

REGULAMIN KONTROLI ZARZĄDCZEJ

§ 1

PRZEPISY OGÓLNE

1. Regulamin kontroli zarządczej ustala się na podstawie art. 69 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych oraz w oparciu o komunikat nr 23 Ministra finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych i komunikat nr 6 Ministra Finansów z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem.
2. Wyżej wymienione standardy stanowią zbiór wytycznych, które wskazują na ogólne założenia w zorganizowaniu systemu kontroli zarządczej w SPMZOS w Słupsku.
3. Niniejszy Regulamin określa organizację i zasady funkcjonowania kontroli zarządczej w-zakresie:
 - analizy i oceny pod kątem zgodności i kompletności bazy prawnej jednostki, w tym wymaganych przepisów zewnętrznych (ustaw i rozporządzeń) oraz procedur wewnętrznych (instrukcji, zakresów obowiązków, upoważnień i innych dokumentów wewnętrznych regulujących działalność jednostki),
 - określenia celów i zadań jednostki,
 - identyfikacji i oceny ryzyka oraz określenia reakcji na zidentyfikowanie ryzyko,
 - dokonywanie okresowych czynności sprawdzających w poszczególnych obszarach kontrolnych pod kątem zgodności działań z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi, celowości i oszczędności w wydatkowaniu środków publicznych a także terminowości, efektywności i skuteczności,
 - metod monitorowania i przeprowadzania okresowej samooceny systemu kontroli zarządczej w oparciu o wytyczne do samooceny określone przez Ministra Finansów i przekazywania niezbędnych informacji i dokumentów.

§ 2

TERMINOLOGIA

Zakład – Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupsku (SPMZOZ),

Dyrektor – dyrektor SPMZOZ w Słupsku,

Kontrola – jest to czynność polegająca na sprawdzeniu stanu faktycznego i porównaniu ze stanem wymaganym w normach prawnych, technicznych, ekonomicznych, regulaminach i procedurach oraz sformułowaniu wniosków i zaleceń pokontrolnych mających na celu zlikwidowanie nieprawidłowości i zwiększenie prawdopodobieństwa zrealizowania ustalonych celów i zadań.

Komórka organizacyjna - należy przez to rozumieć komórki organizacyjne SPMZOZ oraz stanowiska samodzielne,

Pracownik - należy przez to rozumieć każdą osobę świadczącą pracę na rzecz SPMZOZ bez względu na zajmowane stanowisko lub pełnioną funkcję oraz podstawę prawną tego zatrudnienia,

Ryzyko - należy przez to rozumieć dowolne zdarzenie (tj. działanie lub zaniechanie), które może mieć negatywny wpływ na realizację założonych celów i zadań SPMZOZ.

Zarządzanie ryzykiem - należy przez to rozumieć proces identyfikacji, analizy (oceny), monitorowania i kontroli (tj. przeciwdziałania lub ograniczania) potencjalnych ryzyk, którego celem jest wspomaganie realizacji założonych celów i zadań SPMZOZ.

Kontrola zarządcza – ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy, obejmujący formułowanie celów i zadań, a następnie sprawdzanie ich realizacji.

Samooceńa – czynność polegająca na ocenie funkcjonowania kontroli zarządczej przez każdego pracownika i kierownictwo Zakładu, prawidłowości wykonywania własnej pracy, z uwzględnieniem postanowień zawartych w istniejących w Zakładzie procedurach oraz obowiązków wynikających z posiadanego zakresu czynności.

Kwestionariusz samooceny – zestaw pytań odrębnych dla kierownictwa i pracowników, na które udziela się odpowiedzi zachowując anonimowość.

§ 3

CELE ORAZ STANDARDY KONTROLI ZARZĄDCZEJ

1. Celem kontroli zarządczej jest zapewnienie w szczególności:

- zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,

- skuteczności i efektywności działania, w tym w szczególności oszczędne i efektywne wykorzystanie zasobów majątkowych i ludzkich,
- wiarygodności sprawozdań, raportów i informacji dotyczących wszelkich aspektów SPMZOZ, w tym jego sytuacji finansowej,
- ochrony zasobów, w tym zabezpieczenie składników majątku przed zniszczeniem, utratą oraz zabezpieczeniem danych osobowych,
- przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
- skuteczności i efektywności przepływu informacji wewnętrznej, a także pomiędzy SPMZOZ a podmiotami z jego otoczenia (np. Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia, Urzędem Miejskim w Słupsku) lub organami kontroli państwowej i ochrony prawa, które na podstawie posiadanych uprawnień mogą korzystać z takich informacji,
- zarządzania ryzykiem dla zwiększenia prawdopodobieństwa osiągnięcia celów i realizacji zadań poprzez zapobieganie niekorzystnym zjawiskom w działalności SPMZOZ, wskazanie sposobu i środków zapobiegających powstawaniu nieprawidłowości, jak również ich likwidacji.
- przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania, w tym wynikających ze stosowanych w SPMZOZ przepisów prawa, regulacji wewnętrznych i zawodowych kodeksów etyki.

