

УТВЕРЖДЕН
Решением
Наблюдательного совета
ГП на ПХВ «Многопрофильная
областная больница»
при управлении здравоохранения
Акмолинской области
от «28» 08 2019 года № 4

РЕГЛАМЕНТ (СТАНДАРТЫ)
организации внутреннего аудита
в ГП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»
при управлении здравоохранения
Акмолинской области

г. Кокшетау
2019 год

Общие положения

1. Настоящий Регламент (Стандарты) по организации внутреннего аудита (далее – Регламент, Стандарты) разработаны в целях установления единых базовых принципов и процедур к организации внутреннего аудита в ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница» при управлении здравоохранения Акмолинской области (далее медицинская организация (МО)), а также в учрежденных и контролируемых МО предприятий.

1. Стандарты качественных характеристик

2.1. Независимость и объективность

2. Независимость службы внутреннего аудита МО (далее – СВА) при реализации своих задач и функций обеспечивается соответствующим организационным статусом, который предусматривает подчиненность и подотчетность СВА Наблюдательному совету МО.

3. Непосредственное курирование деятельности СВА осуществляется Комитетом по аудиту Наблюдательного совета МО (при его наличии).

4. СВА должна быть независима от влияния каких-либо лиц при выполнении возложенных на нее задач и функций, в целях надлежащего их выполнения и обеспечения объективных и беспристрастных суждений.

5. Критерием независимости СВА является независимость при составлении годового аудиторского плана, выборе методик и процедур внутреннего аудита, объема работ для достижения поставленной цели и отражения аудиторских заключений.

6. Внутренние аудиторы в своей работе должны быть беспристрастны и непредвзяты и не допускать возникновения конфликта интересов.

7. В целях соблюдения принципов объективности и беспристрастности в процессе выполнения своих функций, внутренние аудиторы не должны быть вовлечены в какие-либо виды деятельности, которые впоследствии могут подвергаться внутреннему аудиту и заниматься аудитом деятельности или функций, осуществлявшихся ими в течение периода, который подвергается аудиту.

2.2. Профессиональная компетентность

8. Внутренние аудиторы должны обладать профессиональными знаниями и навыками, необходимыми для выполнения своих персональных обязанностей.

9. Внутренние аудиторы должны обладать необходимыми для выполнения своей роли коллективными знаниями и совершенствовать их в процессе непрерывного повышения квалификации.

10. Внутренние аудиторы должны проявлять профессиональное отношение к работе, оценивая объем работы, необходимый для достижения целей аудиторского задания, адекватность и эффективность систем управления рисками, внутреннего контроля и корпоративного управления.

11. В случае если внутренние аудиторы не обладают достаточными знаниями и навыками для выполнения аудиторского задания или части задания, СВА имеет право в установленном порядке (по решению Наблюдательного

совета) привлечь консультантов или использовать ко-сорсинг.

2.3. Контроль качества работы

12. Руководитель СВА должен постоянно отслеживать выполнение принятых мероприятий по обеспечению качества работы. Мероприятия должны быть разработаны с целью обеспечения качества работы и уверенности в том, что деятельность СВА проводится в соответствии с принятым Регламентом.

13. Руководитель СВА обеспечивает осуществление мониторинга общей эффективности мероприятий по обеспечению качества работы. Указанный процесс должен включать внешнюю оценку и самостоятельный контроль.

14. Внешняя оценка по обзору качества работы СВА должна проводиться не реже одного раза в 3 года внешним аудитором, выбранным в установленном порядке и/или уполномоченным органом в области здравоохранения (местным исполнительным органом) (далее – Собственник). Руководитель СВА должен довести до сведения Наблюдательного совета результаты внешних оценок.

15. Руководитель СВА должен осуществлять мониторинг общей эффективности мероприятий по обеспечению качества работы в течение всего процесса выполнения аудиторского задания, чтобы обеспечить плановое и качественное выполнение целей аудиторского задания.

16. Система контроля качества работы внутренних аудиторов основывается на стандартных процедурах и политиках, а также на профессиональном мнении руководителя СВА и руководителя аудиторского задания, которому поручено выполнять аудиторское задание и руководить внутренними аудиторами, занятыми в выполнении аудиторского задания конкретного объекта аудита и включает:

- 1) соблюдение внутренними аудиторами стандартов независимости, честности, объективности, конфиденциальности и профессиональной этики;
- 2) соответствие процедур и методик внутреннего аудита и подготовленной по его результатам рабочей документации Стандартам;
- 3) доведение до сведения руководителя аудиторского задания и руководителя СВА основных результатов внутреннего аудита, которые могут повлиять на содержание аудиторских заключений;
- 4) принятие необходимых мер в отношении внутренних аудиторов, в случаях невыполнения или ненадлежащего выполнения ими возложенных на них обязанностей.

17. Система контроля качества работы внутренних аудиторов также способствует получению руководителем СВА необходимой информации для дальнейшего планирования профессионального обучения внутренних аудиторов, с целью повышения качества работы и для более эффективного использования профессиональных качеств внутренних аудиторов при планировании и выполнении аудиторских заданий.

18. Руководитель СВА должен обеспечить разработку процедур по системе контроля качества работы внутренних аудиторов, согласно шаблону контроля качества (по форме приложения 1).

2. Этические стандарты

19. Этика поведения внутренних аудиторов должна основываться на следующих принципах: честность, объективность, конфиденциальность, профессиональная компетентность.

20. Честность – принцип, в соответствии с которым внутренние аудиторы обязаны выполнять свою работу добросовестно и с должной ответственностью и, если того требуют профессиональные стандарты внутреннего аудита, раскрывать соответствующую информацию.

21. Объективность – принцип, в соответствии с которым внутренние аудиторы обязаны демонстрировать наивысший уровень профессиональной объективности в процессе сбора, оценки и передачи информации об объекте аудита и в своих суждениях не должны подвергаться влиянию своих собственных интересов и интересов других лиц.

22. Конфиденциальность – принцип, в соответствии с которым внутренние аудиторы не должны разглашать информацию, получаемую ими в соответствии с их полномочиями, за исключением случаев, когда раскрытие такой информации допускается условиями ее предоставления либо необходимо в соответствии с законодательством.

23. Профессиональная компетентность – принцип, в соответствии с которым внутренние аудиторы должны в полной мере применять знания, навыки и опыт, необходимые для оказания услуг внутреннего аудита, непрерывно повышать свое профессиональное мастерство, а также качество работы.

24. Учитывая, что предметом клинического аудита является безопасность пациентов, инфекционный контроль, качество и полнота оказания медицинских услуг клинические аудиторы также должны соблюдать следующие принципы:

1) системность*: контроль за качеством осуществляется во взаимосвязи индикаторов, влияющих на качество медицинских услуг (индикаторы структуры, процесса и результата);

2) объективность: контроль за качеством осуществляется путем использования механизма выявления и оценки дефектов организации медицинской помощи на основании стандартов, утвержденных уполномоченным органом в области здравоохранения;

3) открытость: клинический аудит, при необходимости осуществляется с привлечением независимых экспертов и ознакомлением заинтересованных сторон с результатами аудита.

*индикаторы структуры - показатели обеспеченности человеческими, финансовыми и техническими ресурсами;

индикаторы процесса - показатели оценки выполнения технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;

индикаторы результата медицинских услуг - показатели оценки последствий для здоровья в результате оказания или неоказания медицинской помощи субъектами здравоохранения;

3. Стандарты деятельности

4.1. Планирование годового аудита

25. Руководитель СВА должен эффективно управлять деятельностью СВА с тем, чтобы обеспечить максимальную полезность внутреннего аудита в целом.

26. В целях повышения эффективности внутреннего аудита, СВА рекомендуется использовать специализированные аудиторские программные обеспечения. Также, для деятельности СВА целесообразна интеграция с единым программным обеспечением в области управления рисками и программным обеспечением, имеющим общекорпоративный масштаб (по финансовому и медицинскому аудиту).

27. Ежегодно, не позднее 1 ноября, СВА должна начинать разработку проекта годового аудиторского плана на будущий год, в котором указываются объекты аудита - бизнес процессы, процедуры, или виды деятельности, или функции, подлежащие внутреннему аудиту.

28. Предварительной процедурой, предшествующей разработке годового аудиторского плана, является составление/обновление Карты (перечня) областей аудита, (по форме Приложения 2) которая определяется исходя из функций и операций объекта аудита, характера рисков бизнес процессов, в том числе, по сопровождению проектов, осуществляемых в учрежденных и контролируемых МО предприятий. Также, при составлении/обновлении Карты областей аудита, учитывается структура активов МО.

29. Карта областей аудита должна быть предварительно согласована с Комитетом по аудиту (при его наличии) и утверждена Наблюдательным советом.

30. Карта областей аудита должна обновляться ежегодно, либо в других необходимых случаях и в установленном порядке согласовываться.

31. СВА, по поручению Наблюдательного совета, могут выполнять аудиторские проверки бизнес процессов, не предусмотренных Картой областей аудита, исходя из характера рисков таких бизнес процессов.

32. После определения областей, подлежащих внутреннему аудиту, внутренние аудиторы должны оценить важность каждой области с точки зрения задач, поставленных перед СВА, и определить те направления, которые должны быть охвачены годовым аудиторским планом. При этом, акцент должен ставиться на те бизнес процессы и направления деятельности МО, с которыми связаны самые высокие риски, в соответствии с Картой рисков, и/или те бизнес процессы, в которых системы внутреннего контроля самые ненадежные.

Таким образом, основой для разработки годового аудиторского плана являются Карта рисков (по форме Приложения 3), составление которой должно обеспечиваться руководством МО, которое несет ответственность за эффективность управления рисками и внутреннего контроля, и Карта областей аудита, составленная внутренними аудиторами. СВА, в свою очередь, должна проводить независимую оценку рисков, в целях обеспечения выявления новых рисков и/или возможной переоценки существующих рисков. СВА должна

проверять оценку ключевых рисков, с которыми сталкивается МО, а также оказывать помощь в управлении рисками посредством подготовки рекомендаций, основанных на базе выполненных аудиторских заданий и представленной информации.

33. Руководитель СВА должен обеспечить составление годового аудиторского плана (**по форме приложения 4**) с учетом ресурсов СВА для выполнения плана, в том числе, расчетов затрат времени на проведение внутреннего аудита и времени, необходимого для повышения квалификации внутренних аудиторов и их ежегодных трудовых отпусков (**по форме приложения 5**). Кроме того, необходимо учесть время, связанное с возможным участием внутренних аудиторов в аудите МО, проводимого внешним аудитором.

34. Для определения необходимого масштаба охвата годового аудиторского плана, СВА должна учитывать следующее:

1) ресурсы должны быть сконцентрированы на тех бизнес процессах и направлениях деятельности МО, которым присущи наибольшие (высокие) риски;

2) в аудиторский план должны быть включены риски, определенные в Карте рисков как «ключевые» («повышенные»), в результате процесса оценки рисков;

3) в аудиторский план должно быть включено адекватное количество не ключевых (умеренных) и низких рисков, для подтверждения адекватности критериев рейтинга и правильности определения группы риска и обеспечения всестороннего охвата аудита;

4) стоимость и структуру бюджета МО, бизнес-планов МО;

5) изменения в корпоративной структуре МО;

6) информацию, которая имеется в распоряжении СВА по конкретным направлениям деятельности МО, в частности, относительно качества систем внутреннего контроля и изменениях, внесенных в систему внутреннего контроля в последнее время;

7) результаты обзора модифицированных и планируемых к внедрению и разработке процессов/проектов;

8) предложения руководства и структурных подразделений МО о проведении аудита;

9) степень, в которой СВА может использовать работу других, например, внешних аудиторов, регулирующих и надзорных органов, экспертов, оценщиков, уполномоченного государственного органа по контролю в сфере оказания медицинских услуг.

