

**KONTROLA ZARZĄDCZA
W JEDNOSTKACH
SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO**

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne	2
Korzyści wynikające z integracji systemu ISO z kontrolą zarządczą - wywiad z Januszem Pęcherzem, Prezydentem Miasta Kalisza.....	3
Funkcjonowanie kontroli zarządczej w placówce medycznej - na przykładzie szpitala bielańskiego im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ w Warszawie	7
Ocena zewnętrzna audytu wewnętrznego – niezbędny krok do zapewnienia jakości audytu wewnętrznego w jsfp	12
Przeprowadzenie ocen zewnętrznych audytu wewnętrznego w formie samooceny z niezależną walidacją na przykładzie wybranych urzędów marszałkowskich, urzędów miast na prawach powiatu, zarządów dróg wojewódzkich.....	14
Partnerski Projekt Innowacyjny „Monitorowanie jakości usług publicznych jako element zintegrowanego systemu zarządzania jednostkami samorządu terytorialnego”	20
Interesujące publikacje na stronie internetowej Ministerstwa Finansów.....	21
Od Redakcji.....	22

tel.: 22 694 42 42
fax: 22 694 47 41
e-mail:
Sekretariat.PW@mofnet.gov.pl
www.mofnet.gov.pl

Ministerstwo Finansów/
Działalność/ Finanse
publiczne/Kontrola zarządcza
i audyt wewnętrzny

DEPARTAMENT POLITYKI WYDATKOWEJ
WARSZAWA, WRZESIEŃ 2014



SŁOWO WSTĘPNE

Szanowni Państwo,

miło nam po raz kolejny powitać czytelników zainteresowanych lekturą *Biuletynu Kontrola zarządcza w jednostkach samorządu terytorialnego*.

W tym numerze znajdą Państwo informacje o dwóch przykładach praktyk w zakresie kontroli zarządczej stosowanych w samorządzie terytorialnym.

Pierwszy artykuł wskazuje na potrzebę integracji narzędzi zarządzania funkcjonujących w urzędzie (w tym przypadku integracji systemu ISO z kontrolą zarządczą) oraz wynikające z niej korzyści. Warto pamiętać, że wdrożenie określonych systemów/narzędzi zarządzania zależy od potrzeb jednostki i decyzji jej kierownictwa oraz nie stanowi alternatywy wobec mechanizmów kontroli zarządczej. Są to elementy systemu zarządzania służące zapewnieniu sprawnego i efektywnego działania jednostki, a tym samym jej prawidłowego funkcjonowania.

Drugi przykład prezentuje szczegółowe rozwiązania dotyczące kontroli zarządczej I i II stopnia na przykładzie szpitala. Istotną kwestią, która została podkreślona w obu artykułach, pozostaje fakt, że wdrożenie mechanizmów kontroli zarządczej w sprawnie zarządzanych jednostkach nie oznaczało wypełnienia dodatkowego obowiązku, ponieważ jednostki te przed wejściem w życie ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹ stosowały wiele rozwiązań usprawniających zarządzanie, wpisujących się w konwencję kontroli zarządczej w rozumieniu ustawy o finansach publicznych.

Dwa kolejne materiały dotyczą przeprowadzania niezależnej oceny zewnętrznej audytu wewnętrznego jako elementu programu zapewnienia i poprawy jakości audytu wewnętrznego. Pierwszy artykuł prezentuje stanowisko Ministerstwa Finansów w tej sprawie. Drugi opisuje doświadczenia wybranych jst w przygotowaniu i przeprowadzeniu oceny zewnętrznej audytu wewnętrznego w formie przeglądu partnerskiego.

Zachęcamy też Państwa do zapoznania się z informacjami na temat inicjatywy dotyczącej monitorowania jakości usług publicznych jako elementu zintegrowanego systemu zarządzania jednostkami samorządu terytorialnego.

Oczywiście jak zawsze zachęcamy również Państwa do odwiedzania naszej strony internetowej oraz lektury zamieszczanych tam opracowań i informacji.

*Katarzyna Szarkowska
Zastępca dyrektora – kierująca pracami
Departamentu Polityki Wydatkowej
w Ministerstwie Finansów*

¹ Dz. U. z 2013 r., poz. 885, z późn. zm.

KORZYŚCI WYNIKAJĄCE Z INTEGRACJI SYSTEMU ISO Z KONTROLĄ ZARZĄDCZĄ - WYWIAD Z JANUSZEM PĘCZERZEM, PREZYDENTEM MIASTA KALISZA

KALISZ to drugie pod względem wielkości miasto Wielkopolski. Leży w malowniczej dolinie rzeki Proсны. Jest miastem na prawach powiatu z liczbą mieszkańców przekraczającą 102 tys. Miasto dominuje pod względem kulturalnym i gospodarczym w południowo-wschodniej części województwa wielkopolskiego. Jest otwarte na nowe wyzwania, prężnie rozwija się w oparciu o nowoczesne technologie, inwestuje w rozwój kapitału ludzkiego. Dogodne położenie oraz klimat korzystny dla przedsiębiorczości przyciągają inwestorów. Według corocznego rankingu samorządowego dziennika *Rzeczpospolita* Kalisz znajduje się w gronie dwudziestu najlepiej rozwijających się miast w Polsce.



Janusz Pęcherz

Jest Pan Prezydentem najstarszego Miasta w Polsce. Pogodzenie tradycji ze współczesnością to ogromne wyzwanie. Czy udaje się to w Kaliszu?

Tak i jestem z tego bardzo dumny. Lata Kalisza liczymy od początków II wieku n.e., wtedy to właśnie Klaudiusz Ptolemeusz, aleksandryjski uczonec, zaznaczył nazwę *Kalisia* na sporządzonej przez siebie mapie świata i napisał również o niej w swoim słynnym dziele *Geographia*. W ten sposób wystawił Kaliszowi starożytną metrykę.

Ale Kalisz to nie tylko historia, to przede wszystkim współczesność, która stawia wyzwania. A zatem rozwój – wszechstronny, dynamiczny, gospodarka oparta na wiedzy, szkolnictwo i edukacja, także na poziomie akademickim. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego jest tego najlepszym przykładem. Miasto stale się rozwija, inwestujemy w kulturę, edukację, sport, infrastrukturę drogową. Stworzyliśmy przyjazne warunki dla inwestorów. Nie zapominamy o kwestiach społecznych, a więc o budownictwie wielorodzinnym, mamy Kartę *Kalisz Rodzina 3 plus* dla rodzin wielodzietnych.

Kalisz to miasto, w którym starożytna historia splata się z wyzwaniami teraźniejszości. Najpiękniej tę najdawniejszą historię Kalisza i jego teraźniejszość głosi i promuje na całym świecie album jazzowy *Night in Kalisia*, który otrzymał w tym roku nagrodę Grammy 2014. To przepiękna, pełna emocji muzyczna opowieść o krainie Kalisia, o bursztynowym szlaku, o rzymskich kupcach, którzy w swojej wędrówce po bursztyn docierali tu, na ziemię dzisiejszego Kalisza. Płyta powstała na zamówienie miasta, w ramach projektu *Kalisia 18 i pół*.

Podejmowanie tak wielu inicjatyw zapewne wymaga sprawnego zarządzania. Czy może Pan wskazać, które z wprowadzonych rozwiązań w sposób szczególny wpływa na tak efektywne działanie Urzędu Miejskiego?

Urząd w swojej działalności wykorzystuje różne narzędzia pozwalające na usprawnienie procesu zarządzania, ale ważnym etapem było wprowadzenie kontroli zarządczej, co stało się okazją do świeżego spojrzenia na istniejący system zarządzania.



Pamiętać należy, że kontrola zarządcza funkcjonowała u nas zawsze, a przepisy ustawy o finansach publicznych oraz związane z nimi Standardy² dały punkt odniesienia do oceny spójności i kompletności istniejących rozwiązań oraz określiły zasady, według których należy dokumentować jej funkcjonowanie. Jednym z narzędzi wspierających zarządzanie, które wprowadziliśmy w naszym Urzędzie jeszcze przed sformalizowaniem kontroli zarządczej, był *System Zarządzania Jakością*.



Wiele dyskutowaliśmy o tym, czy przesunąć w czasie wdrażanie ISO, czy jednocześnie wprowadzać ISO i system kontroli zarządczej, czy też zrobić to systematycznie najpierw wprowadzając ISO, a następnie kontrolę zarządczą. W podjęciu decyzji o kolejności tych procesów pomógł audyt wewnętrzny, który wskazał, iż ISO jest jednym z elementów kontroli zarządczej i ułatwi wprowadzenie systemu w jednym czasie, nie powodując zbyt dużego obciążenia dla pracowników. To pozwoliło zachować ciągłość pracy Urzędu oraz prawidłową obsługę interesantów.

Jak pracownicy zareagowali na te wyzwania?