2. Standardy kontroli zarządczej

W SPMZOZ w Słupsku wdraża się standardy kontroli zarządczej w następujących obszarach:

GRUPA STANDARDÓW (A) ŚRODOWISKO WEWNĘTRZNE

Standard 1: przestrzeganie wartości etycznych

Standard 2: kompetencje zawodowe

Standard 3: struktura organizacyjna

Standard 4: delegowanie uprawnień

GRUPA STANDARDÓW (B) CELE I ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

Standard 5: misja

Standard 6: określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji

Standard 7: identyfikacja ryzyka

Standard 8: analiza ryzyka

Standard 9: reakcja na ryzyko

GRUPA STANDARDÓW (C) MECHANIZMY KONTROLI

Standard 10: dokumentowanie systemu kontroli zarządczej

Standard 11: nadzór

Standard 12: ciągłość działalności

Standard 13: ochrona zasobów

Standard 14: szczegółowe mechanizmy kontroli operacji finansowych i gospodarczych

Standard 15: mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych.

GRUPA STANDARDÓW (D) INFORMACJA I KOMUNIKACJA

Standard 16: bieżąca informacja

Standard 17: komunikacja wewnętrzna

Standard 18: komunikacja zewnętrzna

GRUPA STANDARDÓW (E) MONITOROWANIE I OCENA

Standard 19: monitorowanie systemu kontroli zarządczej

Standard 20: samoocena

Standard 21: ocena systemu kontroli zarządczej przez audyt wewnętrzny

Standard 22: uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej

§ 4

ŚRODOWISKO WEWNĘTRZNE

Dyrektor Zakładu dąży do zapewnienia optymalnych warunków do realizacji kontroli zarządczej, a w szczególności do zapewnienia, aby struktura organizacyjna SPMZOZ była dostosowana do realizacji zadań oraz aby zatrudniane osoby były o odpowiednich kompetencjach. Dyrektor dąży również do tego, aby zasady etyczne obowiązujące pracowników zapewniły praworządność, dbałość o dobre imię SPMZOZ, godne zachowanie w miejscu pracy oraz uprzejmość i życzliwość w kontaktach z pacjentami, pracownikami, instytucjami i innymi podmiotami gospodarczymi.

§ 5

PRZESTRZEGANIE WARTOŚCI ETYCZNYCH

1. Osoby zarządzające i pracownicy są świadomi wartości etycznych przyjętych w Zakładzie i przestrzegają ich przy wykonywaniu powierzonych im zadań. Osoby zarządzające wspierają i promują przestrzeganie wartości etycznych dając dobry przykład codziennym postępowaniem i podejmowanymi decyzjami.
2. Wartości etyczne, którymi kierują się pracownicy SPMZOZ wynikają z:
 - Kodeksu Etyki Pracowników SPMZOZ
 - Kodeksu Etyki Lekarskiej

- Kodeksu Etyki Pielęgniarki i Położnej
 - Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego
 - Kodeksu pracy
 - Polityki jakości
 - ogólnie przyjętych norm
 - wyników badań satysfakcji i zadowolenia pacjenta.
3. W Zakładzie akceptuje się tylko takie zachowania, które są nienaganne oraz oceniane powszechnie jako etyczne. Ujawnione przypadki nieetycznego zachowania są analizowane przez kierowników i mają wpływ na ocenę adaptacji nowego pracownika.
 4. Wszyscy pracownicy (na etapie przyjmowania lub w trakcie pracy) są zapoznawani z obowiązującymi w Zakładzie wartościami etycznymi i zasadami ich przestrzegania.

§ 6

KOMPETENCJE ZAWODOWE

1. Wymagania dotyczące kwalifikacji pracowników wynikają z przepisów prawa obowiązującego dla poszczególnych grup zawodowych. W SPMZOK zostały określone i opisane poszczególne zadania wykonywane na każdym stanowisku pracy. Opisy są aktualne i podlegają okresowym przeglądom dokonywanym przez kierowników komórek. Przeglądy opisów są dokonywane także w przypadku zmian organizacyjnych. Na podstawie analizy zadań wykonywanych na każdym stanowisku pracy, został określony zakres wiedzy, umiejętności i doświadczenia, które są niezbędne do ich prawidłowego wykonywania. Zapisy z analizy są dokonywane w kartach stanowiska pracy w ramach funkcjonującego Systemu Zarządzania Jakością.
2. Proces przyjmowania nowych pracowników jest oparty o jasno sformułowane kryteria, jawny i otwarty dla wszystkich zainteresowanych, a także prowadzony w sposób zapewniający przestrzeganie obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa i regulacji wewnętrznych oraz wybór potencjalnie najlepszego kandydata na dane stanowisko (tj. posiadającego wiedzę, umiejętności, doświadczenie, predyspozycje i postawę etyczną pozwalające skutecznie i efektywnie wypełniać zadania).
3. Pracownicy SPMZOK uczestniczą w szkoleniach wewnętrznych i zewnętrznych poszerzających ich wiedzę i umiejętności zawodowe zgodnie z aktualnymi potrzebami i możliwościami finansowymi. Został sporządzony odpowiedni plan szkoleń stosownie do uzasadnionych potrzeb wszystkich pracowników. Plan szkoleń jest spójny z celami i zadaniami jednostki i jest analizowany i aktualizowany jeden raz w roku na zasadach

określonych w procedurze będącej częścią dokumentacji nadzorowanej w ramach Systemu Zarządzania Jakością. W planie finansowym jednostki zostały zaplanowane środki na szkolenia w wysokości wystarczającej na realizację planu szkoleń.