35. При составлении годового аудиторского плана, СВА должна уделять необходимое внимание одной из важных задач, связанной с оценкой и выдачей соответствующих рекомендаций, направленных на совершенствование процесса корпоративного управления относительно достижения следующих целей:

1) внедрение, соблюдение и продвижение соответствующих этических

стандартов и ценностей в рамках МО;

2) эффективное обеспечение информацией по вопросам рисков и контроля соответствующих органов и подразделений МО;

3) эффективное координирование деятельности и обмен информацией между Наблюдательным советом, исполнительным органом МО, внешними и внутренними аудиторами по вопросам компетенции СВА.

36. Деятельность МО по управлению рисками должна проверяться СВА, по крайней мере, ежегодно, для подтверждения обоснованности использования результатов такой оценки в качестве основы для планирования деятельности СВА.

Когда есть достаточные основания полагать наличие концентрации высоких (существенных) рисков, что действующий акт, решение исполнительного органа, исполнение сделки, иные юридически значимые действия причиняют, либо могут причинить ущерб МО незамедлительно направляет информацию в Наблюдательный совет для принятия решения.

37. Проект годового аудиторского плана (на предстоящий год) может представляться для утверждения Наблюдательным советом не позднее 15 декабря текущего года, после согласования с Комитетом по аудиту (при наличии). При этом, сроки выполнения аудиторских заданий должны быть установлены с целью наименьшего влияния на текущую деятельность объекта аудита.

38. С проектом годового аудиторского плана СВА представляет аналитическую записку по обоснованию аудиторского плана, с указанием основных областей аудита, не включенных в аудиторский план и причин их не включения, в целях оказания содействия Наблюдательному совету в оценке рисков, связанных с областями, не покрываемыми аудиторским планом.

39. Руководитель СВА должен ежеквартально пересматривать годовой аудиторский план для определения необходимости внесения, в установленном порядке, изменений и дополнений, в результате выявления новых рисков и/или переоценки существующих рисков, а также включения новых заданий Наблюдательного совета, требующих достаточных ресурсов СВА.

40. Утвержденный Наблюдательным советом годовой аудиторский план должен быть представлен руководителем СВА директору Предприятия, в целях информирования.

41. В соответствии с утвержденным годовым аудиторским планом СВА может разрабатывать квартальный аудиторский план¹, который утверждается председателем Наблюдательного совета, после согласования с Комитетом по аудиту (при его наличии).

42. Квартальный аудиторский план представляет собой календарный график аудиторских заданий и включает в себя:

- 1) наименование аудиторских заданий;
- 2) перечень бизнес процессов (объектов аудита), подлежащих аудиту;
- 3) сроки выполнения аудиторских заданий;
- 4) цели аудиторских заданий.

Клинические аудиторы в квартальном плане в обязательном порядке должны предусмотреть экспертизу:

- 1) летальных исходов;
- 2) фактов возникновения внутрибольничных инфекций;
- 3) осложнений, в том числе послеоперационных;
- 4) повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественного предыдущего лечения;
- 5) удлинения или укорочения сроков лечения;
- 6) расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов;
- 7) медицинских карт стационарного/амбулаторного больного (выборочную);
- 8) эффективности инфекционного контроля;
- 9) деятельности отделов менеджмента качества и безопасности пациентов;
- 10) деятельности внутрибольничных комиссий, направленных на обеспечение качества медицинских услуг и безопасности пациентов (комиссии по исследованию летальных исходов, комиссии инфекционного контроля, лечебно-консультативной комиссии и пр.);
- 11) правильности кодирования и выполнения оперативного плана медицинской помощи МО, в соответствии с договорами с ФСМС и ОСМС в части качества оказанной медицинской помощи, а также то, что выставленная счетная информация соответствует медицинской карте стационарного или амбулаторного пациента. По сути, это комплексный анализ счетов в МО, которые были поданы в ФСМС и ОСМС для оплаты.
- 12) уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг (анкетирование пациентов) и анкетирование сотрудников МО на предмет наличия условий и возможностей для качественного выполнения должностных обязанностей.

4.2. Планирование отдельного аудиторского задания

43. Внутренние аудиторы, в целях эффективного проведения внутреннего аудита, должны разрабатывать и документально оформлять процесс планирования каждого аудиторского задания. Руководителем СВА разрабатывается расчет затрат на проведение отдельного аудиторского задания (по форме приложения 6).

44. Процесс планирования аудиторского задания включает следующие этапы: 1) определение целей аудиторского задания;

2) предварительное планирование аудиторского задания, в том числе разработка аудиторской программы и расчетов затрат времени на проведение внутреннего аудита;

3) определение ресурсов для выполнения аудиторского задания;

4) составление служебной записки о планировании аудиторского задания;

5) составление аудиторского задания.

45. Планирование аудиторского задания осуществляется руководителем

СВА с привлечением внутренних аудиторов.

46. Процесс планирования аудиторского задания должен начинаться, как правило, за 10 рабочих дней до начала осуществления аудиторского задания в соответствии с квартальным (годовым) аудиторским планом.

47. Квартальный аудиторский план представляет собой календарный график аудиторских заданий, включенных в годовой аудиторский план, целью составления которого является придание наибольшей гибкости (аудиторскому плану), так как очередность выполнения аудиторских заданий (предусмотренная годовым аудиторским планом) может пересматриваться и корректироваться с учетом новой информации, получаемой в течение года, и поручений Наблюдательного совета.

48. Ответственность за качество, полноту и своевременность планирования аудиторского задания возлагается на руководителя СВА

49. СВА, по поручению Собственника, Наблюдательного совета МО, либо председателя Наблюдательного совета МО осуществляет внеплановый внутренний аудит, инвентаризацию имущества и обязательств, а также расследование (проверку) в МО, в том числе с привлечением независимых экспертов в области медицины, не состоящих в трудовых отношениях с МО.

СВА при проведении аудита, не ограничена рамками аудиторской программы и целями аудиторского задания, если это необходимо для реализации основных задач и осуществления функций СВА.

Клинические аудиторы могут приступить к незамедлительному внеплановому аудиту, по согласованию с руководителем Наблюдательного совета МО, на основании обращений граждан на некачественно оказанную медицинскую помощь или другим ситуациям (летальный исход, внутрибольничная инфекция, массовые отравления, случаи регистрации особо опасных инфекций и т.д.), требующим безотлагательного аудита.

При возникновении случаев, требующих безотлагательного проведения клинического аудита руководство МО обязано предоставить клиническим аудиторам всю необходимую медицинскую документацию (в случае направления медицинской карты в государственные органы аудиторам предоставляются копии медицинских документов).

Цели аудиторского задания

50. Для каждого аудиторского задания должны быть определены цели, которые зависят от вида проводимого аудита:

51. операционный или финансовый аудит, клинический аудит, аудит соответствия установленным требованиям (комплаенс-аудит), аудит информационных систем (информационных технологий). Цели аудиторского задания составляют основу процесса планирования, от которого зависит эффективность внутреннего аудита. Цели должны быть четко определены и понятны как внутренним аудиторам, так и адресатам аудиторского отчета.

52. Целью операционного аудита является подтверждение мнения о степени уверенности в эффективности управления объектом аудита, в том числе, с оценкой надежности работы систем внутреннего контроля.

Целью финансового аудита является подтверждение мнения о том, что учетные записи объекта аудита точны и своевременны и, составленная на их основе отчетность достоверна.

Целью клинического аудита является достоверное мнение о степени соответствия предоставляемых медицинских и диагностических услуг и соблюдения безопасности пациентов утвержденным стандартам.

Целью комплаенс-аудита является оценка соблюдения требований законодательства, внутренних документов МО и адекватность систем и процедур, применяемых для обеспечения соответствия этим требованиям.

Целью аудита информационных систем (информационных технологий) является оценка безопасности (защищенности) информационных систем МО и эффективности их использования.

Если аудит носит комплексный характер, то им, по возможности, охватываются все приведенные выше цели. Комплексный аудит призван осуществить всестороннюю независимую и объективную оценку деятельности объекта аудита.

53. Цели аудиторского задания должны соотноситься с результатами оценки рисков, относящимися к объекту аудита и оценки процессов корпоративного управления в МО в целом.

Предварительное планирование аудиторского задания

54. На предварительном этапе планирования аудиторского задания внутренние аудиторы проводят следующую работу:

- 1) сбор, анализ информации и документов, касающихся объекта аудита;
- 2) определение целей деятельности объекта аудита, а также используемые им средства контроля за их достижением;
- 3) изучение организационной структуры, бизнес процессов объекта аудита с уточнением изменений в его функциях и структуре за период предыдущего аудита (если таковое имело место) и определением ключевых систем управления и внутреннего контроля объекта аудита и их предварительная оценка с целью выявления слабых и сильных сторон;
- 4) ознакомление с отчетами об использовании сметы расходов (бюджета) объекта аудита и о проделанной работе;
- 5) определение проблемных вопросов, о наличии которых стало известно в период планирования аудиторского задания;
- 6) ознакомление с мероприятиями, осуществленными по результатам предыдущего аудита, проверок регулирующих и надзорных органов (если таковое имело место), с целью оценки принятых соответствующих мер;
- 7) изучение результатов оценки рисков, относящихся к объекту аудита и самостоятельное проведение оценки областей рисков и адекватности системы внутреннего контроля;
- 8) возможности значительного совершенствования систем контроля и управления рисками объекта аудита;
- 9) обеспечение эффективного процесса управления деятельностью объекта аудита.

55. Под руководством руководителя СВА внутренние аудиторы должны составить и документально оформить аудиторскую программу (**по форме приложения 7**), определяющую характер, временные рамки и объем запланированных аудиторских процедур, необходимых для достижения целей аудиторского задания, на основе результатов оценки рисков (**по форме Приложение 8**). Аудиторская программа должна являться набором инструкций для внутреннего аудитора, осуществляющего внутренний аудит, а также средством контроля и проверки надлежащего выполнения работы и обеспечивать эффективность внутреннего аудита.

56. Аудиторская программа должна соотноситься с расчетом затрат времени на проведение внутреннего аудита, представляющим собой приблизительную оценку ресурсов, необходимых для выполнения аудиторского задания. Указанные ресурсы в основном включают время, затрачиваемое внутренними аудиторами на подготовку всех этапов аудиторского процесса: планирование, выполнение аудиторского задания, подготовка отчета, консультирование и завершающие процедуры.

57. Руководитель СВА должен выполнить и/или обеспечить выполнение следующих процедур при составлении аудиторской программы:

- 1) определить характер аудиторских доказательств, необходимых для получения выводов по результатам аудита;
- 2) определить процедуры, необходимые для сбора аудиторской информации;
- 3) обозначить приоритетные действия и процедуры с целью обеспечения первоначального проведения самых важных и существенных из них.

58. Аудиторская программа может по мере необходимости уточняться и пересматриваться в ходе выполнения аудиторского задания и допускать использование новых аудиторских процедур, так как планирование внутренним аудитором своей работы осуществляется непрерывно на протяжении всего времени выполнения аудиторского задания, в связи с меняющимися обстоятельствами или неожиданными результатами, полученными в ходе выполнения аудиторских процедур. Причины внесения значительных изменений в аудиторскую программу должны быть документально зафиксированы.

Определение ресурсов для выполнения аудиторского задания

59. Руководителем СВА должен определить ресурсы, необходимые для достижения целей аудиторского задания. Состав аудиторской группы должен определяться исходя из характера и степени сложности аудиторского задания, ограничений по срокам и наличия фактических ресурсов.

Составление аудиторского задания

60. Аудиторское задание составляется внутренними аудиторами согласно утверждённого годового аудиторского плана (**по форме Приложения 9**) и после проверки утверждается руководителем СВА.

61. Аудиторское задание содержит следующую информацию:

- 1) наименование объекта аудита;

- 2) цели аудиторского задания;
- 3) период аудита;
- 4) перечень операций/процедур (вопросов), подлежащих внутреннему аудиту;
- 5) сроки выполнения аудиторского задания;
- 6) состав аудиторской группы;
- 7) перечень запрашиваемой информации и других материалов, необходимых аудиторской группе и подготавливаемые персоналом объекта аудита (по согласованию с руководством МО) до начала осуществления аудиторского задания.