Na początku był opór, mieliśmy już za sobą doświadczenia ze współpracy z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie, uczestnicząc w projekcie *E-administracja warunkiem rozwoju Polski. Wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw z wykorzystaniem innowacyjnych modeli referencyjnych procesów administracji publicznej*. W ramach tego projektu we wszystkich komórkach organizacyjnych Urzędu zidentyfikowano występujące w nich procesy. Nie wdając się w szczegóły, nie osiągnęliśmy oczekiwanego rezultatu, pomimo bardzo dużego nakładu pracy pracowników. Tym trudniej było przekonać pracowników do podjęcia nowego wyzwania. Z drugiej jednak strony Urząd zidentyfikował procesy, co z kolei warunkuje prawidłowe funkcjonowanie kontroli zarządczej.

Najtrudniej jest zmienić mentalność ludzką, a przecież to od pracowników zależy, jaki rezultat osiągniemy ostatecznie, czy będzie to jedynie papierowy system, czy rzeczywiste funkcjonowanie, które będzie pomagało, a nie przeszkadzało w pracy i osiąganiu stawianych sobie celów. Dlatego poświęciliśmy wiele czasu na to, by przekonać pracowników, iż system przyniesie im wymierne korzyści w postaci ułatwień w codziennych czynnościach. Dodatkowym bonusem miał być prestiż Urzędu. Odkonano wiele spotkań i szkoleń mających na celu budowanie odpowiedniej świadomości pracowników.

Po otrzymaniu certyfikatu ISO przystąpiliśmy do realizacji obowiązków wynikających z ustawy o finansach publicznych dotyczących kontroli zarządczej. Równoległe z formalnym wprowadzaniem systemu kontroli zarządczej, audyt wewnętrzny przeprowadził szkolenia, którymi zostali objęci wszyscy pracownicy Urzędu. Nie było to łatwe logistycznie przedsięwzięcie, musieliśmy jednocześnie zabezpieczyć prawidłową obsługę interesantów i terminową realizację wszystkich zadań. Jak się okazało później, ten trud się opłacił. Pracownicy, wiedząc na czym polega kontrola zarządcza, w tym zarządzanie ryzykiem, bez problemu zaakceptowali



² Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych.



wprowadzane uregulowania wewnętrzne dotyczące tego zakresu. W efekcie praca wykonana w celu przygotowania się do ISO i określenie procesów funkcjonujących w Urzędzie stanowiły podstawę do ustalenia systemu kontroli zarządczej, mówiąc krótko – fundamenty zostały stworzone. Natomiast zupełnie nowym zagadnieniem było ustalenie polityki zarządzania ryzykiem.

Jak Pan ocenia, z perspektywy kilku już lat funkcjonowania, rozwiązanie przyjęte w Pana Urzędzie, polegające na integracji systemu ISO z kontrolą zarządczą?

Moim zdaniem rozwiązanie to funkcjonuje dobrze. Aby zapewnić kompatybilność prowadzonych działań, na pełnomocnika ISO wyznaczyłem sekretarza Miasta, jednocześnie przydzielając mu funkcję przewodniczącego Zespołu ds. Kontroli Zarządczej oraz członka Zespołu ds. Zarządzania Ryzykiem. W ten sposób sekretarz uzyskuje na bieżąco całą wiedzę o funkcjonowaniu Urzędu, co tak naprawdę należy do jego obowiązków, a jednocześnie posiada odpowiednie umocowanie decyzyjne.

Ważnym źródłem informacji nt. prawidłowości funkcjonowania Urzędu są wyniki działalności audytu wewnętrznego oraz auditów ISO. Służby te współpracują ze sobą i uzupełniają się wzajemnie. W Urzędzie jest 24 auditorów systemu jakości, którzy pełnią te funkcje jako dodatkowe czynności w ramach swojego podstawowego czasu pracy. W oparciu o roczny program jeden auditor wykonuje średnio dwa audyty w roku.

Audyty mają na celu dokonanie oceny stopnia spełnienia wykonywanych zadań z wymogami normy PN-EN ISO 9001:2009, w szczególności zgodności z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz procedurami wewnętrznymi, przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, ochrony zasobów. Przypomnę, że wspomniana norma określa wymagania, jakie powinien spełnić system zarządzania jakością w celu zwiększenia zadowolenia klienta przez spełnienie jego wymagań. Zakres systemu zarządzania w naszej jednostce dotyczy realizacji usług publicznych podejmowanych w celu zaspokojenia potrzeb indywidualnych i zbiorowych mieszkańców Miasta Kalisza oraz innych osób i podmiotów w zakresie określonym przez obowiązujące przepisy.

W ten sposób audyt wewnętrzny został odciążony, ponieważ nie musi już zajmować się tym obszarem działania, a tym samym może poświęcić więcej czasu na badanie i poprawę funkcjonowania pozostałych obszarów m.in. zarządzania finansami, zarządzania ryzykiem, bezpieczeństwem czy też ochroną środowiska oraz wspierać kierownictwo w obszarach, które są w danym okresie priorytetowe.

Obecnie system ten funkcjonuje bez zakłóceń, w ramach ISO byliśmy już dwukrotnie certyfikowani. Pracownicy zgłaszają swoje propozycje dotyczące zmian w przepisach wewnętrznych w ramach kontroli zarządczej, wykazują także czujność i spostrzegawczość w zakresie pojawiających się zmian dotyczących ryzyk, co pozwala nam skutecznie nimi zarządzać. Pracownicy, dzięki temu, że mają wpływ na ustalone rozwiązania, czują się bardziej odpowiedzialni za funkcjonowanie Urzędu. Jest to nie tylko moje zdanie, czy kierownictwa Urzędu, ale również pracowników.



Co roku przeprowadzamy anonimową samoocenę kontroli zarządczej, którą są objęci wszyscy pracownicy. To w niej znajdują potwierdzenie tego, że pracownicy wiedzą, czym jest kontrola zarządcza i są faktycznie zaangażowani w jej funkcjonowanie.



Natomiast stałe monitorowanie systemu ISO, poprzez prowadzenie bieżących auditów, pełni funkcję wspomagającą i uzupełniającą względem kontroli zarządczej. Ich wyniki wykorzystuje audyt wewnętrzny przy ocenie adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej.

W Urzędzie Miejskim w Kaliszu funkcjonują, wspomniane wcześniej, dwa Zespoły: ds. Kontroli Zarządczej oraz ds. Zarządzania Ryzykiem. Zespoły te pełnią funkcje wspomagające, doradcze, kontrolne i weryfikacyjne, mając na celu stałe doskonalenie systemu kontroli zarządczej. Tworzą one zintegrowany system kontroli zarządczej, obejmujący ISO oraz systemy zarządzania: ryzykiem, funkcjonującymi mechanizmami kontroli, systemem samooceny kontroli zarządczej, a także minimalnymi wymogami kontroli zarządczej dla jednostek organizacyjnych Kalisza jako miasta na prawach powiatu. Przyjęte rozwiązania, a w szczególności funkcjonowanie zespołów, pozwala na szybkie reagowanie w razie wystąpienia negatywnych odstępstw oraz umożliwia bieżące usprawnianie zarządzania organizacją.

Wspomniałem o minimalnych wymogach kontroli zarządczej dla jednostek organizacyjnych: stanowią one wytyczne dla jednostek organizacyjnych Miasta, zostały wprowadzone zarządzeniem Prezydenta Miasta w sprawie wprowadzenia zasad kontroli zarządczej w Kaliszu. Jednostki organizacyjne współpracują z zespołami zarówno w zakresie planu działalności, jak i zarządzania ryzykiem, a także przeprowadzamy dla nich szkolenia z zakresu kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem.

Czy to znaczy, że jest Pan zadowolony z funkcjonowania kontroli zarządczej w Urzędzie? Czy widzi Pan potrzebę dokonywania zmian funkcjonujących rozwiązań?

Oczywiście, że widzę. To, że system teraz funkcjonuje dobrze, nie oznacza, że w przyszłości też tak będzie. Musimy być otwarci na nowe rozwiązania. Wokół nas rzeczywistość zmienia się, niemal codziennie pojawiają się nowe wyzwania, którym trzeba sprostać. Tylko dobrze funkcjonujący system zarządzania pozwala w sposób ewolucyjny na wprowadzanie niezbędnych zmian mających na celu sprostanie wymogom otaczającego nas świata oraz potrzebom mieszkańców. Przykładem ciągłej ewolucji może być to, że swego czasu w Urzędzie funkcjonował *Powszechny Model Oceny - CAF*, z którego zrezygnowaliśmy, bo według naszej oceny nie sprawdzał się w warunkach naszego Urzędu.

Stara dewiza mówi, że stojąc w miejscu cofamy się, a my chcemy iść naprzód. Dlatego w miarę pojawiających się potrzeb doskonalimy nasz system zarządzania, którego nastawiony jest na realizację celów i zadań, jakie przed nami stoją. To zresztą jedna z zasad kontroli zarządczej, czyli dostosowywanie się do potrzeb i warunków, w jakich Urząd działa, a te, jak wszyscy wiemy, często ulegają zmianie.