Dokumenty realizujące niniejszy standard:

- Regulamin organizacyjny,
- Regulamin pracy,
- Regulamin wynagradzania,
- Instrukcja komunikowanie uprawnień i odpowiedzialności,
- Procedura kompetencje, świadomość i szkolenie,
- Roczny plan szkoleń,
- Plan finansowy.

§ 7

STRUKTURA ORGANIZACYJNA

1. Struktura organizacyjna w SPMZOK w Słupsku jest dostosowana do celów i zadań aktualnie realizowanych przez Zakład.
2. Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności Zakładu, poszczególnych komórek organizacyjnych oraz zakres podległości pracowników określa się w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny, co ułatwia przepływ informacji w całym Zakładzie zarówno w kierunku pionowym jak i poziomym.
3. Struktura organizacyjna w przypadku zmian jest na bieżąco aktualizowana. O zmianach informowani są wszyscy pracownicy.
4. Kierownicy każdego szczebla zostali poinformowani o swoich obowiązkach i odpowiedzialności i są ich w pełni świadomi.
5. Każdy pracownik ma dostęp do aktualnego schematu lub Regulaminu organizacyjnego jednostki zawierającego zakres obowiązków i odpowiedzialności kierownictwa i poszczególnych komórek organizacyjnych.

Dokumenty realizujące niniejszy standard:

- Statut,
- Regulamin organizacyjny,
- Regulamin pracy,
- karty stanowiskowe pracy dla każdego pracownika SPMZOK przechowywane w aktach osobowych.

§ 8

DELEGOWANIE UPRAWNIEN

1. Zakresy delegowania uprawnień zostały określone w sposób odpowiedni do wagi podejmowanych decyzji, stopnia ich skomplikowania i ryzyka z nim związanego.
2. Delegowanie uprawnień poszczególnym osobom ma pisemny charakter i jest każdorazowo potwierdzane podpisem przez osobę przyjmującą. Dokumenty z delegowania uprawnień są przechowywane w aktach osobowych pracowników.
3. Delegowanie obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności wiąże się z zapewnieniem odpowiednich narzędzi wykonawczych.
4. Podejmowanie czynności bez upoważnienia stanowi poważne naruszenie obowiązków i uprawnień pracowniczych, skutkujące odpowiedzialnością regulaminową, cywilną i/lub karną adekwatnie do ich rodzaju i skali.
5. W zakresie gospodarki finansowej lub majątkowej dyrektor SPMZOZ przydziela uprawnienia lub obowiązki odpowiednim pracownikom adekwatnie do celów i zadań w formie upoważnień, pełnomocnictw. W upoważnieniu precyzyjnie i jednoznacznie określa się zakres przekazywanych uprawnień np.: rodzaj decyzji do podejmowania, których upoważnia się pracownika, kwotę do wysokości, której pracownik może podejmować decyzje, termin obowiązywania upoważnienia. Przyjęcie uprawnień lub obowiązków przez pracownika jest potwierdzone jego podpisem.
6. W Zakładzie został powołany główny księgowy. Zakres obowiązków i odpowiedzialności głównego księgowego jest zgodny z przepisami prawa. Główny księgowy jest świadomy swoich obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności w zakresie gospodarki finansowej, rachunkowości Zakładu i kontroli finansowej. Powierzenie głównemu księgowemu obowiązków i odpowiedzialności nastąpiło w drodze pisemnej. Przyjęcie obowiązków i odpowiedzialności jest potwierdzone podpisem głównego księgowego.

Dokumenty realizujące niniejszy standard:

- Polityka bezpieczeństwa informacji,
- Instrukcja Zarządzanie systemami informatycznymi służącymi do przetwarzania danych osobowych,
- Polityka rachunkowości oraz zasady obiegu i kontroli dokumentów księgowych,
- Karty stanowiskowe pracy dla każdego pracownika SPMZOZ.

§ 9

MISJA, CELE, ZADANIA ZAKŁADU

Misja SPMZOZ określa najważniejszy powód istnienia Zakładu, najważniejszy cel w zakresie świadczenia usług zdrowotnych.

Postanowienia zawarte w Regulaminie kontroli zarządczej SPMZOZ określają sposób ustalania celów, zadań oraz mierników ich realizacji.

§ 10

MISJA SPMZOZ

Misja Zakładu została określona w Statucie nadanym Uchwałą nr XLVII/690/22 Rady Miejskiej W Słupsku z dnia 29 czerwca 2022 r.