62. Аудиторское задание представляется объекту аудита за 3 дня до начала выполнения аудиторского задания для уведомления его руководства о предстоящем аудите и предоставления достаточного времени для подготовки к внутреннему аудиту.

Предупредительный характер внутреннего аудита означает, что каждое аудиторское задание планируется, а персонал объекта аудита уведомляется о времени, бизнес процессах, процедурах и критериях аудиторского задания с тем, чтобы обеспечить внутренним аудиторам необходимый уровень доверия и исключить возможность уклонения персонала объекта аудита от предоставления и демонстрации всех требуемых данных.

63. При возможности необходимо избегать неожиданных визитов в объекты аудита, кроме случаев, когда элемент неожиданности является существенной частью аудиторских процедур.

4.3. Выполнение аудиторского задания

64. Перед началом проведения внутреннего аудита руководитель СВА знакомит руководство объекта аудита с аудиторским заданием, аудиторской группой, информирует о порядке и сроках осуществления аудиторского задания, условиях работы внутренних аудиторов и порядке взаимодействия с объектом аудита на период проведения внутреннего аудита.

65. Целью выполнения аудиторского задания является проведение аудиторских процедур, определенных на этапе планирования аудиторского задания для подтверждения аудиторских заключений. Вместе с тем, внутренние аудиторы должны обращать внимание на те факторы деятельности объекта аудита, которые не были отражены в аудиторской программе. Такими факторами могут быть случаи, указывающие на наличие неправомерных действий в отношении собственности МО, которые незамедлительно должны доводиться внутренними аудиторами до сведения руководителя СВА.

66. В целях повышения эффективности работы внутреннего аудитора рекомендуется построение блок-схем, известных также как карты процессов, которые помогают выяснить, какие этапы процесса являются лишними или непоследовательными. Блок-схемы (карты процессов):

- 1) дают возможность наглядно представить процесс при его обсуждении и анализе;
- 2) облегчают понимание процесса в целом и той части, в которой

возникли проблемы;

3) облегчают понимание взаимосвязей и последовательности действий в процессе;

4) помогают диагностировать проблемы;

5) помогают выдвигать идеи относительно коренных причин возникших проблем;

6) являются документированной процедурой.

67. В целях повышения эффективности проведения внутреннего аудита Руководитель СВА должен обеспечить разработку подробной инструкции по методикам выборки, тестирования и оценки бизнес-процессов.

68. Внутренние аудиторы должны проводить оценку адекватности мер, применяемых объектами аудита для обеспечения достижения поставленных перед ними целей, в рамках стратегических целей МО. При этом, внутренний аудит соответствия отдельных бизнес процессов (видов деятельности) требованиям систем менеджмента качества является более значимым, чем внутренний аудит соответствия деятельности отдельного подразделения МО, поскольку включает в поле зрения деятельность на стыках различных подразделений и должностных лиц МО, которые участвуют в выполнении требований к объекту аудита. Кроме того, это способствует поощрению участников систем менеджмента (подразделений и должностных лиц МО) к качественному взаимодействию друг с другом.

69. Внутренним аудиторам особенно важно получить информацию относительно организации системы внутреннего контроля в МО. При этом необходимо изучить следующие взаимосвязанные компоненты, на которых строится система внутреннего контроля:

1) контрольная среда;

2) оценка риска;

3) мероприятия контроля;

4) сбор и анализ информации и передача ее по назначению;

5) мониторинг и исправление ошибок.

70. Внутренние аудиторы должны детально рассмотреть вышеуказанные компоненты и понимать, что система внутреннего контроля может быть признана эффективной только когда:

1) утверждены и периодически пересматриваются органами МО документы, устанавливающие стратегию и политику МО в области внутреннего контроля:

определены основные виды деятельности МО;

идентифицированы основные неотъемлемые риски, связанные с основными видами деятельности;

установлены приемлемые уровни риска, которые может (должно) принимать на себя МО и его подразделения для достижения поставленных целей;

определены основные методы контроля и структура контроля, не позволяющие превысить установленные уровни риска и способные защитить от

ошибок и мошенничества;

2) утвержденная стратегия и политика внедряется менеджментом в практику на базе оценки рисков:

проводится идентификация, оценка и контроль внутренних и внешних факторов, которые могут неблагоприятно повлиять на достижение МО поставленных целей (идентификация, мониторинг и контроль за рисками);

утверждена организационная структура и распределение полномочий;

разрабатываются необходимые процедуры и процессы, направленные на выявление, отслеживание изменений и контроль за рисками;

планируется и контролируется деятельность по мониторингу эффективности системы внутреннего контроля;

в МО создана контрольная среда, которая выражает и демонстрирует персоналу всех уровней важность внутреннего контроля и соблюдения этических норм;

3) создана необходимая инфраструктура, позволяющая обеспечить эффективность контролей:

процедуры контроля реализуются на всех уровнях управления;

осуществляется периодический аудит обеспечения соответствия всех областей деятельности установленным политикам и процедурам;

обеспечивается встроенность мероприятий контроля в ежедневные операции;

обеспечено разделение обязанностей и отсутствие конфликтов интересов при выполнении персоналом своих обязанностей;

обеспечена адекватность, полнота и достоверность внешних рыночных данных о событиях, которые могут повлиять на принятие решений;

обеспечена адекватность, полнота и достоверность финансовой и управленческой отчетности;

обеспечено соответствие операций действующему законодательству;

4) созданы эффективные и безопасные каналы доведения информации:

весь персонал предупрежден о существующих политиках и процедурах, касающихся их обязанностей и ответственности;

обеспечена адресация и быстрота доведения необходимой информации до соответствующего персонала;

обеспечено соответствие уровня информационных систем и всех видов деятельности МО;

обеспечена безопасность информационных систем, осуществляется их периодическая проверка;

5) проводится независимый мониторинг эффективности системы внутреннего контроля:

проводится на ежедневной основе мониторинг наиболее рискованных операций;

проводится оценка влияния на операции МО каждого вида риска по отдельности, и всеобъемлющая оценка риска с учетом существующих методов и мер контроля;

обеспечено проведение эффективного и всеобъемлющего внутреннего аудита системы внутреннего контроля;

обеспечено своевременное доведение информации о недостатках внутреннего контроля до соответствующего уровня руководства МО и ее правильная адресация;

обеспечено доведение до Наблюдательного совета информации о существенных недостатках внутреннего контроля и оценка ее эффективности.

71. При определении эффективности и адекватности системы внутреннего контроля должны в первую очередь учитываться действия (или бездействие) менеджмента МО, направленные на встраивание внутреннего контроля во все бизнес процессы, своевременную оценку рисков и эффективности мер контроля, применяемых для смягчения их воздействия.

72. Внутренним аудиторам необходимо убедиться в наличии регламентированных процедур в МО, которые не позволят выпустить на рынок новые услуги (осуществлять виды деятельности) без учета всех неотъемлемых рисков и встраивания в процессы адекватных рискам мер контроля. Выявленные внутренними аудиторами обнаружения могут являться сигналом о возможной проблеме, связанной с отсутствием или неправильным функционированием системы внутреннего контроля в МО.

73. СВА может оказывать консультационную поддержку на этапе разработки системы внутреннего контроля, процедур контроля, но не должна нести ответственность за создание/построение, поддержание эффективности и координирование системы внутреннего контроля, так как это является прямой и непосредственной задачей руководства МО.

Вместе с тем, внутренние аудиторы не должны фокусироваться только на выявлении обнаружений и несоответствий, их работа должна быть направлена на постоянное совершенствование и добавление ценности МО, которое предусматривает любые позитивные изменения, следствием которых является повышение результативности и эффективности деятельности МО.

74. Внутренним аудиторам необходимо убедиться в наличии регламентированных процедур в МО по осуществлению контроля за информационными потоками (получением и передачей информации) и обеспечением информационной безопасности. При этом необходимо изучить разработанные планы действий на случай непредвиденных обстоятельств с использованием дублирующих (резервных) автоматизированных систем и/или устройств, включая восстановление критических для деятельности МО систем, поддерживаемых внешним поставщиком (провайдером) услуг, а также выполнимость указанных планов в случаях возникновения непредвиденных обстоятельств. Необходимо рассмотреть регламентацию порядка защиты от несанкционированного доступа и распространения конфиденциальной информации и от использования конфиденциальной информации в личных целях.

75. Все выводы о выявленных внутренним аудитом фактах обнаружений должны основываться на аудиторских доказательствах, которые будут

представлять основу для результатов внутреннего аудита и выдаваемых рекомендаций. Таким образом, внутренние аудиторы должны собирать, анализировать, интерпретировать и документировать информацию для подтверждения выводов аудита.

76. Аудиторское доказательство должно быть компетентным и достаточным. Для этого элементы доказательств, собранные из различных источников (внешних и внутренних), должны быть последовательными, уместными, значимыми.

Под компетентностью аудиторского доказательства понимается его надежность, которую можно получить с использованием адекватных аудиторских процедур.

Под достаточностью аудиторского доказательства понимается его адекватность и убедительность, с помощью которой осведомленное, проинформированное лицо может прийти к такому же заключению, что и внутренний аудитор.

77. Внутренние аудиторы должны обсудить выявленные обнаружения с лицами, осуществляющими соответствующие процедуры для выяснения причин несоответствия. Все выявленные обнаружения и причины несоответствия должны быть зафиксированы внутренними аудиторами в аудиторских обнаружениях (**по форме приложения 10**) и должны немедленно доводиться до сведения руководителя СВА.

78. Оформленные аудиторские обнаружения должны быть представлены руководству объекта аудита, которое должно подтвердить свое согласие или несогласие с обнаружениями в течение 5-ти рабочих дней, подписавшись на форме аудиторских обнаружений. В случае отказа руководителя объекта аудита от подписания аудиторских обнаружений, он/они должны предоставить письменное обоснование своей позиции в течение указанного срока.

79. Руководитель СВА должен обсуждать все критические и значительные обнаружения с руководством объекта аудита по мере их возникновения и вести список всех обнаружений в текущем аудиторском файле.

80. Рекомендации, предоставленные по незначительным обнаружениям, возможно в устной форме (по согласованию с руководителем аудиторского задания), также должны быть зафиксированы в соответствующих аудиторских обнаружениях.

81. При проведении внутреннего аудита внутренние аудиторы всегда должны помнить о целях аудиторского задания, выполняя только тот объем работ, который необходим для адекватного выполнения этих целей и развивать навыки управления временем, посредством установления приоритетов и определения времени, необходимого для выполнения поставленных задач.

82. Руководитель аудиторского задания должен осуществлять контроль за проведением внутреннего аудита посредством мониторинга:

- 1) объема фактических работ в сравнении с запланированным объемом;
- 2) выполнения аудиторского задания в соответствии с расчетом затрат

времени на проведение внутреннего аудита;

3) своевременной проверки выполненной работы, которая должна осуществляться во избежание каких-либо нестандартных ситуаций после завершения аудита.

83. Внутренний аудит объектов аудита, находящихся в местности, отличной от места нахождения МО, в случае необходимости выезда на место их нахождения, осуществляется с предварительным оформлением служебных командировок, в установленном внутренними документами МО порядке.

84. При необходимости, срок осуществления аудиторского задания может быть продлен руководителем СВА, на основании служебной записки путем внесения соответствующих дополнений в аудиторское задание.

85. В целях обсуждения характера всех обнаружений и определения их рейтинга для включения в аудиторский отчет, руководитель СВА должен организовать и провести встречу аудиторской группы с руководством объекта аудита.