Jesteśmy równocześnie otwarci na nowe rozwiązania pojawiające się wraz z rozwojem narzędzi do zarządzania jednostką. Sprawdzamy na bieżąco efekty naszego działania poprzez aktywny udział w benchmarkingu, będącym ważnym narzędziem w zapewnieniu efektywnej kontroli zarządczej w urzędach miast na prawach powiatu, urzędach gmin i starostwach powiatowych³.



³ Temat benchmarkingu został przedstawiony w nr 1 (6)/2013 Biuletynu, gdzie autor przedstawił ideę wsparcia systemu kontroli zarządczej przez benchmarking, oraz w artykule *Kontrola Zarządcza z premią* w numerze nr 4 (9)/2013 Biuletynu.



Panie Prezydencie w naszej rozmowie używał Pan określenia my, a nie ja.

To oczywiste, ponieważ sam bym tego wszystkiego nie zrobił. Efekt każdego działania zależy od współpracy wszystkich, którzy biorą w nim udział. Ja oczywiście zarządzam jednostką i jestem odpowiedzialny za jej pracę, ale poszczególne zadania wykonują wszyscy pracownicy w ramach swoich obowiązków. Staram się w jak największym stopniu korzystać z ich mądrości, stwarzając jednocześnie odpowiednie warunki do realizacji celów i zadań.

Co powiedziałyby Pan kierownikom jednostek zastanawiającym się, czy oprócz kontroli zarządczej wprowadzić ISO w swojej jednostce?

No cóż, nie wolno bać się nowych wyzwań, należy korzystać ze wszystkich dostępnych narzędzi, które mogą zwiększyć efektywność i poprawić jakość działania jednostki. Niemniej należy pamiętać o tym, że wprowadzane narzędzia powinny być adekwatne do możliwości i potrzeb jednostki, i że najważniejszym elementem wszelkich zmian jest zrozumienie i aprobata dla podejmowanych działań ze strony pracowników. Bez zaangażowania pracowników nawet najlepsze systemy się nie sprawdzą.

Dziękuję za rozmowę.

Janusz Pęcherz, Prezydent Miasta Kalisza. Absolwent Politechniki Łódzkiej, stopień doktora nauk chemicznych uzyskał w Centrum Badań Molekularnych i Makromolekularnych Polskiej Akademii Nauk w Łodzi. Przed objęciem funkcji prezydenta miasta był dyrektorem Wojewódzkiego Ośrodka Metodycznego w Kaliszu oraz profesorem (wykładowcą chemii) i prorektorem Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu. W 2002 r. został pierwszym prezydentem Kalisza wybranym przez mieszkańców w wyborach bezpośrednich. Obecnie funkcję tę pełni trzecią kadencję.

FUNKCJONOWANIE KONTROLI ZARZĄDCZEJ W PLACÓWCE MEDYCZNEJ - NA PRZYKŁADZIE SZPITALA BIELAŃSKIEGO IM. KS. JERZEGO POPIEŁUSZKI SPZOZ W WARSZAWIE



Sebastian Kamiński

W Szpitalu Bielańskim im. Ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ w Warszawie system kontroli zarządczej funkcjonował już przed rokiem 2010. Tworzyły go regulaminy, instrukcje, wytyczne, procedury wewnętrzne, zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników, które wyznaczały sposoby postępowania w jednostce. Szpital promował wartości etyczne oraz postawy i zachowania akceptowalne. Wdrożono Zintegrowany System Zarządzania ISO 9001, w tym również procedury wewnętrzne, które gwarantują wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy. Wprowadzono audyt wewnętrzny oraz politykę bezpieczeństwa. Również przed rokiem 2010 w *Planie rozwoju Szpitala Bielańskiego na lata 2007-2013* zostały określone cele działań o charakterze strategicznym. Dlatego też, po znowelizowaniu ustawy o finansach publicznych skupiono się w Szpitalu w głównej mierze na sformalizowaniu kontroli zarządczej m.in. poprzez udokumentowanie systemu zarządzania ryzykiem.



Przyjęte rozwiązania na I poziomie kontroli zarządczej

Nowelizacja ustawy o finansach publicznych spowodowała, iż w 2010 roku zarządzeniem Dyrektora Szpitala Bielańskiego formalnie zdefiniowano pojęcie kontroli zarządczej w Szpitalu. Została również wprowadzona procedura zarządzania ryzykiem oraz powołano do życia Zespół ds. Zarządzania Ryzykiem. Jeszcze w tym samym roku Zespół ten, składający się z Kierowników niektórych komórek organizacyjnych, Głównego Księgowego i Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania, pod przewodnictwem Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych (Koordynatora Kontroli Zarządczej), dokonał identyfikacji i oceny kluczowych ryzyk, a także ustalił metody przeciwdziałania ryzykom na poziomie umiarkowanym oraz poważnym. Opracowano zbiorczy raport identyfikacji ryzyk przekraczających akceptowalny poziom (ryzyko poważne i umiarkowane) oraz zaplanowano metody ograniczenia go do akceptowalnego poziomu. Ponadto na wniosek Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu m.st. Warszawy jako organu nadrzędnego, została po raz pierwszy przeprowadzona samoocena kontroli zarządczej.

W 2011 roku zidentyfikowano w przejrzysty sposób najistotniejsze cele i zadania Szpitala w takich obszarach jak: zakupy, infrastruktura, rozliczanie usług medycznych, bezpieczeństwo. Celom i zadaniom przypisano mierniki, za pomocą których monitorowano ich realizację. Ustalono również metody przeciwdziałania ryzykom w tych obszarach. Następnie, w oparciu o raporty realizacji celów i zadań, przedkładane w okresach kwartalnych przez liderów/kierowników komórek organizacyjnych, Zespół ds. Zarządzania Ryzykiem ocenił stopień realizacji wyznaczonych celów i zadań.

W styczniu 2012 roku na posiedzeniu Zespołu ds. Zarządzania Ryzykiem dokonano pierwszej oceny stopnia realizacji rocznych celów wyznaczonych na początku 2011 roku. Zidentyfikowano również najistotniejsze cele i zadania na rok 2012 oraz określono mierniki, w tym także w nowych obszarach takich, jak: leczenie stacjonarne i finanse.

Przyjęte rozwiązania na II poziomie kontroli zarządczej

W 2011 roku Zarządzeniem 1814/2011 Prezydenta Miasta Stołecznego Warszawy wprowadzono *Politykę zarządzania ryzykiem w m. st. Warszawie*⁵. *Polityka* ta wskazała, że w jednostkach organizacyjnych nadzorowanych przez m. st. Warszawa właścicielami zadań i ryzyk są kierownicy tych jednostek organizacyjnych i to oni odpowiedzialni są za efektywne i skuteczne zarządzanie ryzykiem na poziomie swojej jednostki. Jednocześnie kierownicy jednostek, jako osoby odpowiedzialne za zarządzanie ryzykiem na poziomie operacyjnym, zostali zobligowani nie tylko do wyznaczania celów i zadań w okresie rocznym oraz do ustalenia mierników stopnia realizacji tych celów i zadań, a także do ich raportowania do m. st. Warszawy, w terminach:

- do 31 stycznia każdego roku (dotyczy wykazu przyjętych celów i zadań na rok następny),
- do 31 lipca każdego roku (dotyczy informacji na temat stopnia realizacji celów i zadań za pierwsze półrocze danego roku),
- do 15 lutego każdego roku (dotyczy raportu na temat stopnia realizacji celów i zadań za rok poprzedni).

Informacje stanowiące podstawę do sporządzenia powyższych raportów w Szpitalu Bielańskim przygotowano wykorzystując bezpośrednio raporty identyfikujące najistotniejsze cele i zadania,

⁵ Zarządzenie 1814/2011 Prezydenta Miasta Stołecznego Warszawy z dnia 30 listopada 2011 r. w sprawie wprowadzenia polityki zarządzania ryzykiem w m. st. Warszawie.



które już funkcjonowały w Szpitalu. Dotyczyło to również raportów określających stopień realizacji celów/zadań za rok 2011 roku.



W nowym Zarządzeniu 3666/2012 Prezydenta Miasta Stołecznego Warszawy z dnia 18 grudnia 2012 r. określono zakres, zasady i sposób funkcjonowania systemu zarządzania ryzykiem w m. st. Warszawy. Opisano w nim identyfikację ryzyka, reakcję na ryzyko, mechanizmy kontrolne, a także prawidłowe sporządzanie sprawozdań z zarządzania ryzykiem.

O ile terminy składania informacji o ryzykach nie uległy zmianie, o tyle przygotowano wzory formularzy, za pomocą których należało od teraz składać informacje o zarządzaniu ryzykiem, były to:

- Raport ryzyka za rok ubiegły,
- Rejestr ryzyka na rok następny,
- Informacja o incydentach,

stanowiące załączniki⁶ do ww. Zarządzenia.