1. Sprzyja ona ustaleniu celów ogólnych i szczegółowych SPMZOZ.
2. Misja Zakładu może być weryfikowana z punktu widzenia jej aktualności lub potrzeb określenia nowych celów oraz wprowadzenia nowych zadań.

Dokumenty realizujące niniejszy standard:

- Statut,
- Polityka jakości.

§ 11

OKREŚLENIE CELÓW I ZADAŃ, MONITOROWANIE I OCENA ICH REALIZACJI

1. Cele, zadania oraz mierniki realizacji celów dla SPMZOZ określone są w rocznej perspektywie. Tryb i metoda wyznaczania celów jest określona w procedurze Zarządzania ryzykiem.
2. Cele, zadania oraz mierniki realizacji celów ujęte są w planach procesów realizowanych przez SPMZOZ w ramach Systemu Zarządzania Jakością wg normy ISO 9001.
3. Kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy Zakładu dążą i odpowiadają za realizację celów i zadań na poziomie przyjętych wartości i mierników.
4. Każdy pracownik (właściciel procesu) może przedstawić, propozycję celów szczegółowych oraz zadań służących realizacji celów głównych.
5. Analiza realizacji celów, zadań według mierników ich realizacji wskazuje na poziom osiągniętych wyników w odniesieniu do poziomu zakładanego oraz informuje

o przyczynach nieosiągnięcia zakładanych wyników i propozycji podjęcia działań korygujących i zapobiegawczych.

6. Zbiorcze wyniki analizy realizacji celów, zadań oraz mierników przedkładane są kierownictwu, tj. kierownikom, przełożonym wszystkich jednostek organizacyjnych SPMZOZ w formie pisemnego sprawozdania rocznego na odbywającym się raz w roku przeglądzie zarządzania w ramach Systemu Zarządzania Jakością

Dokumenty realizujące niniejszy standard:

- Regulamin organizacyjny,
- Polityka jakości,
- plany procesów opracowane na kartach i wskazujące na mierniki i ich monitorowanie
- przegląd zarządzania.

§ 12

IDENTYFIKACJA, ANALIZA ORAZ REAKCJA NA RYZYKO

1. Ryzyko rozumiane jest jako zagrożenie w realizacji celów i zadań wykonywanych na wszystkich szczeblach SPMZOZ.
2. Co najmniej raz w roku dokonywana jest identyfikacja ryzyk w odniesieniu do celów, zadań ustalonych w trybie określonym w § 11 niniejszego regulaminu.
3. Identyfikacji ryzyk dokonuje zespół ds. kontroli zarządczej powołany przez dyrektora SPMZOZ oraz kierownicy komórek organizacyjnych.
4. Zidentyfikowane ryzyka poddaje się analizie mającej na celu określenie prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka i możliwości jego skutków.
5. W stosunku do każdego istotnego ryzyka określa się rodzaj reakcji np. tolerowanie, przeniesienie, wycofanie się. W celu zmniejszenia danego ryzyka do akceptowalnego poziomu wdrażane są działania korygujące lub zapobiegawcze zgodnie z procedurami obowiązującymi w tym zakresie.
6. Cele i zasady zarządzania ryzykiem zostały określone w Regulaminie zarządzania ryzykiem oraz w procedurze Zarządzanie ryzykiem.

§ 13

MECHANIZMY KONTROLI

W SPMZOZ w Słupsku wprowadza się następujące mechanizmy kontroli zarządczej:

1. dokumentowanie systemu kontroli zarządczej,

2. nadzór,
3. ciągłość działalności,
4. ochronę zasobów,
5. szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych,
6. mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych.

Mechanizmy kontroli stanowią ważną część istniejących polityk, procedur, instrukcji w ramach wdrożonego w Zakładzie Systemu Zarządzania Jakością za pomocą, którego Zakład dąży do osiągnięcia celów i zadań. Wykaz dokumentów stanowi załącznik do Księgi Jakości SPMZOZ.

§ 14

DOKUMENTOWANIE SYSTEMU KONTROLI ZARZĄDCZEJ, NADZÓR NAD CIĄGŁOŚCIĄ DZIAŁALNOŚCI

Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej

Zarządzenia, pełnomocnictwa, upoważnienia, zasady, wytyczne, karty stanowiska pracy określające zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników i inne dokumenty wewnętrzne określa się w formie pisemnej i znajdują się one na stanowiskach pracy, zgodnie z zakresem obowiązków.

W SPMZOZ w Słupsku obowiązują zasady opracowywania, uaktualniania i wydawania procedur i instrukcji według zasad określonych w normie ISO 9001. Zbiór taki prowadzi pełnomocnik ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

Nadzór kierowniczy

Prowadzi się nadzór kierowniczy nad wykonaniem zadań w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji.

