИ И ОЦЕНКА ЗА МОНИТОРИНГ			
41	Текущо се наблюдава и периодично се оценява състоянието на вътрешния контрол (системите за финансово управление и контрол). <i>Моля, в колона "Мотиви за поставената оценка" посочете на какъв период от време се оценява състоянието на вътрешния контрол и как се документира!</i>	3	* На шест месечна база Комитетът по управление на риска разглежда текущо набралите се мнения, предложения и възникналите въпроси при прилагането на СФУК и оценява необходимостта от нейната промяна и/или актуализация.
42	През отчетната година дейности и/или процеси на организацията не са били обект на критични обществени обсъждания и публикации.	4	Дейността на лечебното заведение не е била обект на критични обществени обсъждания
43	През отчетната година няма констатирани съществени нарушения от страна на вътрешен или външен одит, инспекция и др. <i>Моля, в колона "Мотиви за поставената оценка" посочете областите, в които евентуално са установени нарушения и/или са съставени актове!</i>	4	През отчетната година 2019 г. в СБАЛОЗ - ВАРНА , няма констатирани съществени нарушения при извършените проверки от : ИАМН – 17.06.2019 г. АДФИ – от 17.06.2019 г. до 30.09.2019 г. ИА“Главна инспекция по труда“ – 30.05.2019г.; 16.09.2019 Независим финансов одит /ежегоден/- 25.03.2019г.; РЗОК – 16.1.2019 г. 22.5.2019 г. 19.9.2019 г. 29.1.2019 г. 03.6.2019 г. 02.10.2019 г. 29.1.2019 г. 04.6.2019 г. 18.10.2019 г. 01.3.2019 г. 20.6.2019 г. 24.10.2019 г. 06.3.2019 г. 07.8.2019 г. 24.10.2019 г. 07.3.2019 г. 07.8.2019 г. 24.10.2019 г. 26.3.2019 г. 21.8.2019 г. 25.10.2019 г. 17.4.2019 г. 03.9.2019 г. 25.10.2019 г. 19.9.2019 г. НЗОК – 4.6.2019 г. РЗИ – 09.09.2019 г.;05.08.2019 г. Одит по ИСО – 11.112019 г. Изпълнителна агенция “Медицински одит“: 25.03.2019 г.; 17.06.2019г. НАП – 0277857/27.11.2018, 032691802276915/ 08.11.2018 Външен финансов одит - 28.03.2019 г.
44	Предприемат се адекватни и навременни действия за изпълнение на дадени препоръки и предписания от страна на вътрешен или външен одит, инспекция и др.	3	Да
Самооценка на раздел „Мониторинг“		3,50 ДОБРА	
ОБЩА САМООЦЕНКА ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА СФУК		3,52 МНОГО ДОБРА	

СКАЛА НА САМООЦЕНКАТА