Ponadto, wszystkie informacje i raporty w ramach systemu zarządzania ryzykiem miały być przekazywane zarówno w formie papierowej jak i elektronicznej do Biura Polityki Zdrowotnej m. st. Warszawy.

Po otrzymaniu tak dokładnych wskazówek w Szpitalu Bielańskim podjęto działania dostosowujące dotychczasowy istniejący system zarządzania ryzykiem do wymagań organu nadzorującego. Począwszy od zmiany skali prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka oraz skali siły oddziaływania tego ryzyka, poprzez zmianę mapy ryzyk i określenia nowego poziomu akceptowalnego ryzyka, a skończywszy na przekształceniu tabel arkuszy Excel identyfikujących najistotniejsze cele i zadania oraz określających stopień ich realizacji, na nowo dokonano analizy zidentyfikowanych dotychczas ryzyk w Szpitalu.

Zarządzanie ryzykiem w Szpitalu Bielańskim

W Szpitalu Bielańskim obecnie w ramach systemu zarządzania ryzykiem zostało zidentyfikowanych 6 kluczowych obszarów działalności, a mianowicie:

- bezpieczeństwo (fizyczne, danych, energetyczne, przeciwpożarowe, bhp),
- infrastruktura,
- rozliczenie usług medycznych,
- zaopatrzenie,
- leczenie stacjonarne,
- finanse.



⁶ Załączniki nr 1, 2 i 5 do Zarządzenia Prezydenta m. st. Warszawy nr 3666/2012 z dnia 18.12.2012 r.



W tych obszarach co roku są określone najistotniejsze cele i zadania, takie jak np.: rozszerzenie zakresu świadczonych usług, zapewnienie terminowych przeglądów aparatury medycznej, ograniczenie ilości wytworzonych odpadów, zabezpieczenie systemu informatycznego przed nieuprawnionym dostępem, terminowa realizacja płatności itp.

Dla celów i zadań określone są mierniki, za pomocą których w rocznej perspektywie monitorowane jest ich wykonanie.

W celu monitorowania i przeglądu systemu zarządzania ryzykiem został utworzony Zespół ds. Zarządzania Ryzykiem w następującym składzie:

- 1) Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych,
- 2) Główna Księgowa,
- 3) Pełnomocnik Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
- 4) Kierownik Działu Zamówień Publicznych,
- 5) Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru,
- 6) Kierownik Działu Rozliczeń Usług Medycznych,
- 7) Kierownik Działu Inwestycji i Eksploatacji,
- 8) Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego,
- 9) Administrator Bezpieczeństwa Informacji.

W razie potrzeby, do prac Zespołu mogą być włączane inne osoby.

Identyfikacja i oceny ryzyka oraz ustalanie metod przeciwdziałania ryzykom dokonywane są raz w roku w ramach dwóch etapów, które odbywają się w następujących terminach:

- do 15 stycznia (dokonują liderzy/kierownicy poszczególnych obszarów),
- do 31 stycznia (dokonuje Zespół ds. Zarządzania Ryzykiem).

Każde zidentyfikowane ryzyko podlega szczegółowej analizie. Ocenę ryzyka stanowi iloczyn siły oddziaływania i prawdopodobieństwa jego wystąpienia, gdzie:

- siła oddziaływania danego ryzyka jest określona w skali od 1 do 5, (1 - nieznaczące, 2 - małe, 3 - średnie, 4 - poważne, 5 - katastrofalne),
- prawdopodobieństwo wystąpienia danego ryzyka jest określone również w skali od 1 do 5 (1 - znikome, 2 - niskie, 3 - średnie, 4 - wysokie, 5 - bardzo wysokie).

Wyniki oceny ryzyka (możliwe wartości od 1 do 25) umieszczane są w Rejestrze ryzyka. Następnie na ich podstawie określone są metody przeciwdziałania ryzyku. W przypadku ryzyk, których wartość jest na poziomie nieakceptowalnym (wartości od 15 do 25) formułowany jest plan ograniczenia tego ryzyka do poziomu akceptowalnego.

Wszystkie cele i zadania oraz określone mierniki, a także zidentyfikowane i ocenione ryzyka dla każdego z kluczowych obszarów działalności Szpitala są przedkładane przez liderów/kierowników komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za te obszary do Koordynatora Kontroli Zarządczej, tj. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych. Następnie, na podstawie tych informacji tworzona jest jedna zbiorcza tabela w arkuszu programu Excel, która stanowi Rejestr ryzyk w Szpitalu na dany rok. Rejestr ten jest omawiany i poddawany analizie na posiedzeniu Zespołu ds. Zarządzania Ryzykiem. Po zatwierdzeniu przez Koordynatora Rejestr zostaje przedłożony do zaakceptowania Dyrektorowi Szpitala. Po jego akceptacji zostają wybrane trzy główne cele Szpitala, następnie informacja o celach i związanych z nimi ryzykach, zgodnie z Zarządzeniem⁷, jest przekazywana do Biura Polityki Zdrowotnej m. st. Warszawy.

⁷ Zarządzenie 3666/2012 Prezydenta Miasta Stołecznego Warszawy z dnia 18 grudnia 2012 r. w sprawie systemu zarządzania ryzykiem w m.st. Warszawie.



Monitorowanie systemu

Monitorowanie systemu zarządzania ryzykiem dokonywane jest przez Zespół ds. Zarządzania Ryzykiem w okresach kwartalnych (do 15 dnia po upływie każdego kwartału) na podstawie Raportów stopnia realizacji celów i zadań, które przedkładane są przez liderów/kierowników komórek organizacyjnych poszczególnych kluczowych obszarów Szpitala Koordynatorowi Kontroli Zarządczej.



Na koniec roku w oparciu o wszystkie Raporty stopnia realizacji celów i zadań za poszczególne kwartały, Koordynator sporządza zbiorczy Raport, który jest informacją o zarządzaniu ryzykiem w danym roku. I tak jak w przypadku zbiorczego Rejestru ryzyk, podlega on analizie przez Zespół ds. Zarządzania Ryzykiem oraz zatwierdzeniu przez Koordynatora, a następnie jest przedstawiany Dyrektorowi Szpitala.

W sytuacji zidentyfikowania lub zmaterializowania się jakiegoś poważnego ryzyka w trakcie roku, osoby które są właścicielami tych ryzyk (liderzy/kierownicy komórek organizacyjnych) na bieżąco przekazują informację do Koordynatora Kontroli Zarządczej. Wspólnie ustalane są metody przeciwdziałania ryzyku. W razie potrzeby przygotowywane są projekty aktów wewnętrznych, określających mechanizmy kontroli, i przedstawiane Dyrektorowi Szpitala do akceptacji.

Podsumowanie

Ustanowiony i wdrożony system kontroli zarządczej w Szpitalu Bielańskim z roku na rok jest rozwijany i doskonalony. Warto w tym miejscu zauważyć, że system ten oraz ściśle z nim połączony system zarządzania ryzykiem, został wypracowany własnymi siłami, bez ponoszenia dodatkowych kosztów. Wprowadzenie systemu zarządzania ryzykiem, łącznie z przeprowadzeniem analizy ryzyka dokonano bez korzystania z usług firm/wykonawców zewnętrznych. Również przy tworzeniu dokumentacji wdrożonego systemu zarządzania ryzykiem, nie skorzystano z gotowych komercyjnych programów. Do całości wykorzystano arkusze kalkulacyjne programu Excel.

Ponadto warto dodać, iż większość członków Zespołu ds. Zarządzania Ryzykiem z własnej woli, poświęcając swój czas wolny (soboty i niedziele) rozpoczęła w 2012 roku studia podyplomowe *Zarządzanie ryzykiem w opiece zdrowotnej*, zorganizowane przez Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego w ramach Projektu współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego *Człowiek – najlepsza inwestycja*. Dzięki temu znacznie podnieśli poziom swojej wiedzy z zakresu zarządzania ryzykiem w opiece zdrowotnej. To pokazuje, że pracownicy Szpitala Bielańskiego chcą doskonalić swoje kompetencje i rozwijać system kontroli zarządczej w swoim miejscu pracy.





Sebastian Kamiński – CGAP, Audytor Wewnętrzny w Szpitalu Bielańskim im. Ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ w Warszawie. W latach 2009-2013 Kierownik Działu Analiz Ekonomicznych. Absolwent Akademii Podlaskiej w Siedlcach na kierunku matematyka finansowa, studiów podyplomowych z Audytu, kontroli zarządczej i rachunkowości w Szkole Głównej Handlowej oraz studiów podyplomowych z Zarządzania ryzykiem w opiece zdrowotnej na Uniwersytecie Warszawskim.

OCENA ZEWNĘTRZNA AUDYTU WEWNĘTRZNEGO – NIEZBĘDNY KROK DO ZAPEWNIENIA JAKOŚCI AUDYTU WEWNĘTRZNEGO W JSFP

Czym jest ocena zewnętrzna audytu wewnętrznego?