Nadzór realizowany jest w szczególności poprzez:

1. monitorowanie działań podejmowanych przez podległych pracowników, w tym realizację celów i zadań,
2. weryfikację dokumentów przedkładanych przez podległych pracowników,
3. udzielanie pracownikom instruktażu i wyjaśnień,
4. przeprowadzanie kontroli,
5. organizowanie spotkań i posiedzeń w celu rozwiązywania bieżących problemów,
6. wydawanie w razie stwierdzenia nieprawidłowości w działaniu podległym pracownikom wiążących poleceń mających na celu ich usunięcie.

Ciągłość działalności

1. Zapewnione są odpowiednie mechanizmy w celu utrzymania ciągłości działalności Zakładu, w szczególności operacji finansowych i gospodarczych.
2. Zidentyfikowano pracowników, którzy z uwagi na swoją szczególną wiedzę, doświadczenie lub umiejętności posiadają duże znaczenie dla prawidłowej działalności Zakładu oraz których odejście poważnie zagroziłoby osiągnięciu celów.

W tym celu określono i wdrożono odpowiednie środki zaradcze:

- urlopy pracownicze są odpowiednio planowane i wykorzystywane nie dopuszcza się do zaległości w ich wykorzystywaniu,
 - zostały ustalone zastępstwa pracowników w czasie ich nieobecności tak na poziomie administracyjnym jak i na poziomie podległych jednostek,
 - określono odpowiednie środki zaradcze w przypadku losowej nieobecności pracowników odpowiedzialnych za gospodarkę finansową jednostki.
3. Ważnym elementem utrzymania ciągłości działalności jednostki jest w szczególności ochrona systemów informatycznych, na których oparta jest praca całego Zakładu.
 4. W celu ochrony prawidłowej pracy urządzeń komputerowych systemu informatycznego zastosowano wielopoziomowe systemy wykonywania kopii zapasowych i przy serwerach zainstalowano urządzenia podtrzymujące napięcie (ups).

Dokumenty realizujące niniejszy standard:

- dokumentacja i zapisy ZSZ
- procedura kompetencje, świadomość i szkolenia
- karty stanowiskowe pracy
- Polityka bezpieczeństwa informacji
- instrukcja Zarządzanie systemem informatycznym
- identyfikacja, analiza oraz reakcja na ryzyko

§ 15

OCHRONA ZASOBÓW, SZCZEGÓŁOWE MECHANIZMY KONTROLI DOTYCZĄCE OPERACJI FINANSOWYCH I GOSPODARCZYCH, MECHANIZMY KONTROLI DOTYCZĄCE SYSTEMÓW INFORMATYCZNYCH

1. Ochrona zasobów

W SPMZOZ w Słupsku wdrożono mechanizmy i procedury gwarantujące ochronę zasobów majątkowych, finansowych i informatycznych, przetwarzanych i przechowywanych danych oraz informacji i dokumentów wynikających z ochrony danych osobowych. Dostęp do zasobów Zakładu mają wyłącznie upoważnione osoby.

Podstawowe mechanizmy ochrony zasobów SPMZOZ w Słupsku obejmują:

- nadzorowanie dostępu do budynków i jego pomieszczeń jest chronione monitoringiem,
- klucze do budynków posiadają osoby upoważnione,
- ograniczenie (dla uprawnionych osób) dostępu do określonych zasobów informatycznych na podstawie uprawnień, w tym kontrolowanie i rejestrowanie dostępu do IT i serwerowni. Dostęp do pomieszczeń, w których eksploatowane są systemy informatyczne chronią odpowiednio do wagi zagrożeń: zamykane drzwi, alarmy, szafy pancerne, ochrona mienia – monitoring,
- wejście do serwerowni chronią antywłamaniowe drzwi i system alarmowy przy wejściu.
- zainstalowanie w pomieszczeniach o szczególnym znaczeniu czujek ognia, dymu.
- przechowywanie dokumentów, kartotek papierowych w szafach zamykanych na klucz, na stanowiskach pracy,
- nadzorowanie przez wyznaczoną osobę przestrzegania zasad ochrony w celu zapewnienia danym bezpieczeństwa, zwanym ASI.
- Kadrze kierowniczej oraz pracownikom w ich zakresach obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności powierza się odpowiedzialność za zapewnienie ochrony i właściwe wykorzystanie powierzonych zasobów (finansowych, materialnych i informatycznych), zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i procedurami kontroli zarządczej,
- składniki majątku trwałego są zidentyfikowane, odpowiednio spisane i oznakowane w księgach rachunkowych i innych rejestrach,
- wprowadzono zgodnie z wymogami prawa pracy zasady powierzania i rozliczania odpowiedzialności materialnej za powierzone składniki majątku,
- wprowadzono i objęto szczególną ochroną zasoby informacyjne o znaczeniu krytycznym (tj. dokumentację medyczną, kadrową oraz związaną z operacjami finansowymi i gospodarczymi), których utrata może wpłynąć na realizację celów

Zakładu, poważnie utrudnić lub całkowicie sparaliżować jego funkcjonowanie lub spowodować odpowiedzialność cywilną i/lub karną osób odpowiedzialnych.

2. Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych

W SPMZOZ w Słupsku wprowadza się mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych, a w tym:

- rzetelne i pełne dokumentowanie i rejestrowanie operacji finansowych i gospodarczych,
- zatwierdzanie (autoryzacja) operacji finansowych przez dyrektora lub osoby przez niego upoważnione,
- podział obowiązków,
- weryfikacja operacji finansowych i gospodarczych przed i po realizacji.

3. Dokumentowanie operacji finansowych i gospodarczych

Wszystkie operacje finansowe i gospodarcze są rzetelnie dokumentowane, zgodnie z „Zasadami obiegu i kontroli dokumentów księgowych” w celu umożliwienia prześledzenia każdej operacji finansowej i gospodarczej lub sprawdzanie zdarzenia od samego początku, w trakcie jego trwania i po zakończeniu.

Transakcje i zdarzenia są właściwie klasyfikowane i bezzwłocznie rejestrowane. Klasyfikacja operacji finansowych i gospodarczych spełnia wymogi przepisów o rachunkowości i jest zgodna z „Polityką rachunkowości” w SPMZOZ .

W Zakładzie prowadzony jest rejestr umów, zamówień itp. dostęp do nich mają wyłącznie upoważnione osoby.

4. Zatwierdzanie (autoryzacja) operacji finansowych

Dyrektor lub upoważnieni przez niego pracownicy zatwierdzają wszelkie operacje finansowe i gospodarcze przed i po ich realizacji.

Operacje finansowe i gospodarcze przed zatwierdzeniem są szczegółowo analizowane co do celowości i zasadności poniesienia wydatku.

Zatwierdzaniu podlegają wszelkie wydatki przed ich dokonaniem oraz wszelkie zobowiązania przed ich zaciągnięciem,

Zatwierdzaniu podlega, także rozpoczęcie operacji mogącej skutkować zaciągnięciem zobowiązania lub dokonaniem wydatku np. wszczęcie postępowania o udzielenie zamówienia

publicznego, złożenie zamówienia u dostawcy, podpisanie umowy, polecenie wyjazdu służbowego.

Poszczególne czynności związane z realizacją operacji finansowych lub gospodarczych są wykonywane wyłącznie przez osoby do tego upoważnione; np. wypisywanie i pobieranie czeków, wypisywanie przelewów, uzgadnianie salda z bankiem i kontrahentami, pobieranie gotówki z banku, przyjmowanie gotówki od wpłacających, pobieranie czeków z banku, kontaktowanie się z oferentami, odbiór dostaw lub usług.

5. Podział obowiązków

Obowiązki dotyczące kontroli, i księgowania operacji finansowych i gospodarczych są przypisane do pracowników działu ekonomiczno-finansowego, z uwzględnieniem obowiązków i odpowiedzialności głównego księgowego Zakładu określonych w przepisach prawa.

Dowody księgowe podlegają zatwierdzeniu przez dyrektora lub przez osoby upoważnione i wskazane w „Zasadach obiegu i kontroli dokumentów księgowych”.

Dokumenty finansowo - księgowe podlegają kontroli i są podpisywane pod względem merytorycznym oraz formalno rachunkowym przez osoby upoważnione i wykazane w „Zasadach obiegu i kontroli dokumentów księgowych”.

Zasady ochrony ksiąg rachunkowych oraz dowodów księgowych określone zostały w „Polityce rachunkowości „ i „Polityce bezpieczeństwa informacji”.

6. Główny księgowy SPMZOZ w Słupsku

Główny księgowy jednostki sektora finansów publicznych jest pracownikiem odpowiedzialnym za prowadzenie rachunkowości Zakładu, wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi, dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym oraz dokonywanie wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych.

7. Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych

W SPMZOZ w Słupsku wprowadzono mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych. Składają się na nie mechanizmy kontroli dostępu do zasobów informatycznych, sprzętu, aplikacji, danych mające na celu ich ochronę przed nieautoryzowanymi zmianami, utratą lub ujawnieniem. Mechanizmy te opisane są w „Polityce bezpieczeństwa informacji” i „Instrukcji zarządzania systemem informatycznym”

służącym do przetwarzania danych osobowych. Wyznaczony jest administrator systemu informatycznego tzw. ASI.

Dokumenty realizujące niniejszy standard:

- Polityka rachunkowości
- Zasad gospodarowania środkami trwałymi,
- Zasad obiegu i kontroli dokumentów księgowych
- Instrukcja kancelaryjna
- Polityka bezpieczeństwa informacji
- Instrukcja Zarządzanie systemem informatycznym

§ 16

INFORMACJA I KOMUNIKACJA

Osoby zarządzające oraz pracownicy mają zapewniony dostęp do informacji niezbędnych do wykonania przez nich obowiązków. System komunikacji umożliwia przepływ potrzebnych informacji wewnątrz Zakładu oraz komunikację z podmiotami zewnętrznymi.