86. Под руководством руководителя СВА, аудиторская группа должна рассмотреть все обнаружения и определить их рейтинг по следующей шкале:

1) критические обнаружения – обнаруженные несоответствия представляют непосредственный риск для здоровья и жизни пациентов, эффективности деятельности МО, достижения их целей. Критические обнаружения требуют незамедлительного принятия корректирующих или предупреждающих действий и должны быть доведены до сведения Наблюдательного совета и должны находиться под особым контролем;

2) важные (значительные) обнаружения – обнаруженные несоответствия представляют потенциальные риски для МО в целом, и свидетельствуют об ослаблении системы внутреннего контроля. Значительные обнаружения также требуют принятия корректирующих или предупреждающих действий и должны быть доведены до сведения Наблюдательного совета и руководства МО;

3) незначительные обнаружения – обнаруженные несоответствия влияют на операционную деятельность или контрольную среду в МО и характеризуются как возможности улучшения системы внутреннего контроля. Незначительные обнаружения также требуют принятия адекватных мер и должны быть доведены до сведения руководства объекта аудита.

87. Аудиторская группа должна давать оценку и соответствующие рекомендации, направленные на совершенствование путей и методов повышения эффективности общего корпоративного управления и ограничения рисков корпоративной деятельности.

Вместе с тем, учитывая, что основной задачей внутреннего аудита является предоставление объективных гарантий, следует быть предельно аккуратным в вопросе увеличения относительной доли консультационной работы в деятельности СВА, чтобы избежать отрицательного влияния на последующую объективность внутреннего аудита.

88. Внутренние аудиторы должны информировать руководителя СВА обо всех проблемах и нестандартных ситуациях, имевших место во время

выполнения аудиторского задания.

89. На основании аудиторских обнаружений членов аудиторской группы, руководитель СВА должен подготовить предварительный вариант аудиторского отчета.

4.4. Аудиторский отчет

90. После составления проекта аудиторского отчета руководитель СВА совместно с внутренними аудиторами проводят встречу с руководством объекта аудита, для обсуждения и достижения взаимного понимания содержания проекта аудиторского отчета и вопросов, не отраженных в отчете и, собственно, предоставления проекта аудиторского отчета.

Руководство объекта аудита должны организовать встречу с СВА в течение 5-ти рабочих дней после получения соответствующего уведомления от СВА.

91. Внутренние аудиторы должны быть готовы к возможным конфликтным ситуациям в случае, если аудиторский отчет содержит серьезные замечания. Внутренние аудиторы должны уметь отстаивать свою точку зрения, быть настойчивыми и уверенными в собственных силах и быть в состоянии незамедлительно подтвердить факты и детализировать результаты аудита.

92. Внутренние аудиторы должны делать соответствующие корректировки на основе обсуждений и представленных фактов и относиться справедливо и объективно к тому, что основано на фактах и представляется существенным, сохраняя свою объективность. С этой целью внутренние аудиторы не должны избегать изменений, которые делают аудиторские отчеты более понятными и точными и не отражаются на объективности аудиторского заключения. В случае, если имеются существенные расхождения во мнениях, внутренние аудиторы должны отразить в аудиторском отчете собственное мнение, при этом также отражая комментарий ответственных лиц объекта аудита.

93. Аудиторский отчет должен включать цели и масштаб аудита и аудиторское заключение, отражающее цели аудита и результаты выполненной работы (**по форме приложения 11**). Отчет также может содержать аудиторские обнаружения, соответствующие рекомендации и, комментарий руководства объекта аудита.

В аудиторском отчете в сжатой форме может содержаться объективная, конструктивная и полная информация для предоставления возможности адресатам отчета быстрого ознакомления с результатами внутреннего аудита.

Аудиторский отчет должен содержать общее заключение об адекватности и эффективности проверенных систем внутреннего контроля и управления рисками.

Аудиторский отчет должен сохранять дипломатическую взвешенность, учитывая восприимчивость адресатов отчета. Акцент нужно делать на необходимости усовершенствований и не концентрироваться на критике деятельности менеджмента и/или прошедших событий.

94. Внутренние аудиторы при оформлении аудиторского отчета должны

руководствоваться следующими основными требованиями:

1) титульный лист должен содержать наименования аудиторского задания и объекта аудита, период аудита и датироваться датой завершения аудиторского задания, так как события и операции, имевшие место с даты окончания внутреннего аудита до даты подписания аудиторского отчета, не подвергаются внутреннему аудиту. Кроме того, на титульном листе аудиторского отчета должны указываться адресаты

2) аудиторский отчет должен включать цели аудиторского задания и краткую информацию об объекте аудита;

3) аудиторский отчет должен включать в себя детальный раздел, посвященный обнаружениям. Аудиторские обнаружения должны включать следующие основные элементы: критерии оценки, причины возникновения и последствия.

Критерии оценки – это те стандарты, в соответствии с которыми должны выполняться процедуры (функции), подлежащие внутреннему аудиту. Правильное определение критериев оценки устанавливает легитимность результатов внутреннего аудита. Примерами критериев оценки являются стандарты диагностики и лечения, СанПиНы, другие стандарты в области здравоохранения, политики и положения МО, касательно деятельности объекта аудита.

Определение причин выявленных обнаружений и неудовлетворительного состояния является необходимой предпосылкой для того, чтобы рекомендации относительно мер по исправлению ситуации были действительно полезными. Причины могут быть достаточно очевидными, или их можно выяснить путем логических рассуждений с целью предоставления рекомендаций с указанием особенных и практических путей для исправления неудовлетворительного состояния. Однако, отсутствие в аудиторском отчете указания на причины возникновения проблемной ситуации может означать недостаточность проведенной аудиторской работы. Внутренние аудиторы не должны допускать ситуации, когда, причины могут быть не определены преднамеренно, с тем, чтобы избежать прямой конфронтации с ответственными лицами объекта аудита.

Последствия представляют собой риски, связанные с деятельностью объекта аудита. Последствия могут выражаться в количественных показателях. Если фактические последствия невозможно выяснить, то иногда может быть полезным определить потенциальные (возможные) или нематериальные риски для того, чтобы показать важность выявленной проблемы;

4) аудиторский отчет должен предоставлять рекомендации, которые руководство объекта аудита должно выполнить для исправления отмеченных фактов. Рекомендации в аудиторском отчете должны четко показывать, что именно необходимо изменить или исправить. Связь между рекомендациями внутреннего аудитора и причинами, которые вызвали такое неудовлетворительное состояние, должна быть четко и логически изложена. Если такая связь существует, то есть большая вероятность того, что

предложенные действия будут внедрены и надлежащим образом проконтролированы. Каждая рекомендация должна быть адресной и должна соответствовать описанию конкретных фактов, которые в совокупности представляют собой аудиторское обнаружение. Рекомендации должны быть направлены лицам, которые имеют полномочия предпринимать необходимые действия;

5) аудиторский отчет должен также содержать комментарий руководства объекта аудита в отношении обнаруженных фактов и предложенный руководством объекта аудита план корректирующих и/или предупреждающих действий (**по форме приложения 12**). Если план корректирующих действий включен в ответ руководства объекта аудита на предварительный аудиторский отчет, тогда отчет должен содержать оценку такого плана внутренними аудиторами. Если руководство объекта аудита не считает, что в плане корректирующих действий есть необходимость, то необходимо обеспечить получение от него документального обоснования его позиции. План корректирующих и/или предупреждающих действий должен быть согласован с Руководителем СВА.

95. На основании оценки всех обнаружений и несоответствий, аудиторская группа, под руководством руководителя аудиторского задания, должна определить предварительный характер аудиторского заключения о системе внутреннего контроля в объекте аудита путем присвоения рейтинга системам внутреннего контроля и управления рисками в объекте аудита по следующей шкале:

1) высокий (удовлетворительный) рейтинг – система внутреннего контроля функционирует эффективно и надежно. Выявленные незначительные обнаружения не влияют на эффективность деятельности МО;

2) средний рейтинг (требует улучшения) – системы внутреннего контроля и управления рисками функционируют в допустимой форме, предоставляющей разумные гарантии достижения целей МО. Выявленные обнаружения требуют принятия корректирующих или предупреждающих действий;

3) неудовлетворительный рейтинг – система внутреннего контроля и управления рисками не функционирует на должном уровне. Выявленные значительные и/или критические обнаружения требуют незамедлительного принятия корректирующих или предупреждающих действий и должны быть подвергнуты постоянному мониторингу до адекватного улучшения ситуации.

96. В течение 5-ти рабочих дней с момента получения предварительного варианта аудиторского отчета руководство объекта аудита должно подготовить план корректирующих действий в отношении обнаруженных несоответствий. В случае, если план корректирующих действий требует большего времени на подготовку, руководство объекта аудита должно представить должные объяснения по увеличению сроков предоставления плана и согласовать это с Руководителем СВА.

97. СВА должна выпустить окончательный вариант аудиторского отчета в срок не более 5-ти рабочих дней с момента получения плана корректирующих

действий.

98. Руководитель СВА должен ознакомить внутренних аудиторов, принимавших участие в выполнении аудиторского задания, с аудиторским отчетом на предмет полноты и объективного указания в нем аудиторских заключений. В случае расхождения профессиональных мнений руководителя СВА и внутренних аудиторов по значительным вопросам, относящимся к аудиторским заданиям, должен быть составлен соответствующий документ, который вместе с аудиторским отчетом должен представляться Наблюдательному совету.

99. Аудиторский отчет и аудиторские обнаружения должны быть подписаны внутренними аудиторами, руководителем СВА и руководителем объекта аудита.

Руководство объекта аудита должно в течение 3-х рабочих дней после получения аудиторского отчета вернуть СВА подписанный аудиторский отчет.

100. Аудиторский отчет представляется Наблюдательному совету в установленном им порядке.

101. В случае, если в окончательном варианте аудиторского отчета содержится существенная ошибка, обнаруженная впоследствии, руководитель СВА должен довести исправленную информацию до сведения всех адресатов аудиторского отчета.

102. Отчеты, составленные СВА и указывающие на случаи мошенничества и хищений, должны представляться Наблюдательному совету сразу после их составления (подписания).

103. Руководитель СВА должен обеспечить анализ информации, содержащейся в аудиторском отчете, на предмет ее полноты и точности.

4.5 Мониторинг исполнения выданных рекомендаций

104. Мониторинг исполнения выданных рекомендаций должен осуществляться СВА на ежеквартальной основе по всем существенным аудиторским обнаружениям (**по форме приложения 13**). Цель мониторинга заключается в определении того, было ли аудиторское замечание адекватно разрешено, т.е. приняты ли меры, обеспечивающие снижение уровня (предотвращение) выявленных рисков.

105. Результаты мониторинга по всем проведенным внутренним аудитам подлежат проверке руководителем СВА.

106. Руководство объекта аудита несет ответственность за принятие решения по соответствующему действию в ответ на результаты аудита, отраженные в аудиторском отчете или других документах, изданных по результатам внутреннего аудита. Руководство МО может решить принять риск, связанный с невыполнением рекомендаций из-за стоимости или других факторов. В этом случае, позиция руководства МО о приемлемости выявленных рисков для МО, должна быть документально изложена и доведена до сведения Наблюдательного совета.

107. Руководство объекта аудита несет ответственность за достоверность предоставляемой информации СВА. В случае предоставления недостоверной,

вводящей в заблуждение, некомпетентной, несвоевременной и неполной информации, СВА обязана сообщить руководству, Комитету по аудиту (при его наличии) и Наблюдательному совету для принятия соответствующих мер.

108. При мониторинге исполнения выданных рекомендаций, СВА должна основываться на имеющемся риске, а также на степени трудности и существенности сроков принятия корректирующих действий.

109. До окончания квартала, СВА должна запросить информацию от ответственных подразделений/лиц МО о выполнении рекомендованных им мероприятий, включая рекомендации внешнего аудитора.

Полученные ответы должны быть оценены СВА, и, при необходимости должны быть проведены проверки соответствия ответов действительности для того, чтобы определить, отвечают ли принимаемые объектом аудита меры замечаниям, отраженным в аудиторском отчете или других соответствующих документах.