Celem działalności audytu wewnętrznego jest, zgodnie z ustawą o finansach publicznych, wspieranie kierownika jednostki w realizacji celów i zadań. Jakość pracy audytorów wewnętrznych powinna zatem gwarantować, że działalność audytu wewnętrznego będzie stanowiła faktyczne wsparcie dla kierownika jednostki i całej organizacji. Niezbędnym warunkiem zapewnienia wysokiej jakości pracy jest stosowanie przez audytora wewnętrznego metodycznych wskazówek zawartych w regulacjach prawnych i *Standardach audytu wewnętrznego*¹⁰ (dalej Standardy), obowiązujących w sektorze publicznym.

Zgodnie ze Standardami, zarządzający komórką audytu wewnętrznego powinien wdrożyć program zapewnienia i poprawy jakości audytu. Jednym z elementów takiego programu jest ocena zewnętrzna, która ma dostarczyć audytorowi, ale również kierownikowi jednostki, informacji czy działalność audytu wewnętrznego jest zgodna z Definicją audytu wewnętrznego i ze Standardami oraz czy audytorzy wewnętrzni stosują Kodeks etyki. Ocena służy także badaniu wydajności i skuteczności audytu wewnętrznego oraz identyfikacji możliwości poprawy.

Z czego wynika obowiązek przeprowadzenia oceny i które jednostki sektora finansów publicznych (jsfp) obejmuje?

Przepisy art. 273 ust. 2 ustawy nakładają na audytorów wewnętrznych we wszystkich jsfp obowiązek kierowania się wskazówkami zawartymi w Standardach podczas prowadzenia audytu wewnętrznego. Natomiast przepisy art. 282 ust. 1 ustawy nakładają na kierownika jednostki, w której funkcjonuje audyt wewnętrzny, obowiązek zapewnienia warunków niezbędnych do niezależnego, obiektywnego i efektywnego prowadzenia audytu wewnętrznego. Standardy, które obowiązują w sektorze publicznym, zostały wprowadzone do porządku prawnego Komunikatem Ministra Finansów w 2006 r.¹¹ Zgodnie z obowiązującymi wówczas zapisami oceny zewnętrzne powinny być przeprowadzone co najmniej raz na pięć lat. Od 2009 r. zapisy te uległy zaostrzeniu i Standardy wskazują, że **oceny zewnętrzne muszą być przeprowadzone co najmniej raz na pięć lat.**¹²

¹⁰ Komunikat Nr 2 Ministra Finansów z dnia 17 czerwca 2013 r. w sprawie standardów audytu wewnętrznego dla jednostek sektora finansów publicznych (Dz. Urz. Min. Fin. z 2013 r. poz.15).

¹¹ Komunikat nr 11 Ministra Finansów z dnia 26 czerwca 2006 r. w sprawie standardów audytu wewnętrznego w jednostkach sektora finansów publicznych (Dz. U. Min. Fin. z 2006 r., poz. 56).

¹² Link do aktualnych Standardów: <http://www.mf.gov.pl/ministerstwo-finansow/dzialalnosc/finanse-publiczne/kontrola-zarzadcza-i-audit-wewnetrzny/audit-wewnetrzny-w-sektorze-publicznym/standardy>.



Należy zatem uznać, że **obowiązek przeprowadzenia oceny zewnętrznej audytu wewnętrznego obejmuje wszystkie jsfp, w których funkcjonuje audyt wewnętrzny, z częstotliwością wskazaną w Standardach**. W przypadku jednostek, w których audyt wewnętrzny funkcjonował w momencie ogłoszenia Komunikatu Ministra Finansów, biorąc pod uwagę obecne brzmienie Standardów, ocena taka musi być przeprowadzona nie później niż w 2014 r. Natomiast w jednostkach, w których audyt wewnętrzny wprowadzony został w terminie późniejszym, obowiązek ten musi zostać wypełniony najpóźniej 5 lat od daty jego wprowadzenia.

Zakres i efekty oceny zewnętrznej audytu wewnętrznego

Niezależna ocena zewnętrzna jest szczególnie istotna ze względu na charakter pracy audytu wewnętrznego, który wymaga zapewnienia niezależności i obiektywizmu audytora¹³. Daje kierownikowi jednostki możliwość profesjonalnej i niezależnej oceny jakości audytu wewnętrznego w każdym zakresie jego funkcjonowania (tzn. zarówno w odniesieniu do zadań zapewniających, jak i czynności doradczych).

Kompleksowa ocena pozwala na weryfikację prawidłowości działania audytu, jego skuteczności i efektywności oraz roli audytu wewnętrznego w organizacji. Umożliwia również kierownikowi jednostki omówienie zagadnień dotyczących funkcji audytu wewnętrznego z niezależnym ekspertem. Aby osiągnąć optymalne korzyści z ww. oceny, jej zakres powinien obejmować także benchmarking i identyfikację najlepszych praktyk.

Formy ocen zewnętrznych audytu wewnętrznego

Istnieją dwa podstawowe sposoby oceny zewnętrznej jakości pracy audytu wewnętrznego¹⁴:

1. **pełna ocena zewnętrzna**, przeprowadzona przez wykwalifikowany i niezależny od audytu wewnętrznego zespół zewnętrzny,
2. **samoocena z niezależnym (zewnętrznym) zatwierdzeniem (walidacją)**, wykonana przez wykwalifikowaną i niezależną osobę lub zespół.

Powyższe oceny mogą być przeprowadzane w drodze zakupu usługi zewnętrznej lub w formie **przeглядów partnerskich** (ang. *peer review*) przez jednorodne, niezależne od siebie jednostki sektora publicznego. Liczba zaangażowanych jednostek musi być tak dobrana, aby zagwarantować, że oceny nie będą przeprowadzane krzyżowo (wzajemnie). Ważne jest, aby osoby przeprowadzające oceny zewnętrzne posiadały odpowiednie kwalifikacje oraz były niezależne od jednostki, w której ocena jest przeprowadzana. Szczegółowe wymogi odnośnie do osób przeprowadzających oceny określają Poradniki do Standardów.

Ministerstwo Finansów nie wskazuje żadnej z opisanych wyżej form jako preferowanej, każda ma swoje mocne i słabe strony. W przypadku usługi zewnętrznej są to np. dodatkowe koszty, natomiast w przypadku przeglądu partnerskiego – np. złożoność procesu i uzależnienie jego realizacji od możliwości i kompetencji innych jednostek. Jednak w związku z tym, że coraz więcej jednostek w celu wypełnienia wymogów Standardów decyduje się na przeprowadzenie samooceny z niezależną walidacją w formie przeglądu partnerskiego, poniżej przedstawiamy artykuł, w którym jednostki samorządowe dzielą się swoim doświadczeniem w tym zakresie.

Opracowanie: Departament Polityki Wydatkowej Ministerstwa Finansów.

¹³ Standard 1100 *Niezależność i obiektywizm*.

¹⁴ Poradniki do Standardów 1312-1 *Oceny zewnętrzne* i 1312-2 *Oceny zewnętrzne: samoocena z niezależną walidacją*.



PRZEPROWADZENIE OCEN ZEWNĘTRZNYCH AUDYTU WEWNĘTRZNEGO W FORMIE SAMOOCENY Z NIEZALEŻNĄ WALIDACJĄ NA PRZYKŁADZIE WYBRANYCH URZĘDÓW MARSZAŁKOWSKICH, URZĘDÓW MIAST NA PRAWACH POWIATU, ZARZĄDÓW DRÓG WOJEWÓDZKICH

Poszukując najbardziej ekonomicznego i adekwatnego dla potrzeb jednostki sposobu wypełnienia wymogów Standardów dotyczących obowiązku przeprowadzania oceny zewnętrznej audytu wewnętrznego, audytorzy wewnątrzni z jednostek samorządu terytorialnego podjęli inicjatywę utworzenia, w ramach jednorodnych typów jednostek, grup zainteresowanych przeprowadzeniem samooceny z niezależną walidacją w formie przeglądu partnerskiego. Doświadczenia i wnioski zebrane podczas procesu przygotowania do oceny oraz przebiegu samej oceny w poszczególnych grupach jednostek przedstawia poniższy materiał. Zaprezentowane opisy wskazują, że główne działania w przeprowadzonych procesach są zbieżne, jednak istnieją pewne specyficzne rozwiązania przyjęte w poszczególnych grupach.

Urzędy Marszałkowskie



Katarzyna Lenczyk-Woroniecka

W poszczególnych urzędach marszałkowskich decyzje inicjujące przeprowadzenie samooceny wewnętrznej z niezależną walidacją w formie przeglądu partnerskiego zostały poprzedzone szeroką analizą możliwych rozwiązań.