§ 17

BIEŻĄCA INFORMACJA. KOMUNIKACJA WEWNĘTRZNA I ZEWNĘTRZNA

1. W SPMZOZ funkcjonują efektywne mechanizmy przekazywania ważnych informacji w obrębie struktury organizacyjnej Zakładu, a także korespondencji między SPMZOZ a odbiorcami zewnętrznymi.
2. W Zakładzie zapewnia się wszystkim pracownikom dostęp do informacji niezbędnych do wykonywania przez nich obowiązków służbowych. Informacje te są rzetelne i efektywne przekazywane w odpowiednim czasie i formie. System komunikacji zapewnia przepływ informacji pomiędzy przełożonym a pracownikiem i odwrotnie.
3. System komunikacji umożliwia przepływ niezbędnych informacji wewnątrz Zakładu, zarówno w kierunku pionowym jak i poziomym w sposób efektywny, tj. właściwe zrozumienie informacji przez odbiorców (zakresy czynności, polecenia służbowe, spotkania robocze, rozmowy, korespondencja wewnętrzna, przesyłanie komunikatów za pomocą sieci informatycznych).
4. Bieżąca informacja, w zależności od rodzaju i wagi, jest przekazywana ustnie, drogą elektroniczną (e-mail, intranet) lub drogą służbową zgodnie z obowiązującymi

w Zakładzie zasadami określonymi w Instrukcji kancelaryjnej. W miarę potrzeb organizowane są narady i spotkania kierownictwa oraz funkcjonujących zespołów, itp.

5. Kierownicy komórek organizacyjnych, w ramach systemu obiegu informacji i komunikacji wewnętrznej, są zobowiązani do współpracy z Pełnomocnikiem ds. ZSZ w ramach opracowywania projektów regulacji wewnętrznych określających terminy i metody przekazywania wymaganych informacji i dokumentów w szczególności do:
 - bieżącego nadzoru nad jakością i terminowością wykonywania przez podległych pracowników przypisanych im zadań i poleceń służbowych w zakresie obiegu informacji i dokumentów oraz komunikacji wewnętrznej,
 - zapewnienia podległym pracownikom dostępu do informacji niezbędnej do wykonywania przez nich zadań,
 - osobistej kontroli otrzymywanych do realizacji z innych komórek organizacyjnych lub przekazywanych do realizacji innym komórkom organizacyjnym informacji i dokumentów pod kątem ich celowości, legalności, rzetelności i terminowości.
6. Wszyscy pracownicy zobowiązani są do terminowego i prawidłowego przetwarzania oraz przekazywania informacji i dokumentacji zgodnie z odpowiednimi procedurami w tym zakresie oraz dbania, aby informacje były:
 - aktualne (tj. umożliwiające podjęcie odpowiednich działań w określonym czasie), - rzetelne i kompletne (tj. zawierające wszystkie potrzebne dane i szczegóły, stosownie do oczekiwań odbiorcy),
 - odpowiednio przetworzone i pogrupowane,
 - zrozumiałe dla odbiorców informacji.
7. Pracownicy mają prawo i obowiązek bezzwłocznego informowania kadry kierowniczej o niekorzystnych zjawiskach, które mogą negatywnie wpłynąć na system obiegu informacji i dokumentów oraz komunikację wewnętrzną, a tym samym zakłócić realizację wyznaczonych zadań lub negatywnie wpłynąć na wizerunek Szpitala
8. W ramach komunikacji zewnętrznej informacje są przekazywane w formie pisemnej (papierowej) lub z wykorzystaniem sieci teleinformatycznej (poczta elektroniczna, fax, strona internetowa, BIP, itp.), a także ustnej np. rozmowa telefoniczna.
9. W przypadku informacji wymaganych odpowiednimi przepisami prawa (tj. sprawozdania statystyczne, finansowe, itp.) obowiązują zasady i terminy wskazane w tych przepisach lub przez odbiorców tych informacji.
10. Każde pismo przychodzące z zewnątrz trafia do sekretariatu Dyrektora, gdzie jest rejestrowane (może być skanowane), a następnie jest przekazywane (w wersji papierowej

lub elektronicznej), do właściwych merytorycznie komórek organizacyjnych lub bezpośrednio do właściwych pracowników.

11. Do udzielania informacji i kontaktowania się z mediami upoważniony jest Dyrektor lub osoba przez niego upoważniona.
12. Pozyskiwanie i wymiana informacji z podmiotami zewnętrznymi odbywa się poprzez przyjmowanie pacjentów, interesantów, rozpatrywanie skarg, korespondencję.
13. Skargi i wnioski wpływające do Sekretariatu, są dekretowane przez Dyrektora i przekazywane osobom merytorycznie odpowiedzialnym celem ich wyjaśnienia. Odpowiedzi na pisemne skargi i wnioski są podpisywane przez Dyrektora, po uprzednim zapoznaniu się z dokumentacją danej sprawy i ewentualnym zasięgnięciu opinii Radcy Prawnego pod względem formalno – prawnym. Obowiązuje „Instrukcja przyjmowania skarg i wniosków”.
14. Ustne skargi i wnioski (osobiste lub telefoniczne) są przyjmowane przez Dyrektora w wyznaczonych i odpowiednio zakomunikowanych dniach lub innych terminach indywidualnie uzgodnionych w sekretariacie Dyrektora.