110. Если руководство объекта аудита приняло на себя риск, являющийся неприемлемым для МО, или принятые меры контроля неадекватны уровню риска, равно как и невыполнение рекомендаций, то руководитель СВА обязан проинформировать Наблюдательный совет (**по форме приложения 14**). Кроме того, Наблюдательный совет должен быть проинформирован о решении руководства МО по всем существенным результатам аудита, включая результаты мониторинга исполнения выданных рекомендаций.

111. Информация по результатам мониторинга исполнения выданных рекомендаций используется внутренними аудиторами при планировании аудиторских заданий, а также в других необходимых случаях, например, при подготовке заключений по проектам внутренних документов МО.

112. Вся информация по результатам мониторинга исполнения выданных рекомендаций/мероприятий, включая и сами рекомендации, должна вестись СВА на отдельном аудиторском файле, отдельно по рекомендациям, выданным внутренними аудиторами и внешними аудиторами.

4.6. Рабочая документация

113. Рабочая документация – это документы и материалы, подготовленные внутренними аудиторами либо полученные и хранимые ими в связи с проведением внутреннего аудита. Рабочая документация может быть представлена в виде данных, зафиксированных на бумаге, в электронном виде или в другой форме.

Рабочая документация используется:

- 1) при планировании и проведении внутреннего аудита;
- 2) при осуществлении текущего контроля и проверки выполненной внутренними аудиторами работы;
- 3) для фиксирования аудиторских доказательств, получаемых в целях подтверждения аудиторских заключений, отражаемых в аудиторском отчете.

114. Информация, которая включается в рабочую документацию, должна быть достаточной, обоснованной, существенной, полезной и обеспечивать прочную базу для подтверждения выявленных обнаружений и для

предоставления рекомендаций.

115. Рабочая документация должна составляться при планировании и выполнении каждого аудиторского задания и оформляться в виде аудиторского файла (папки). При выполнении однотипных аудиторских заданий в течение ряда лет, некоторые аудиторские файлы (папки) могут быть отнесены к категории постоянных, обновляемых по мере поступления дополнительной информации, но остающихся по-прежнему значимыми, в отличие от текущих аудиторских файлов (папок), которые содержат информацию, относящуюся в основном к текущему аудиту.

116. Рабочая документация должна быть составлена и систематизирована таким образом, чтобы отвечать обстоятельствам каждого конкретного аудиторского задания и потребностям внутренних аудиторов в ходе ее выполнения. Объем файла рабочей документации (папки) должен быть таков, чтобы в случае, если возникнет необходимость передать работу другому внутреннему аудитору, он смог бы исключительно на основе данной рабочей документации понять проделанную работу и обоснованность выводов прежнего внутреннего аудитора.

117. Аудиторский файл (папка) рабочей документации должен включать следующие рабочие бумаги:

- 1) общую информацию, касающуюся объекта аудита;
- 2) информацию, отражающую процесс планирования аудиторского задания, включая аудиторскую программу, изменения и дополнения к ней и расчет затрат времени на проведение внутреннего аудита;
- 3) меморандум о планировании аудиторского задания;
- 4) аудиторское задание;
- 5) перечень аудиторских обнаружений;
- 6) проекты и окончательный вариант аудиторского отчета;
- 7) при необходимости, копии документов объекта аудита для подтверждения выводов внутреннего аудитора;
- 8) план корректирующих действий руководства объекта аудита;
- 9) шаблон контроля качества работы внутренних аудиторов;
- 10) всю переписку касательно осуществления аудиторского задания.

118. Рабочая документация используется внутренними аудиторами при планировании последующих аудиторских заданий, учитывая, что аудиторские задания могут повторяться, расширяться. Использование рабочей документации способствует:

- 1) сокращению времени, затрачиваемой на понимание характера деятельности объекта аудита;
- 2) определению области риска;
- 3) улучшению качества составления расчетов затрат времени на проведение внутреннего аудита, путем определения с большей точностью необходимого времени и трудовых ресурсов.

119. Руководитель СВА должен обеспечить разработку типовых форм рабочей документации, требования по их составлению, хранению и защите (с

созданием архивных копий), к доступу внешних сторон и их включение в Стандарты по организации внутреннего аудита, принимаемые в МО. Такая стандартизация должна облегчить работу внутренних аудиторов и одновременно позволит надежно контролировать результаты выполняемой ими работы.

120. Вся рабочая документация (информация), содержащаяся на компьютерах внутренних аудиторов СВА, должна использоваться ими совместно, и, при увольнении внутреннего аудитора, должна быть в установленном порядке передана им руководителю СВА.

Приложение 1
к Регламенту (Стандартам) организации внутреннего аудита,
утвержденным решением Наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Многопрофильная
областная больница»
при управлении здравоохранения
Акмолинской области
от «__» ____ 201_ года № __

Контроль качества работы внутренних аудиторовⁱⁱ

Степень выполнения КПЭ, % (сумма)	Уровень оценки	Результат оценки качества
от __ до __	Превышает ожидания	Качество наилучшее
от __ до __	Соответствует ожиданиям	Качество удовлетворительное
от __ до __	Ожидается большего	Качество посредственное
—	Неприемлемо	Качество неудовлетворительное

№ п/п	Перечень Ключевых показателей эффективности (КПЭ)	ФИО	размер оценки КПЭ ⁱⁱⁱ , % для руководителя аудиторского	Максимальный размер оценки КПЭ, % для внутреннего аудитора
1	Стандарты качественных характеристик			
1.1	Уровень независимости и объективность внутреннего аудитора			
1.2	Профессиональная компетентность внутреннего аудитора			
2	Соблюдение внутренними аудиторами этических стандартов			
2.1	Честность			
2.2	Объективность			
2.3	Конфиденциальность			
2.4	Профессиональная компетентность			
2.5	Соблюдение распорядка дня и трудовой дисциплины			
3	Стандарты деятельности			
3.1	Соблюдение внутренним аудитором процедур планирования годового аудита (заполняется только ^{iv} при годовом планировании)			
3.2	Соблюдение внутренним аудитором процедур планирования отдельного аудиторского задания			
3.2.1	Правильность определения внутренним аудитором цели аудиторского задания			

3.2.2	Соблюдение внутренним аудитором процедур предварительного планирования аудиторского задания			
3.2.3	Определение руководителем аудиторского задания достаточности ресурсов для выполнения аудиторского задания			x
3.2.4	Составление руководителем аудиторского задания служебной записки о планировании аудиторского задания			x
3.2.5	Составление руководителем аудиторского задания аудиторского задания			x
4	Выполнение аудиторского задания			
4.1	Соблюдение руководителем аудиторского задания и внутренним аудитором требований по выполнению аудиторского задания			
4.2	Своевременное доведение до сведения руководителя аудиторского задания и руководителя СВА основных результатов внутреннего аудита, которые могут повлиять на содержание аудиторских заключений			
4.3	Соблюдение внутренним аудитором сроков выполнения аудиторского задания		x	
4.4	Соблюдение руководителем аудиторского задания сроков выполнения ежеквартального плана			x
5	Аудиторский отчет			
5.1	Готовность внутреннего аудитора к возможным конфликтным ситуациям в случае, если аудиторский отчет содержит серьезные замечания			
5.2	Умение отстаивать внутренним аудитором своей точки зрения, настойчивость и уверенность в собственных силах и готовность незамедлительно подтвердить факты и детализировать результаты аудита			
5.3	Соблюдение руководителем аудиторского задания и внутренним аудитором требований, установленных к форме аудиторского отчета			
6	Аудиторские рекомендации			
6.1	Достаточность, обоснованность, существенность, полезность информации для подтверждения выявленных обнаружений и для предоставления рекомендаций			
6.2	Наличие, важность (ценность) рекомендаций, направленных на совершенствование путей и методов повышения эффективности общего корпоративного управления и ограничения рисков корпоративной деятельности и системы внутреннего контроля			
6.3	Уровень определения причин выявленных			

	обнаружений и неудовлетворительного состояния для того, чтобы рекомендации относительно мер по исправлению ситуации были действительно полезными			
7	Мониторинг исполнения выданных рекомендаций			
7.1	Систематический мониторинг внутренним аудитором исполнения рекомендаций, выданных СВА и внешними аудиторами в соответствии с установленными требованиями			
8	Рабочая документация			
8.1	Систематизация, хранение и использование рабочей документации в соответствии с установленными требованиями			
9	Индивидуальный план развития			
9.1	Качественное выполнение Индивидуального плана развития			
10	Другая деятельность^v			
10.1	Консультационная деятельность			
10.2	Участие в выполнении других заданий, не предусмотренных Годовым аудиторским планом			
	Степень выполнения КПЭ, % (сумма)			
	Ознакомлен, подпись			

Руководитель службы внутреннего аудита _____ ФИО

«__» _____ 20__ года (дата подписания руководителем СВА)

Приложение 2

УТВЕРЖДЕНА

к Регламенту (Стандартам) организации внутреннего аудита,
утвержденным решением Наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»
при управлении здравоохранения
Акмолинской области
от «___» ____ 201_ года № __

Карта областей аудита ГКП на ПХВ «МОБ»

№ риск а	Риск или угроза для достижения поставленной цели	Причина возникновения риска	Описание возможных последствий от реализации риска	Рейтин г риска
1	2	3	4	5
I	Стратегические риски			
1.1	Получение выплат по ГОБМП с задержкой, не в полном объеме	Неполное выделение средств на возмещение затрат ГОБМП по актам выполненных работ.	Срыв сроков достижения стратегических целей, ухудшение финансовых показателей МО	
1.2	Недостижение плана доходов	Недовозмещение расходов по ГОБМП в рамках заключенного договора	Возмещение расходов не в полном объеме Недостижение плана доходов	
1.3	Ухудшение репутации и имиджа МО	Негативная/некорректная информация в СМИ о деятельности МО, о сотрудниках МО. Увеличение жалоб на оказание медицинских услуг в Предприятии. Недостаточное функционирование системы своевременного реагирования на запросы пациентов и их представителей.	Отток пациентов в другие медицинские учреждения. Снижение производительности. Снижение доходов.	
1.4	Низкая динамика прироста доли платных медицинских услуг	Низкая осведомленность населения страны о перечне и качестве оказываемых услуг. Низкий уровень госпитального сервиса.	Срыв исполнения стратегических целей по доли платных услуг. Снижение доходов.	
1.5	Низкая узнаваемость бренда	Отсутствие положительной информации о деятельности МО. 2. Негативная/некорректная информация в СМИ о деятельности МО. 3. Нехватка предусмотренного бюджета на продвижение	1. Ухудшение репутации МО. 2. Отсутствие клиентов. 3. Снижение доходов.	