W analizie wzięto pod uwagę nie tylko cenę usługi zewnętrznej, ale również inne **korzyści wynikające z partnerskiego przeglądu w urzędach**, które działają na tym samym szczeblu władz samorządowych. Korzyści te to przede wszystkim:

- porównywalność działalności, gwarantująca łatwość poruszania się w walidowanej instytucji i merytoryczna znajomość specyfiki zadań, co w dużej mierze pozwala na dobre przygotowanie oceniającego i zminimalizowanie czasu przeprowadzenia oceny zewnętrznej,
- jednolitość branży, dająca możliwość uzyskania próby do porównania, bez kupowania usługi zewnętrznej, działalności komórek audytu i zbudowania swoistego benchmarkingu audytu wewnętrznego w jednostkach biorących udział w przeglądzie partnerskim,
- możliwość wymiany dobrych praktyk i zbudowania trwałej platformy wymiany doświadczeń audytorów wewnętrznych działających w danej branży.

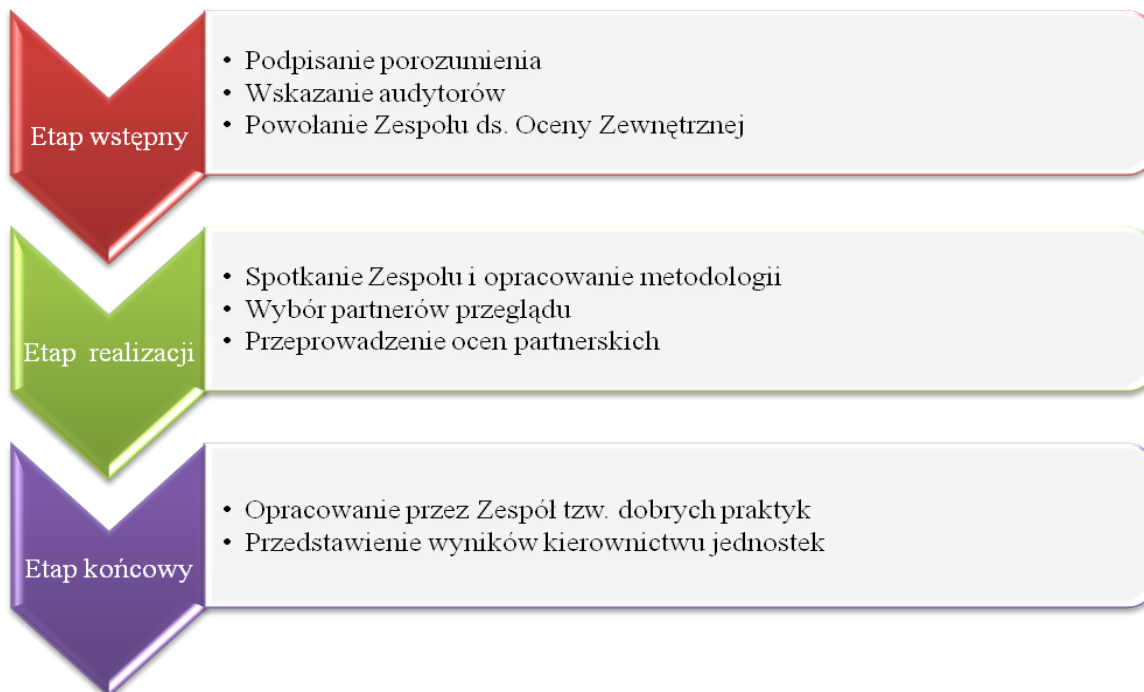
Podstawę przeprowadzenia ocen stworzyło wielostronne porozumienie zawarte przez jednostki, które chciały uczestniczyć w przeglądzie. Wzór porozumienia wraz z prośbą decyzję co do uczestnictwa w przeglądzie został wcześniej przesłany do poszczególnych samorządów, przy czym, ze względu na wcześniejszą współpracę, znana była możliwość spełnienia przez poszczególne jednostki minimalnych wymagań określonych w Poradnikach IIA Global.

Ostatecznie dziesięć jednostek podpisało porozumienie, w tym jedna na zasadzie jednostronnej, tzn. jako strona delegująca audytora do badania. Audyt wewnętrzny w tej jednostce był już poddany ocenie przeprowadzonej w ramach zakupionej usługi zewnętrznej, jednak



kierownictwo jednostki było zainteresowane aktywnym uczestnictwem w procesie oceny, ze względu na dostęp do dobrych praktyk.

Strony porozumienia przyjęły następujący plan działań:



Przyjęcie tego wariantu oceny zewnętrznej wymaga porozumienia jednostek zainteresowanych oceną i szczegółowego przygotowania całości przeglądu. Jest to proces złożony, wiążący się z pewnymi zagrożeniami, które należy wziąć pod uwagę przygotowując koncepcję. Są to m.in.:

- ryzyko odstąpienia jednostki od porozumienia jeszcze przed dokonaniem przeglądu - wynikające z faktu, że przygotowanie i zawarcie porozumienia jest procesem złożonym i czasochłonnym,
- duże zaangażowanie audytorów wewnętrznych biorących udział w przeglądzie w proces wyboru i opracowania wspólnej metodyki oceny,
- z punktu widzenia praktycznej realizacji ocen okazało się, że głównym zagrożeniem nie jest brak obiektywizmu, ale porównywanie rozwiązań organizacyjnych przyjętych w ocenianej jednostce z rozwiązaniami funkcjonującymi w macierzystej jednostce oceniających, zamiast przeprowadzania oceny zgodności tych rozwiązań z wymaganiami Standardów.

Urzędy miast w województwie śląskim.



Elżbieta Paliga

Celem przeprowadzonej oceny zewnętrznej audytu wewnętrznego w wybranych urzędach miast na prawach powiatu w województwie śląskim było spełnienie wymogów Standardów oraz dostarczenie kierownikom jednostek samorządu terytorialnego oceny funkcjonowania audytu wewnętrznego.



Ocena audytu wewnętrznego była przeprowadzana w oparciu o metodykę przedstawioną podczas szkolenia w zakresie oceny jakości audytu wewnętrznego oraz w podręczniku przygotowującym do oceny zewnętrznej pt. Quality Assesment Validator, a także przepisów prawa obowiązujących w tym zakresie, tj.:

- 1) ustawy o finansach publicznych,
- 2) rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 1 lutego 2010 r. w sprawie przeprowadzania i dokumentowania audytu wewnętrznego (Dz. U. Nr 21, poz. 108).
- 3) standardów audytu wewnętrznego dla jednostek sektora finansów publicznych.

Na przygotowanie i ocenę jakości audytu wewnętrznego składały się 4 etapy.

Etap I - Wysłanie pisma do Prezydentów Miast na prawach powiatu z województwa śląskiego, zachęcającego do nawiązania współpracy i przeprowadzenia wzajemnej oceny zewnętrznej działalności audytu wewnętrznego. Do pisma dołączono ankietę, której celem było ustalenie, czy w jednostkach może być dokonana taka ocena. Pierwsze trzy pytania w ankiecie służyły wyeliminowaniu tych jednostek, które nie przystąpią do oceny zewnętrznej ze względu na brak audytora albo fakt, że ocena została już przeprowadzona lub jednostka nie była zainteresowana przeglądem partnerskim. Kolejne pytania w ankiecie pozwoliły uzyskać informacje dotyczące:

- komórki audytu wewnętrznego,
- kwalifikacji i doświadczenia audytorów wewnętrznych,
- rzeczywistego lub domniemanego konfliktu interesów,
- praktycznych części realizacji oceny zewnętrznej, takich jak: uzyskanie zgody na udostępnienie dokumentów, na podróż służbową audytora wewnętrznego do innej jednostki, preferowanej formy przeprowadzenia oceny zewnętrznej (pełna ocena zewnętrzna lub samoocena z niezależną walidacją), itp.

Ankieta pozwoliła również na sprawdzenie, ilu audytorów wewnętrznych ukończyło szkolenie w zakresie przeprowadzania *Oceny jakości audytu wewnętrznego*.

Etap II - W wyniku działań podjętych w pierwszym etapie wyłoniono grupę audytorów, która została zaproszona do udziału w spotkaniu szkoleniowym w zakresie prowadzenia oceny jakości audytu wewnętrznego, zorganizowanym w Urzędzie Miasta w Dąbrowie Górniczej. Do udziału w spotkaniu zostały zaproszone, w charakterze konsultantów, osoby, które już przeszły proces oceny przez firmę zewnętrzną. Na spotkaniu opracowano projekt porozumienia w zakresie wzajemnej oceny zewnętrznej oraz wzór deklaracji audytora wewnętrznego przeprowadzającego ocenę w danej jednostce.

Etap III - Kolejnym etapem było podpisanie porozumienia, ustalenie harmonogramu działań oraz sposobu przeprowadzenia oceny. Trzy osoby spośród pracowników 17 jednostek posiadały uprawnienia do wykonywania oceny jakości audytu wewnętrznego (uczestniczyły w szkoleniach na ten temat). Każda z tych osób koordynowała pracę jednego z trzech zespołów utworzonych z przedstawicieli 17 jednostek przystępujących do ww. oceny jakości audytu wewnętrznego w poszczególnych urzędach. Ocenie podlegały następujące obszary:

- organizacja audytu wewnętrznego,
- planowanie działalności audytu wewnętrznego,
- realizacja zadań audytowych,
- sprawozdawczość z wykonywanych zadań audytowych,
- zapewnienie jakości audytu wewnętrznego,
- benchmarking.