§ 18

MONITOROWANIE SYSTEMU KONTROLI ZARZĄDCZEJ, SAMOOCENA

1. Dyrektor oraz kierownicy zobowiązani są do bieżącego monitorowania skuteczności poszczególnych elementów kontroli zarządczej.
2. Źródłami informacji niezbędnej do monitorowania systemu kontroli zarządczej są m.in.:
 - dane ze sprawozdań, raportów, itp.,
 - wyniki stosowania wdrożonych procedur lub mechanizmów kontroli np. inwentaryzacji, audytów,
 - narady kierownictwa, zespołów merytorycznych itd.,
 - wyniki audytów wewnętrznych i kontroli zewnętrznych,
 - stwierdzone przypadki problemów lub nieprawidłowości w bieżącej działalności,
 - wnoszone skargi i wnioski.
3. Ocena systemu kontroli zarządczej dokonywana jest przede wszystkim przez:
 - samoocenę,
 - nadzór,
 - kontrole wewnętrzne i zewnętrzne

4. Kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy wchodzący w skład kierownictwa, zgodnie z przyznanymi uprawnieniami, mają dostęp do danych i dokumentów zawierających informacje o słabych punktach systemu kontroli zarządczej, przypadkach naruszenia obowiązujących zasad lub procedur itp.
5. **Pracownicy na samodzielnych stanowiskach i pracownicy administracji** są zobowiązani do samooceny w ramach kontroli zarządczej zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszego regulaminu i przekazania kierownikowi komórki **do 30 grudnia każdego roku**.
6. **Kierownicy komórek organizacyjnych**, pracownicy pracujący na samodzielnych stanowiskach i pracownicy administracji zobowiązani są do samooceny w ramach kontroli zarządczej zgodnie z załącznikiem nr 2, do **05 stycznia każdego roku** i przekazania koordynatorowi kontroli zarządczej.
7. **Koordynator** przedstawia sprawozdanie z samooceny kontroli zarządczej dyrektorowi SPMZOZ w Słupsku do **31 stycznia każdego roku**.
8. **Koordynator do końca lutego każdego roku** sporządza i przedkłada dyrektorowi informację o sposobie funkcjonowania kontroli.
9. Opinie winny rzetelnie oceniać obszary działalności Zakładu, a pracownicy nie będą ponosić żadnych negatywnych konsekwencji związanych z przedstawioną przez nich opinią.
10. **Dyrektor** odpowiedzialny jest za dokonywanie oceny funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Zakładzie.
11. **Koordynator** przygotowuje i przedstawi dyrektorowi do podpisu ocenę z funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w formie oświadczenia wg. wzoru opublikowanego przez Ministra Finansów do **30 marca każdego roku**.
12. Źródłem uzyskania zapewnienia o stanie kontroli zarządczej przez dyrektora powinny być w szczególności wyniki: monitorowania, samooceny oraz przeprowadzonych kontroli.
13. **Koordynator** przekazuje dyrektorowi do **30 marca każdego roku** informację zbiorczą w postaci sprawozdania z funkcjonowania kontroli zarządczej w SPMZOZ w Słupsku.
14. Organy kontroli zewnętrznej przeprowadzają kontrole według odrębnych przepisów.

Dokumenty realizujące niniejszy standard:

- dokumentacja Systemu Zarządzania Jakością w zakresie auditów wewnętrznych,
- monitorowanie procesów,

- przegląd zarządzania.

§ 19

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Zobowiązuje się kierowników, pracowników zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach oraz pozostałych pracowników odpowiedzialnych za poszczególne zadania i procesy, do monitorowania skuteczności kontroli zarządczej i jej poszczególnych elementów, w ramach wykonywania bieżących obowiązków. Zidentyfikowane problemy winny być na bieżąco rozwiązywane.
2. Kierownicy i pracownicy merytoryczni ponoszą odpowiedzialność za zespół procesów, których celem jest nadzorowanie i kontrolowanie podlegających im zadań, operacji w sposób dający rozsądne zapewnienie, że:
 - działania podległych pracowników pozostają w zgodzie z przepisami prawa oraz procedurami przyjętymi w Zakładzie,
 - zasoby są używane oszczędnie i w sposób przynoszący pożytek, a jakości usług nadano odpowiednią rangę,
 - plany, programy, zamierzenia i cele są osiąganе,
 - dane i informacje publikowane lub udostępniane wewnątrz i na zewnątrz są dokładne, wiarygodne i aktualne,
 - zasoby organizacji (włączając w to pracowników, systemy oraz informacje) są dostatecznie zabezpieczone i nadzorowane,
 - ryzyka związane z realizacją zadań są na bieżąco identyfikowane i monitorowane celem ciągłego udoskonalania procesów.

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Kwestionariusz samooceny pracowników na samodzielnych stanowiskach, przełożonych i pracowników administracji.

Załącznik nr 2 - Kwestionariusz samooceny kierowników komórek organizacyjnych