		бренда.		
1.6	Недостаточный поток иностранных пациентов	1. Непривлекательный пакет услуг. 2. Недостаточная информированность иностранных пациентов о предлагаемых пакетах услуг. 3. Низкий уровень владения сотрудниками английским языком.	1. Снижение доходов. 2. Отсутствие узнаваемости бренда МО за рубежом. 3. Отсутствие прогресса в развитии медицинского туризма.	
II	Системные риски			
2.1	Риск неэффективного использования медицинского оборудования.	Неэффективное планирование и управление объемами медицинских услуг, простой медицинского оборудования из-за неисправности и/или отсутствия специалистов, отсутствия технического контроля оборудования.	Невозможность управлять потоком пациентов, принятие неверных управленческих решений, неэффективность производства, убытки деятельности	
2.2	Риск неэффективного использования кадрового потенциала специально обученных для работы на новых мед. оборудовании	Неэффективное планирование и управление объемами медицинских услуг, отсутствие мотивации	Убытки деятельности, невозможность управлять потоком пациентов, принятие неверных управленческих решений по подготовке кадров, неэффективность производства.	
2.3	Риски не достижения стратегических целей, ключевых показателей результативности МО;	Неэффективное планирование и управление рисками, неверные расчеты ключевых показателей, сбой в организации медицинских услуг	Принятие неверных управленческих решений по управлению рисками влияющих на достижение стратегических целей и ключевых показателей результативности	
III	Риск потери деловой репутации			
3.1	Риск нанесения урона имиджу компании в результате действий и/или бездействий сотрудников	Несвоевременное предоставление или направление некачественной и неполной запрашиваемой информации. Несоблюдение должностных обязанностей и корпоративной этики сотрудниками	Снижение доверия, ухудшение условий, отрицательное влияние в целом на имидж МО.	
IV	Финансовые риски			
4.1.1	Нехватка финансовых	Снижение суммы дохода по ГОБМП от	Снижение доходов, убыточность, финансовое	

	средств для реализации плана инвестиции и планового обновления основных средств	утвержденного бюджета	неустойчивость.	
4.1.2	Потеря денежных средств, размещенных в банке	Банкротство БВУ.	ухудшение финансовых показателей МО	
4.1.3	Потеря выплаченного аванса	Неисполнение своих обязательств поставщиком товаров/услуг	ухудшение финансовых показателей МО	
4.1.4	Неэффективное размещение временно свободных средств	Неудовлетворительное финансовое планирование	Упущенная выгода	
4.1.5	Некорректное отражение проведенных операций в бухгалтерском учете	Недостаток квалификации сотрудников, Ошибки сотрудников, сбои программных обеспечений	Искажение финансовой отчетности МО	
4.1.6	Риск искажения и недостоверного раскрытия финансовой отчетности	В Предприятии неверное отражение в учете расчетов с контрагентами за поставку ТМЦ, несвоевременное списание ТМЦ, учет основных средств в составе ТМЦ	убытки по результатам финансово-хозяйственной деятельности МО	
4.1.7	Риск неполного освоения выделенных бюджетных средств	Сбои в процедурах управления денежными потоками по возмещению Предприятию затрат за оказанные медицинские услуги	Неадекватное возмещение затрат за оказанные мед. услуги в результате снижение прибыли МО, невозможность внедрения современных технологий, что повлечет за собой риск финансовых потерь	
4.1.8	Риски неэффективного планирования и управления активами	Принятие неверных решений по приобретению новых и использованию имеющихся активов. Несвоевременное выявление простаивающих оборудования и их списаний	Скопление неиспользуемых и простаивающих оборудования, средств в активах	
4.1.9	Риск неэффективного планирования бюджета	Отсутствие расчетов, анализа различных по сложности медицинских услуг, расценок по платным услугам	искажение расчетов себестоимости, оказываемых медицинских услуг, занижение доходов	
4.1.1	Недостижение	1. Несоответствующие	1. Низкая	

0	целевого показателя по оплате ГОБМП	коэффициенты затратоемкости по клиничко-затратным группам (весовые коэффициенты). 2. Низкая стоимость базового тарифа (ставки тарификатора) для МО, оказывающих стационарную, оплата которым осуществляется по КЗГ. 3. Меры экономического воздействия.	конкурентоспособность МО. 2. Финансовая неустойчивость. 3. Срыв сроков достижения стратегических целей.	
4.2	Комплаенс риски			
4.2.1	Составление некачественных договоров с поставщиками товаров/услуг	Недостаток квалификации сотрудников	Финансовые потери	
4.2.2	Составление некачественных договоров с поставщиками товаров/услуг	Ошибки сотрудников	Финансовые потери	
4.2.3	Риск невыполнения плана закупок, затягивание процесса закупок	Текучесть кадров, слабая организация работы отдела	Неисполнение показателей плана финансово-хозяйственной деятельности	
4.2.4	Риск неэффективности процедур закупок	Утверждение плана закупок без учета имеющихся складских запасов	Необоснованное увеличение складских запасов, отвлечение денежных средств из оборота	
4.2.5	Риск создания условий для недобросовестной конкуренции, коррупции	Нарушение Правил закупок ЛС, медицинские изделия (МИ), несоблюдение принципов.	Потеря деловой репутации	
4.2.6	Несвоевременный закуп товаров, работ, услуг	1. Несвоевременное предоставление заявок для проведения процедур закупок ТРУ. 2. Неправильное планирование объемов закупок ЛС и МИ. 3. Несостоявшиеся закупки.	1. Несвоевременное обеспечение товаров, работ, услуг. 2. Снижение качества предоставляемых услуг. 3. Снижение доходов.	
5.	Медицинские риски			
5.1	Риски, связанные с качеством медицинских услуг и безопасностью пациентов			
5.1.1	Летальность, в том числе досуточная	Несоблюдение стандартов диагностики и лечения, в том числе оказания неотложной медицинской помощи	Социально-экономические последствия	

		экстренным больным		
5.1.2	Расхождение патологоанатомического и клинического диагнозов	Несоблюдение протоколов диагностики и лечения, Правил организации медицинской помощи, низкая квалификация специалистов	Социально-экономические последствия	
5.1.3	Осложнения лечения, в том числе послеоперационные	Несоблюдение протоколов диагностики и лечения, низкая квалификация специалистов	Социально-экономические последствия	
5.1.4	Несоблюдение клинических протоколов диагностики и лечения	1. Отсутствие или несвоевременный пересмотр клинических протоколов. 2. Несовершенство клинических протоколов. 3. Отсутствие ЛС и МИ.	1. Увеличение длительности пребывания в стационаре, удорожание стоимости лечения. 2. Рост осложнений. 5. Меры экономического воздействия.	
5.1.5	Повторная госпитализация в течение одного месяца	Несоблюдение протоколов диагностики и лечения, Правил организации медицинской помощи, низкая квалификация специалистов	Экономические последствия (не возмещение затрат за медицинские услуги)	
5.1.6	Наличие обоснованных жалоб пациентов на качество медицинских услуг	Низкая эффективность деятельности отдела менеджмента качества и безопасности пациентов	Негативное влияние на имидж МО, экономические последствия	
5.1.7	Недостаточный уровень удовлетворенности пациентов качеством, предоставляемых медицинских услуг	Не соблюдение протоколов диагностики и лечения, низкая квалификация специалистов Низкая эффективность деятельности отдела менеджмента качества и безопасности пациентов	Негативное влияние на имидж МО	
5.1.8	Риски, связанные с недостаточно эффективной работой внутрибольничных комиссий (ЛКК, КИЛИ, патологоанатомической)	Отсутствие контроля исполнения принятых решений комиссий. Несоблюдение должностных обязанностей ответственных сотрудников. Отсутствие мониторинга стандартов национальной аккредитации	Отсутствие управленческих и административных мер по результатам комиссии влечет снижение качества оказываемых медицинских услуг и несвоевременное принятие мер по снижению общей летальности в Предприятии.	
5.1.9	Риски, связанные с низким качеством	Несоблюдение стандартов диагностики и лечения. Отсутствие системы	Снижение качества оказываемых услуг и безопасности пациентов. Недостаточный уровень	

	медицинских услуг, в том числе осложнения лечения.	многоуровневой оценки качества предоставляемых медицинских услуг.	удовлетворенности пациентов и наличие обоснованных жалоб. Снижение доверия и имиджа МО.	
5.1.1 0	Врачебные ошибки	1. Несоблюдение клинических протоколов. 2. Перегруженность персонала. 3. «Эмоциональное выгорание» персонала.	1. Повторная госпитализация. 2. Наступление неблагоприятного исхода для здоровья или жизни пациента. 3. Увеличение длительности пребывания в стационаре.	
5.1.1 1.	Предоставление недостоверных результатов лабораторных анализов	1. Нарушение правил взятия проб биологического материала (наличие брака в принятых материалах). 2. Неправильная идентификация пациентов. 3. Некорректная передача устного сообщения.	1. Получение недостоверных результатов. 2. Ошибки при определении тактики лечения. 3. Нанесение вреда здоровью и жизни пациента.	
5.1.1 2	Нарушение сохранности биологических образцов	1. Нарушения правил транспортировки и хранения образцов биологического материала.	1. Невыполнение исследования на основе доставленного биоматериала. 2. Получение недостоверных результатов. 3. Причинение вреда здоровью и жизни пациента.	
5.2.	Риски, связанные с инфекционной безопасностью			
5.2.1	Наличие случаев внутрибольничной инфекции.	Отсутствие или не соблюдение стандартов операционных процедур и протоколов по инфекционной безопасности. Низкая эффективность инфекционного контроля. Отсутствие мониторинга и своевременной регистрации случаев внутрибольничной инфекции.	Несвоевременное принятие мер по снижению внутрибольничной инфекции, принятие управленческих решений. Снижение качества оказываемых услуг и безопасности пациентов. Социально-экономические последствия	
5.2.2	Инфицирование персонала/пациента вирусным гепатитом, ВИЧ и др.	1. Контакт персонала с потенциально инфицированными биологическими материалами пациентов (биологические жидкости). 2. Отсутствие СИЗ и МИ. 3. Недостаточное обучение персонала.	1. Заболевание персонала/пациента. 2. Судебные иски. 3. Снижение репутации и конкурентоспособности.	
5.3.	Риски, связанные с использованием лекарственных средств			
5.3.1	Нарушение правил хранения и учета лекарственных	Недостаточная работа формулярной комиссии, отдела менеджмента качества и безопасности	Привлечение к административной ответственности	

	средств, МИ	пациентов		
5.3.2	Отсутствие системы регистрации побочных действий лекарственных средств	Недостаточная работа формулярной комиссии, отдела менеджмента качества и безопасности пациентов	Привлечение к административной ответственности	
5.3.3	Нерациональное использование лекарственных средств	Недостаточная работа формулярной комиссии, отдела менеджмента качества и безопасности пациентов	Социально-экономические последствия	
5.3.4	Дефицит лекарственных средств, предусмотренных лекарственным формуляром	Погрешности в планировании закупа лекарственных средств и недостаточная работа формулярной комиссии	Социально-экономические последствия	
5.3.5	Риски неэффективного использования лекарственных средств	Нерациональное планирование закупа лекарственных средств и изделий медицинского назначения; отсутствие мониторинга использования (движения) лекарственных средств;	Нерациональное использование финансовых средств, Правовые и репутационные риски.	
5.4.	Риски, связанные с использованием медицинского оборудования			
5.4.1	Не соблюдение техники безопасности, инструкции по использованию медицинского оборудования, угрожающее жизни и здоровью пациента	Отсутствие и недостаточная работа службы по использованию медицинской техники, слабая подготовленность специалистов	Причинение вреда здоровью пациента	
5.4.2	Простой оборудования из-за неисправности	1. Некачественное сервисное обслуживание. 2. Неправильная эксплуатация оборудования. 3. Поломка запасных частей.	1. Снижение качества медицинских услуг. 2. Остановка госпитализации или операций в результате выхода из строя медицинской техники. 3. Нанесение вреда здоровью пациента.	
5.4.3	Простой оборудования из-за отсутствия специалиста	Погрешности в планировании работы по обучению специалистов	Экономические последствия	
5.4.4	Простой оборудования из-за отсутствия реактивов и расходных	Погрешности в планировании закупа расходных материалов	Экономические последствия	

	материалов			
6	Операционные риски			
6.1.	Управление процессами			
6.1.1	Риск неправильного оформления документов	Сжатые сроки исполнения срочных поручений руководства (в отдельных случаях)	Предоставление неверной информации/материалов руководству МО.	
6.1.2	Риск отсутствия согласованности действий структурных подразделений	Различия в методологии оценки, измерения и представления различных показателей	принятие неверного управленческого решения в виду отсутствия качественной информации для принятия решений руководством МО.	
6.1.3	Риск неэффективного управления временем	Неправильное планирование работы ответственными сотрудниками структурных подразделений, зависимость от предоставления информации от третьих лиц	Не исполнение Годового бюджета, не достижение стратегических целей	
6.1.4	Риск неэффективного построения структуры МО.	Неверная организационная структура МО, области ответственности и распределения полномочий должностных лиц и подразделений МО	Дублирование, либо исключение (потеря) функций в реализуемых бизнес-процессах	
6.1.5	Риск отсутствия согласованности действий, отсутствия обмена информацией	Различия в методологии оценки, измерения и представления различных показателей, слабый управленческий учет	Вероятность убытков или дополнительных издержек, связанных со сбоями или остановкой бизнес процессов, вероятность потерь финансовых ресурсов, отсутствие качественной информации для принятия решений руководством МО.	
6.1.6	Риск отсутствия мониторинга реализации договорных отношений по крупным сделкам и по другим договорам.	Неверная организация положений об структурных подразделениях, неверное распределение должностных полномочий ответственных исполнителей	Вероятность убытков или дополнительных издержек, связанных со сбоями или остановкой бизнес процессов, вероятность потерь финансовых ресурсов, принятие неверного управленческого решения.	
6.2.	Юридические			
6.2.1	Риск незнания изменения законодательства	совершенствование законодательства, регулирующего деятельность собственника МО, и других финансовых	Вероятность пересмотра основных направлений деятельности, функций и задач МО, необходимость соответствия регуляторным требованиям, необходимость	