Ocena obejmowała również badanie efektywności działań audytu wewnętrznego.

Czynności podejmowane w ramach oceny były prowadzone w siedzibie strony porozumienia i obejmowały:

- 1) wypełnienie przez pracowników jednostki kwestionariuszy oraz przygotowanie wskazanej dokumentacji,
- 2) przeprowadzenie oceny zewnętrznej (weryfikacja samooceny) i sporządzenie raportu przez zespół walidujący.

Walidacja samooceny odbywała się w oparciu o informacje uzyskane w ramach rozmów z kierownikiem jednostki oraz audytowanymi, a także weryfikację następujących dokumentów źródłowych:

- porozumienia zawartego w dniu 24.09.2012 r. w zakresie przeprowadzenia wzajemnej oceny zewnętrznej pomiędzy Prezydentami Miast,
- listy weryfikacyjnej okresowej prawidłowości wykonywania audytu wewnętrznego,
- ankiety dotyczącej samooceny audytu wewnętrznego – przeprowadzonej w komórce audytowej,
- ankiety dla kierownika jednostki i wyższego kierownictwa dotyczącej jakości prac audytu wewnętrznego,
- ankiety dla audytowanych dotyczącej jakości prac audytu wewnętrznego,
- ankiety dotyczącej efektywności pracy audytu wewnętrznego,
- raportów z zewnętrznej oceny jakości audytu wewnętrznego.

Wyniki oceny były przedstawiane w formie raportu przygotowanego według przyjętego wzoru i podpisanego przez walidatora. Następnie raport był omawiany i przekazywany Prezydentowi Miasta.

Etap IV – Zebranie wyników wszystkich ocen i sporządzenie zbiorczego raportu benchmarkingowego oraz podsumowanie całego procesu oceny zewnętrznej jakości audytu wewnętrznego. Czas poświęcony na przeprowadzenie oceny obejmował:

- 1) przygotowanie materiałów do oceny i przeprowadzenie spotkania szkoleniowego - 2 dni,
- 2) wypełnienie kwestionariuszy i przygotowanie dokumentacji w jednostce - średni okres to 2 dni,
- 3) przeprowadzenie oceny jakości i sporządzenie raportu w jednostce - średni okres to 2 dni,
- 4) zebranie wszystkich ocen i sporządzenie raportu zbiorczego dla kierowników jednostek uczestniczących w procesie oceny jakości audytu wewnętrznego (benchmarking) - 2 dni.

Ocena przeprowadzana była nieodpłatnie przez audytorów wewnętrznych zatrudnionych w jednostkach, które włączyły się w proces oceny.



Zarządy Dróg Wojewódzkich



Agnieszka Antonowicz

Dzięki działaniom podjętym przez audytora wewnętrznego Podlaskiego Zarządu Dróg Wojewódzkich w Białymstoku (dalej PZDW), Dyrektor jednostki podjął decyzję, że PZDW wystąpi z inicjatywą przeprowadzenia oceny zewnętrznej jakości audytu wewnętrznego w ramach współpracy z innymi zarządami dróg wojewódzkich. Za taką decyzją przemawiał czynnik finansowy (ocena zewnętrzna może zostać przeprowadzona w ramach zadania zapewniającego lub czynności doradczych) oraz fakt, że są to jednostki podobne pod względem wielkości, złożoności, specyfiki i branży.¹⁶

Proces oceny obejmował sześć etapów:

1. Skierowanie audytora wewnętrznego PZDW na **szkolenie** *Ocena jakości audytu wewnętrznego*.
2. **Wystąpienie** do Dyrektorów 15 zarządów dróg wojewódzkich z całej Polski z pismem zachęcającym do nawiązania współpracy i przeprowadzenia wzajemnej oceny zewnętrznej działalności audytu wewnętrznego. Do pisma dołączono ankietę celem uzyskania informacji niezbędnych do sformułowania zasad dalszej współpracy. Zgodnie z przeprowadzoną ankietą chęć podjęcia współpracy zadeklarowało 7 z 16 zarządów dróg wojewódzkich. Powody, dla których zarządy nie przystąpiły do współpracy to m.in.:
 - wakat na stanowisku audytora wewnętrznego,
 - krótki okres funkcjonowania audytu wewnętrznego w jednostce,
 - zmiana na stanowisku dyrektora jednostki.
3. **Podpisanie porozumienia** w sprawie oceny zewnętrznej jakości audytu wewnętrznego w ramach przeglądu partnerskiego z 7 zarządami dróg wojewódzkich. Niestety, w trakcie realizacji ww. porozumienia, w związku ze zmianami personalnymi i wakatem na stanowisku audytora wewnętrznego, jeden z zarządów wycofał się z porozumienia.
4. **Zorganizowanie przez PZDW dwudniowych warsztatów szkoleniowych** z udziałem audytorów wewnętrznych zatrudnionych w zarządach dróg wojewódzkich, które zadeklarowały podpisanie porozumienia. Z analizy ankiet wynikało, że tylko dwóch audytorów wewnętrznych odbyło szkolenie z zakresu ocen zewnętrznych.
5. **Przeprowadzenie samooceny i walidacji**. W I połowie 2013 r. przeprowadzono samoocenę, a w II połowie 2013 r. walidację (z wyjątkiem jednego zarządu dróg wojewódzkich). Zakładano, że ocena zewnętrzna jakości audytu wewnętrznego zostanie

¹⁶Zarządy dróg wojewódzkich funkcjonują jako jednostki organizacyjne utworzone na podstawie art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 21 marca 1985 r. o drogach publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 230, z późn. zm.) i wykonują obowiązki zarządcy drogi, którym jest zarząd województwa. Zakres realizowanych zadań określa ustawa o drogach publicznych. Tylko w jednym przypadku, tj. Dolnośląskiej Służby Dróg i Kolei we Wrocławiu, zakres realizowanych zadań jest większy.



zakończona do dnia 31 grudnia 2013 r. Niestety, w związku z długotrwałą absencją w pracy jednego z audytorów wewnętrznych, termin realizacji porozumienia został wydłużony do końca marca 2014 r.

Każdy z audytorów wewnętrznych przed rozpoczęciem walidacji złożył na ręce dyrektora macierzystej jednostki i dyrektora zarządu dróg wojewódzkich objętego przeprowadzaną przez niego ocenę deklarację, w której m.in. potwierdzał swoją niezależność w stosunku do jednostki ocenianej, deklarował posiadanie odpowiednich kompetencji i zobowiązywał się do wykonywania swoich obowiązków obiektywnie i z należytą starannością. Deklaracja obejmowała także zobowiązanie do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w trakcie walidacji i zwrotu dokumentów uzyskanych od ocenianego zarządu, oraz zobowiązanie o niepodejmowaniu żadnych działań godzących w dobre imię zarządu dróg wojewódzkich, który reprezentuje i w którym przeprowadza walidację.

Działalność audytu wewnętrznego, w każdym z zarządów dróg wojewódzkich, podlegała ocenie w skali trzystopniowej sugerowanej w *Podręczniku Oceny Jakości* wydanym przez Stowarzyszenie Audytorów Wewnętrznych IIA, tj.: generalnie zgodne, częściowo zgodne, niezgodne oraz gdzie za ocenę pozytywną uznaje się generalnie zgodne i częściowo zgodne.

- 6. Podsumowanie** przeprowadzonej oceny i zaprezentowanie końcowych wniosków dyrektorom zarządów dróg wojewódzkich, które przystąpiły do porozumienia.

Podsumowanie

Przygotowanie i przeprowadzenie oceny zewnętrznej jakości audytu wewnętrznego dokonywanej w formie przeglądu partnerskiego jest procesem złożonym i czasochłonnym. Ponadto stanowi jedynie alternatywne rozwiązanie w stosunku do zakupu usługi pełnej oceny zewnętrznej. Niemniej jednak forma ta daje szereg dodatkowych korzyści. Najważniejsza z nich to stworzenie podstaw do dalszej współpracy pomiędzy komórkami audytu wewnętrznego w poszczególnych typach jednostek samorządu terytorialnego oraz wymiana informacji na temat praktyk stosowanych w innych jednostkach. Jest to szczególnie istotne dla jednoosobowych komórek, w których często ocena jest jedynym źródłem konsultacji merytorycznych z innym audytorem wewnętrznym. Nawiązanie takiej współpracy daje w przyszłości możliwość wykonania tzw. „telefonu do przyjaciela” w sytuacjach wymagających porady.