		организаций	внесения изменений во внутренние акты МО.	
6.2.2	Риск неэффективного взаимодействия с государственными органами	Отсутствие аналогов вхождения в бюджетную систему хозяйствующих субъектов в РК, с передачей всех долей участия	Низкий уровень доходов по результатам деятельности	
6.2.3	Неэффективный маркетинг	Слабая нормативная база в области разграничения и предоставления ГОБМП, ВСМП и платной медицинской помощи	Низкий уровень доходов от оказания платных услуг ВСМП	
6.2.4	Риск незнания юридических последствий совершаемых действий	связан с возможными нарушениями законодательства недобросовестными контрагентами, притязание 3-х лиц	Предприятие может понести дополнительные финансовые, моральные, материальные и временные затраты	
6.3.	Трудовые отношения			
Риски, связанные с кадрами				
6.3.1	Низкий процент укомплектованности врачами, средним медицинским и младшим медицинским персоналом	Недостатки в работе по реализации кадровой политики или отсутствие таковой	Негативное влияние на качество оказываемых медицинских услуг	
6.3.2	Не соблюдение сроков повышения квалификации врачами и средним медицинским персоналом	Недостатки в работе по реализации кадровой политики или отсутствие таковой	Негативное влияние на качество оказываемых медицинских услуг	
6.3.3	Низкий процент категорированности врачей и среднего медицинского персонала	Недостатки в работе по реализации кадровой политики или отсутствие таковой	Негативное влияние на качество оказываемых медицинских услуг	
6.3.4	Риск текучести кадров	Отсутствие мотивации, заинтересованности в работе, проводимая социальная политика МО	Причинение ущерба МО , потеря квалифицированного персонала	
6.3.5	Риск высокой загруженности сотрудников	Перегрузки персонала, выполняющего объем (количество) операций, больше чем это допускается психофизиологическими нормами	Несвоевременное исполнение операций, снижение качества услуг	

6.3.6	Риск недостаточной квалификации сотрудников	Производственная необходимость	Вероятность потери средств либо возникновения косвенных убытков	
6.3.7	Риск демотивации сотрудников	Неисполнительность сотрудников, отсутствие или разночтения должностных инструкций сотрудников подразделения	Невыполнение сроков исполнения поручений вышестоящего руководства, невыполнение Годового бюджета	
6.3.8	Риск образования вакансий, не заполнения позиции квалифицированным сотрудником	Высокая конкурентная среда, дефицит профессиональных кадров в области медицины	Не соответствие квалификационным требованиям, некачественное выполнение работы	
6.3.9	Риск незнания основных внутренних нормативных документов МО	Нехватка времени, несерьезное отношение работников к внутренним процедурам МО	Нарушение трудовой дисциплины, некачественное оформление документов	
6.3.10.	Риск увольнения ключевых сотрудников	Недостаток (нехватка) ключевых и/или квалифицированных сотрудников на конкретном участке	Снижение качества медицинских услуг, деловой активности МО	
6.3.11.	Риск возникновения конфликта интересов между администрацией и сотрудниками	Нарушение принципов корпоративного управления, корпоративной этики	Невыполнение сроков исполнения поручений вышестоящего руководства, нарушение трудовой дисциплины, некачественное оформление документов	
6.3.12.	Риск неэффективного построения структуры МО	Неверное распределения функций, ответственности, полномочий	Дублирование, либо исключение (потеря) функций работников	
6.3.13	Риск несоблюдения установленных законом условий труда	Увеличение удельной нагрузки на работника. Нарушение режима труда и отдыха, несоблюдение условий труда и недостаточный уровень мотивации труда.	Конфликт интересов, негативное влияние на производственные процессы и конечный результат деятельности МО	
6.3.14	Риск низкой исполнительской дисциплины	Недобросовестное исполнение служебных обязанностей, установление нереальных сроков для исполнения поручений	Ошибки в проводимых операциях, искажение информации	
6.4.	Информационные технологии			
6.4.1.	Риск внедрения изменений в программах системы, неверной обработки финансовых данных	Отсутствие Политики по ИТ процедурам (по инициации, утверждению, тестированию и внедрению изменений в программах и конфигурации системы)	Ввод в систему неавторизованных операций, раскрытие конфиденциальной информации, искажение финансовых данных в бухгалтерской системе	

6.4.2.	Риск того, что ИТ процедуры по восстановлению данных в информационной системе могут быть не выполнены или выполнены в неверном порядке	Отсутствие или несоблюдение Плана по обеспечению непрерывной деятельности информационной системы	Потеря финансовых данных или значительная задержка их восстановления	
6.4.3.	Риск несанкционированного доступа к внутренней информации	Несанкционированное проникновение в процессы МО (электронные базы данных, архивы, хранилище, помещения и т.д.)	Потеря средств, репутации МО	
6.4.4	Выход из строя аппаратного и программного обеспечения	1. Физический износ и несвоевременная замена компонентов аппаратного обеспечения. 2. Моральное устаревание программного обеспечения. 3. Недостаточное финансирование службы обеспечения функционирования программно-аппаратной инфраструктуры.	1. Потеря корпоративных данных МО. 2. Временный выход из строя аппаратного и программного обеспечения МО. 3. Материальный ущерб.	
4.5.	Риски образовательной, научной и инновационной деятельности			
4.5.1.	Недостаточный уровень усвоения изучаемого материала резидентами при обучении за рубежом	недостаточное знание иностранного языка резидентом	неэффективное использование бюджетных денежных средств, выделенных на обучение, снижение эффективности образовательной деятельности	
4.5.2.	Недостаточный уровень усвоения изучаемого материала резидентами при обучении в МО	неэффективная организация учебного процесса	неэффективное использование бюджетных денежных средств, выделенных на обучение, снижение эффективности образовательной деятельности	
4.5.3.	Отказ сотрудников заниматься научной деятельностью	Низкая мотивация сотрудников на занятие научной деятельностью	Снижение эффективности научной деятельности	
4.5.4.	Отказ в предоставлении гранта на проведение научного исследования	Недостаточная степень научной новизны, перспективности и научно-технического уровня исследования	Срыв научного исследования	
4.5.5.	Отказ в предоставлении гранта на проведение научного исследования	Некорректное оформление заявки на получение гранта на научное исследование	Срыв научного исследования	
4.5.6	Срыв плановых	Некорректное	Снижение эффективности	

	сроков внедрения инновации	планирование сроков работ по внедрению инновации	инновационной деятельности	
4.5.7	Отказ выделения средств на покупку оборудования	Некачественное финансово-экономическое обоснование покупки оборудования	срыв покупки оборудования, отклонение результатов финансово-хозяйственной деятельности МО от запланированных показателей	
4.5.8	Выбор неоптимального ценового предложения по приобретаемому оборудованию	Некачественный анализ рынка оборудования	неэффективное использование средств, ухудшение финансовых показателей МО	
4.5.9	Покупка мало востребованного оборудования	некачественный анализ внешней и внутренней среды	неэффективное использование средств, ухудшение финансовых показателей МО	
4.5.10.	Низкое качество предоставляемых образовательных услуг	недостаточная квалификация преподавательского состава.	1. Снижение репутации МО. 2. Снижение конкурентоспособности. 3. Снижение доходов.	

Руководитель службы внутреннего аудита _____ ФИО

«__»_____ 20__года (дата подписания руководителем СВА)

Карта рисков

Оценка рисков проводится по 4 основным принципам:

- 1) МО определяет четкие цели для того, чтобы иметь возможность идентифицировать и оценить риски, препятствующие достижению целей организации;
- 2) МО идентифицирует риски, препятствующие достижению полного спектра своих целей и осуществляет анализ рисков для определения подходов к управлению ими;
- 3) МО учитывает возможность мошенничества при оценке рисков, препятствующих достижению поставленных целей;
- 4) МО определяет и оценивает изменения, которые могут оказать значительное воздействие на систему внутреннего контроля

Идентификация рисков предполагает определение внутренней и внешней событий, которые могут влиять на достижение целей МО, при этом выделяется риски и возможности. В первоначальном этапе определены основные цели и задачи МО, которые подвержены риску. После определения целей и задач идентифицированы присущие риски МО, составлением Регистра рисков МО. На этапе подготовки проведения качественной оценки рисков устанавливаются основные параметры оценки. Оценка рисков проводится по двум показателям – вероятность риска и влияние риска. Для обеспечения сопоставимости рисков между собой и облегчения качественной оценки вводится непрерывная шкала от 1 до 5, шкала оценки рисков. Кроме того, применяется еще один показатель, как время влияния риска. В зависимости от определенного временного интервала, производится оценка времени влияния на риск.

Выявление риска включает в себя обнаружение, обзор, описание риска и целей, на которые может данный риск повлиять.

Выявление риска подразумевает определение подверженности МО влиянию рисков, наступление которых может негативно отразиться на способности достичь запланированных целей и реализовать поставленные задачи. Выявленные события и риски систематизируются в форме Регистра рисков. Регистр рисков представляет собой перечень рисков, с которыми сталкивается МО в своей деятельности. В Регистре рисков по каждому риску определяются факторы рисков, возможные последствия наступления риска, присваивается вероятность, значимость и время влияния риска, определяются владельцы риска, определяются мероприятия по минимизации рисков. Регистр риска дополняется структурными подразделениями МО на постоянной основе по мере выявления новых рисков.

В целях систематизации и унификации дальнейших подходов к оценке и реагированию на риски, все выявленные риски группируются в соответствии с Классификацией и Картой рисков.

Классификация рисков

№	Категория рисков	Подкатегория рисков
1	Стратегические риски	---
2	Операционные риски	Риски управленческой деятельности
		Риски административно-хозяйственной деятельности
		Риски медицинской деятельности
		Риски контроля и мониторинга качества медицинских услуг
		Риски образовательной деятельности
		Риски научной и инновационной деятельности
		Риски инвестиционной деятельности
3	Финансовые риски и риски отчетности	Финансовые риски
		Риски составления отчетности
4	Риски несоответствия требованиям	

Карта рисков

Катастрофическое					
Значительное					
Умеренное					
Незначительное					
	Очень редко	Редко	Время от времени	Часто	Очень часто

Приложение 4
 К Регламенту (Стандартам) организации внутреннего аудита,
 утвержденным решением Наблюдательного совета
 ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»
 при управлении здравоохранения
 Акмолинской области
 от «___» ____ 201_ года № __

Годовой аудиторский план СВА ГКП на ПХВ «МОБ»

№ п/п	Мероприятия	Сроки исполнения задания		
I	Взаимодействие с Наблюдательным советом, Комитетом по аудиту (при наличии) и исполнительным органом			
II	Наименование аудиторского задания	Рейтинг риска	Сроки исполнения	Форма исполнения
III	Организация мониторинга			
IV	Участие СВА в мероприятиях, проводимых МЗ РК, консультации			
V	Взаимодействие с внешним аудитором			
VI	Участие СВА в обучающих семинарах, конференциях, форумах			

Приложение 5
к Регламенту (Стандартам) организации внутреннего аудита,
утвержденным решением Наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»
при управлении здравоохранения
Акмолинской области
от «___» ____ 201_ года № __

Расчет затрат времени на проведение внутреннего аудита и времени, необходимого для повышения квалификации внутренних аудиторов и их ежегодных трудовых отпусков (для составления годового аудиторского плана)

№ п/п	Вид аудиторских работ	Время в человеко-часах*			
		руководитель	клинический аудитор	внутренний аудитор	всего
1	Руководство СВА				
2	Планирование годового аудита				
3	Процедуры планирования отдельного аудиторского задания				
4	Подготовка годового отчёта СВА				
5	Участие в подготовке годового отчёта Комитета по аудиту (при наличии)				
6	Выполнение аудиторского задания				
7	Подготовка аудиторского отчета				
8	Подготовка аудиторских рекомендаций				
9	Мониторинг исполнения выданных рекомендаций				
10	Формирование рабочей документации				
11	Консультационная деятельность				
12	Выполнение индивидуального плана развития				
13	Участие внутренних аудиторов в аудите, проводимом внешним аудитором				
14	Ежегодный трудовой отпуск				
15	Руководство СВА на время отсутствия руководителя СВА				
ИТОГО					

*Расчет времени в человеко-часах произведен на основе Баланса рабочего времени на 20__ год: ____ рабочих дней * ____ часов в день = ____ человеко-часов.