W niektórych z grup jednostek ocena zapoczątkowała dalsze działania, które będą kontynuowane w ramach współpracy podjętej pomiędzy audytorami wewnętrznymi zatrudnionymi w jednostkach samorządu terytorialnego. Planowane działania będą obejmowały m.in.:

- wypracowanie wspólnej metody pracy w zakresie prowadzenia zadań audytowych dla audytorów wewnętrznych zatrudnionych w małych jednostkach na niepełny etat,
- działania na rzecz wzmocnienia pozycji audytu wewnętrznego,
- opracowanie metodyki wspólnej oceny jakości audytu wewnętrznego,
- umożliwienie wykorzystania wypracowanego sposobu oceny przez pozostałe jednostki samorządu terytorialnego w całej Polsce.

Dodatkowo, w wyniku przeprowadzonych ocen pojawiły się zagadnienia, które przedstawiono kierownikom jednostek jako problemy systemowe, wymagające pogłębionej analizy, m.in.:

- usytuowanie audytu wewnętrznego w strukturze organizacyjnej jednostki,
- dublowanie się niektórych zadań wykonywanych przez służby auditu wewnętrznego ISO, audytu wewnętrznego i kontroli wewnętrznej,
- benchmarking komórek audytu wewnętrznego jst.



Więcej szczegółów na temat procesu przygotowania i przeprowadzenia przeglądów partnerskich w ramach poszczególnych typów jednostek, stosowanej metodyki i narzędzi oraz wniosków z zakończonych już ocen, zostanie przedstawione w opracowaniach nt. doświadczeń wybranych urzędów marszałkowskich, urzędów miast na prawach powiatu oraz zarządów dróg wojewódzkich, które wkrótce pojawią się na stronie BIP Ministerstwa Finansów.¹⁷ Zachęcamy do śledzenia naszych publikacji.

Autorki opracowania:

Katarzyna Lenczyk-Woroniecka – Dyrektor Wydziału Audytu Wewnętrznego i Kontroli Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego. Członek SAW IIA Polska, dyplomowany audytor sektora publicznego (CGAP), certyfikowany audytor Ministerstwa Finansów, Internal Quality Assessment /Validator, posiada certyfikat zapewnienia zarządzania ryzykiem (CRMA) oraz Certified Internal Controls Auditor (CICA). Autorka wielu publikacji oraz polskiego tłumaczenia arkuszy do samooceny z podręcznika Quality Assessment Manual, IIA Global oraz podręcznika *Rola audytu w zarządzaniu sektorem publicznym*, IIA Global.

Elżbieta Paliga – Kierownik Biura Audytu Wewnętrznego w Urzędzie Miejskim w Dąbrowie Górniczej, Koordynator Koła Audytorów Wewnętrznych Jednostek Samorządu Terytorialnego IIA Polska. Posiada wieloletnią praktykę w kontroli i audycie wewnętrznym w administracji rządowej i samorządowej, uprawnienia: MF, CRMA, (CICA); Internal Quality Assessment/Validator. Absolwentka studiów podyplomowych: Master of Public Administration; Audyt i kontrola finansowa, Zarządzanie w biznesie. Uczestniczka kursów oraz staży polskich i zagranicznych (Indie, Dania, Belgia) z zakresu funkcjonowania administracji publicznej. Autorka i współautorka wielu publikacji.

Agnieszka Antonowicz – Audytor wewnętrzny w Podlaskim Zarządzie Dróg Wojewódzkich w Białymstoku, wcześniej w Biurze Audytu Wewnętrznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w Białymstoku. Posiada certyfikat audytora Ministerstwa Finansów oraz CGAP. W 2012 r. uczestnik szkolenia organizowanego przez Stowarzyszenie Audytorów Wewnętrznych IIA Polska dotyczącego oceny jakości audytu wewnętrznego. Koordynator i uczestnik oceny zewnętrznej jakości audytu wewnętrznego w ramach przeglądu partnerskiego przeprowadzonej w zarządach dróg wojewódzkich.

PARTNERSKI PROJEKT INNOWACYJNY „MONITOROWANIE JAKOŚCI USŁUG PUBLICZNYCH JAKO ELEMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JEDNOSTKAMI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO”

Urząd Miasta Krakowa oraz Urząd Miasta Poznania w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki – Krajowe Sieci Tematyczne (KST) „Dobre rządzenie” (Europejski Fundusz Społeczny), realizują wspólną inicjatywę – innowacyjny projekt partnerski „Monitorowanie jakości usług publicznych jako element zintegrowanego systemu zarządzania jednostkami samorządu terytorialnego” (dalej: MJUP). Celem projektu jest poprawa skuteczności i efektywności monitorowania jakości usług publicznych świadczonych przez jst w Polsce.

¹⁷<http://www.mf.gov.pl/ministerstwo-finansow/dzialalnosc/finanse-publiczne/kontrola-zarzadcza-i-audyt-wewnetrzny/audyt-wewnetrzny-w-sektorze-publicznym/metodyka-i-dobre-praktyki/>



Projekt adresowany jest do:

- kierujących jednostkami samorządu,
- pracowników administracji samorządowej,
- mieszkańców i wszystkich odbiorców usług świadczonych przez administrację lokalną.

Na podstawie własnych doświadczeń i potrzeb pracownicy ww. Urzędów dokonali przeglądu metod, narzędzi i dobrych praktyk w zakresie zarządzania. W oparciu o wyniki przeglądu zaproponowali uzupełnienie brakujących elementów i przystąpili do opracowania ogólnych zasad oraz szczegółowych rozwiązań, które zapewnią spójność elementów systemu zarządzania, takich jak: budżet zadaniowy, wieloletnia prognoza finansowa, strategia rozwoju, system ewidencji księgowej, zarządzanie ryzykiem, metody i narzędzia badania wskaźników jakości życia i jakości usług publicznych, konsultacje społeczne, czy wreszcie wdrożenie aplikacji informatycznej klasy BI (*Business Intelligence*) działającej w oparciu o technologię hurtowni danych i zestaw narzędzi analityczno-raportujących.

Opracowany w ramach projektu produkt zostanie wdrożony i przetestowany w administracjach jst zaangażowanych w projekt, a następnie upowszechniony wśród jednostek samorządu terytorialnego w Polsce.

Więcej informacji o projekcie MJUP oraz prezentację wstępnej wersji produktu znajdziecie Państwo na stronie www.mjup.krakow.pl.

Ponadto w kolejnym numerze Biuletynu (grudzień 2014 r.) znajdą Państwo artykuł na temat podsumowania doświadczeń zebranych podczas projektu (zakończenie projektu przewidywane jest w październiku br.), rozwiązań wypracowanych w ramach projektu oraz dalszych planowanych działań.

INTERESUJĄCE PUBLIKACJE NA STRONIE INTERNETOWEJ MINISTERSTWA FINANSÓW

Zachęcamy do zapoznania się z materiałami ze spotkań audytorów wewnętrznych, które odbyły się w Ministerstwie Finansów

1. Spotkanie w dniu 31 lipca 2014 r. było poświęcone zagadnieniom **rachunkowości budżetowej w jednostkach sektora finansów publicznych**.
2. Spotkanie w dniu 28 sierpnia 2014 r. było poświęcone **ocenie zewnętrznej audytu wewnętrznego**. Przedstawiciele resortu sprawiedliwości podzielili się swoimi doświadczeniami we wdrażaniu koncepcji opartej na samoocenie i jej niezależnej walidacji.
3. Podczas spotkania w dniu 23 września 2014 r. przedstawiciele Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Centralnego Biura Antykorupcyjnego zaprezentowali założenia **Rządowego Programu Przeciwdziałania Korupcji na lata 2014 – 2019**.

Wszystkie notatki oraz prezentacje z tych spotkań znajdą Państwo na stronie internetowej MF w zakładce: [Działalność/Finanse Publiczne/Audyt wewnętrzny i kontrola zarządcza w sektorze publicznym/ Audyt wewnętrzny w sektorze publicznym/Szkolenia](#)

Zachęcamy do lektury!



OD REDAKCJI

Serdecznie zapraszamy Państwa do lektury publikowanych materiałów i kontaktów z naszym Departamentem. Chętnie służymy Państwu wsparciem merytorycznym.

Prosimy też o dzielenie się własnymi dobrymi praktykami, których publikacja pozwoli innym jednostkom na usprawnienie systemów kontroli zarządczej. Będziemy wdzięczni za wszystkie Państwa sugestie, propozycje i uwagi w sprawie Biuletynu oraz zakładki [Działalność/Finanse publiczne/Kontrola zarządcza w sektorze publicznym](#) na stronie internetowej Ministerstwa Finansów.

Kontakt:

tel.: 22 694 42 42

fax: 22 694 47 41

e-mail: RedakcjaDA@mofnet.gov.pl

lub Sekretariat.PW@mofnet.gov.pl

Jednocześnie informujemy, że artykuły zewnętrzne są wyrazem opinii ich Autorów.

Prawa autorskie do artykułów zamieszczonych w *Biuletynie Kontrola Zarządcza w jst* należą odpowiednio do ich Autorów oraz wydawcy. Kopiowanie na dowolnych nośnikach, przedruk, rozpowszechnianie materiałów zamieszczonych w *Biuletynie Kontrola Zarządcza w jst* bez zgody Autorów oraz wydawcy jest zabronione.