Руководитель Службы внутреннего аудита _____ Ф.И.О.

«___» _____ 20__ года (дата подписания руководителем СВА)

Ознакомлен: _____ Ф.И.О. внутреннего аудитора

«___» _____ 20__ года (дата подписания внутренним аудитором)

Приложение 6
к Регламенту (Стандартам) организации внутреннего аудита,
утвержденным решением Наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»
при управлении здравоохранения
Акмолинской области
от «___» ____ 201_ года № __

**Расчет затрат времени
на проведение отдельного аудиторского задания**

№ п/п	Вид аудиторских работ	Руковод ство СВА	Процедур ы планирова ния отдельного аудиторск ого задания	Выполне ние аудиторс кого задания	Подгот овка аудито рского отчета	Формир ование рабочей докумен таций	ИТОГО
1	Руководитель		х	х	х	х	
2	Руководитель аудиторского задания	х					
3	Внутренний аудитор	х					
Всего человеко-часов*							

*Расчет времени в человеко-часах произведен на основе Баланса рабочего времени на
20__ год: __ рабочих дней * __ часов в день = __ человеко-часов.

Руководитель службы внутреннего аудита _____ Ф.И.О.

«__» _____ 20__ года
(дата подписания руководителем СВА)

Приложение 7
к Регламенту (Стандартам) организации внутреннего аудита,
утвержденным решением Наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»
при управлении здравоохранения
Акмолинской области
от «__» ____ 201__ года № __
Строго конфиденциально!

Аудиторская программа

Наименование аудиторского задания _____
Наименование бизнес процесса (объекта аудита) _____
Цели аудиторского задания _____
Период аудита _____
Количество человеко-часов _____
Рейтинг риска (по результатам анализа оценки рисков) _____
Внутренний аудитор (ФИО, должность, подпись) _____
Дата _____

№ п/п	Перечень аудиторских процедур	Метод аудиторской проверки	Срок выполнения (количество человеко-часов)	Рабочая документаци я	Примечание
1.					
2.					

Утверждено:

Руководитель службы внутреннего аудита _____ (ФИО)

«__» _____ 20__ года
(дата подписания руководителем СВА)

Приложение 8
к Регламенту (Стандартам) организации внутреннего аудита,
утвержденным решением Наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»
при управлении здравоохранения
Акмолинской области
от «___» ____ 201__ года № __

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель службы внутреннего аудита
ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»
при управлении здравоохранения
Акмолинской области
от «___» ____ 201__ года № __

Строго конфиденциально!

Аудиторское задание

Объект аудита: _____
Цели аудиторского задания _____
Период аудита: с _____ по _____
Перечень операций/процедур, подлежащих внутреннему аудиту:

- 1.
- 2.

Руководство по проведению аудиторского задания возложено на _____ (Ф.И.О. и должность руководителя аудиторского задания).

В состав аудиторской группы включены:

1. _____ (Ф.И.О. и должность внутреннего аудитора)
2. _____ (Ф.И.О. и должность внутреннего аудитора)

Аудиторское задание осуществить в течение ____ рабочих дней на месте, начиная с «___» ____ 20__ года по «___» ____ 20__ года.

В случае возникновения нестандартных ситуаций в процессе выполнения аудиторского задания, руководитель СВА, для достижения целей аудиторского задания обеспечивает аудит операций/процедур, непредусмотренных аудиторским заданием. Руководитель объекта аудита должен обеспечить аудиторскую группу необходимой предварительной информацией и материалами в срок к _____.

Приложение: Перечень запрашиваемой информации и других материалов.

Руководитель аудиторского задания (Ф.И.О) _____
«___» ____ 20__ года
(дата подписания руководителем СВА)

С аудиторским заданием ознакомлен:

Руководитель объекта аудита (Ф.И.О) _____
«___» ____ 20__ года
(дата подписания)

Приложение 9
к Регламенту (Стандартам) организации внутреннего аудита,
утвержденным решением Наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»
при управлении здравоохранения
Акмолинской области
от «___» ____ 201_ года № __
Строго конфиденциально!

Аудиторские обнаружения

Ссылка на рабочий документ: _____

Подготовлено (ФИО, должность внутреннего аудитора): _____

Дата, подпись: _____

Проверено (ФИО, руководителя СВА): _____

Дата, подпись: _____

Рейтинг обнаруженного несоответствия^{vi}: _____

№ п/п	Аудиторское суждение	Комментарии руководителя объекта аудита ^{vii} :
1	Краткое содержание несоответствия: _____	
2	Критерии оценки: (что и как должно было быть)	
3	Факты: (что было обнаружено)	
4	Последствия: (к чему привела или может привести данная ситуация, при возможности, с использованием количественных и стоимостных показателей (при необходимости с приложением обосновывающих расчетов))	
5	Причина возникновения: (почему произошла данная ситуация)	
6	Рекомендации (при возможности с указанием оценочных затрат на выполнение рекомендаций, оценки прямого/косвенного экономического эффекта от выполнения рекомендаций в тенге (при необходимости с приложением обосновывающих расчетов))	

(ФИО, подпись руководителя объекта аудита)

Дата: _____

Приложение 10

к Регламенту (Стандартам) организации внутреннего аудита,
утвержденным решением Наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»
при управлении здравоохранения
Акмолинской области
от «___» ____ 201_ года № __

Строго конфиденциально!

Аудиторский отчет

Наименование аудиторского задания
Наименование объекта аудита
Срок выполнения аудиторского задания
Период аудита

Настоящее аудиторское задание осуществлено СВА внутреннего аудита в соответствии с полномочиями, предоставленными Положением о Службе внутреннего аудита ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница» при управлении здравоохранения Акмолинской области.

Настоящий аудиторский отчет предназначен для рассмотрения:
(указываются адресаты)

ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»
при управлении здравоохранения
Акмолинской области

Служба внутреннего аудита «___» _____ 20__ года

Содержание

1. _____ (№ стр.)
(наименование операции/процедуры (вопроса) аудиторского задания)
2. _____ (№ стр.)
(наименование операции/процедуры (вопроса) аудиторского задания)
3. _____ (№ стр.)
(наименование операции/процедуры (вопроса) аудиторского задания)

Список приложений:

Номер приложения	Название приложения	Количество листов
------------------	---------------------	-------------------

(наименование операции/процедуры (вопроса) аудиторского задания)		
--	--	--

Наблюдение

Обнаружения
Рекомендации

Приложение: _____ на _____ листах.

Следует учесть, что план корректирующих действий руководства (при его представлении) оформляется в качестве приложения к аудиторскому отчету.

Руководитель СВА _____ Ф.И.О. _____

« _____ » _____ 20 _____ года

(дата подписания отчета руководителем СВА)

Руководитель (объекта аудита) _____ Ф.И.О. _____

« _____ » _____ 20 _____ года

(дата подписания отчета руководителем объекта аудита)

Приложение II

к Регламенту (Стандартам) организации внутреннего аудита,
утвержденным решением Наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»
при управлении здравоохранения
Акмолинской области
от «__» __ 201__ года № __

План корректирующих и/или предупреждающих действий, предложенный объектом аудита по результатам аудита проведенного СВА внутреннего аудита

№ п/п	Краткое содержание несоответствия	Рекомендации СВА	Планируемые корректирующие и/или предупреждающие действия	Срок исполнения корректирующих и/или предупреждающих действий	Примечание
1					
2					

Руководитель (объекта аудита) _____ Ф.И.О.
«__» __ 20__ года
(дата подписания отчета руководителем объекта аудита)

Приложение 12

к Регламент (Стандартам) организации внутреннего аудита,
утвержденным решением Наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»
при управлении здравоохранения
Акмолинской области
от «__» __ 201__ года №__

Информация по результатам мониторинга выданных рекомендаций по состоянию на «__» __ 20__ года

№	Наименование аудиторского задания (аудиторского отчета) и сроки ее выполнения	Наименование операции/процедуры (вопроса) аудиторского задания, по которому выдана рекомендация	Наименование объекта аудита - исполнителя мероприятия	Содержание рекомендаций	Оценка исполнения рекомендаций (аудиторского замечания)	Примечание

Руководитель службы внутреннего аудита _____ Ф.И.О.
(подпись)

Приложение 13

к Регламенту (Стандартам) организации внутреннего аудита,
утвержденным решением Наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»

при управлении здравоохранения
Акмолинской области
от «__» __ 201__ года №__

Информация о неисполненных рекомендациях (мероприятиях) по состоянию на «__» __ 20__ года

№	Наименование объекта аудита - исполнителя мероприятия	Наименование задания (аудиторского отчета) и сроки выполнения	Содержание рекомендаций	Установленный срок исполнения (в случае его установления)	Причины неисполнения	Решение Наблюдательного совета
1						
2						

Руководитель службы внутреннего аудита _____ Ф.И.О. _____
(подпись)

ii) Может применяться в целях объективного определения размера премии работников СВА.

iii) Максимальный размер оценки каждого КПЭ (наиболее значимым КПЭ соответствует больший процент оценки).

iv) Данный показатель оценивается только по итогам года, при оценке за другие периоды проценты по данному показателю добавляются в пункт 3.2.2.

v) В сноске приводится расшифровка с указанием ФИО внутренних аудиторов выполненных заданий, и возможного влияния выполненных заданий на результаты деятельности МО. При необходимости подробного раскрытия указанной информации в данной сноске ссылка делается на отчет СВА.

vi) 1) **критические нарушения** – обнаруженные несоответствия представляют непосредственный риск для эффективности деятельности МО, достижения их целей. Критические нарушения требуют незамедлительного принятия корректирующих или предупреждающих действий и должны быть доведены до сведения наблюдательного совета и должны находиться под особым контролем;

2) **важные (значительные) нарушения** – обнаруженные несоответствия представляют потенциальные риски для Предприятия и свидетельствуют об ослаблении системы внутреннего контроля. Значительные нарушения также требуют принятия корректирующих или предупреждающих действий и должны быть доведены до сведения наблюдательного совета и руководства Предприятия;

3) **незначительные нарушения** – обнаруженные несоответствия влияют на операционную деятельность или контрольную среду в Предприятии и характеризуются как возможности улучшения системы внутреннего контроля. Незначительные нарушения также требуют принятия адекватных мер и должны быть доведены до сведения руководства объекта аудита.

vii) Комментарий руководителя объекта аудита должен быть ясным, сжатым, конструктивным для понимания руководством Предприятия;

Ясным - всё, что требуется, объяснить, информацию изложить в сжатой форме (немногословно), в ней не использовать специальной терминологии и сокращения, которые не являются широко распространенными, содержать необходимую общую или справочную информацию;

Сжатым - кратким, по существу вопроса и не включающим ненужных подробностей. Следует избегать изложения фактов, событий и т.п., не имеющих отношения к нарушению;

Конструктивным - информация должна быть изложена профессионально, в ней не должно содержаться безосновательных упоминаний и акцентирования внимания в негативной манере.