

PROCEDURA KONTROLI ZARZĄDCZEJ W POWIATOWEJ STACJI SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNEJ W TOMASZOWIE LUBELSKIM

I. Postanowienia ogólne

§ 1. 1. Celem niniejszej procedury jest zapewnienie sprawowania kontroli zarządczej w Powiatowej Stacji Sanitarnej – Epidemiologicznej w Tomaszowie Lub.

2. Procedurę oparto na:

1) art. 68- 69 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.)

2) Komunikacie Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF Nr15, poz.84).

§ 2. Stosowane skróty:

1) „jednostka” – PSSE w Tomaszowie Lub.

2) „kierownicy komórek organizacyjnych” – kierownicy wyodrębnionych w strukturze organizacyjnej komórek oraz osoby zatrudnione na samodzielnych stanowiskach pracy, a także osoby wyznaczone do wykonania szczegółowych zadań w ramach powierzonych funkcji lub kierowania zespołami zadaniowymi,

3) kierownik jednostki – Dyrektor jednostki,

4) System zarządzania – obejmuje systemy:

a) system zarządzania według normy PN-EN ISO/IEC 17020 „Ogólne kryteria działania różnych rodzajów jednostek inspekcyjnych”,

§ 3. 1. Kontrola zarządcza stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.

2. Celem kontroli zarządczej jest zapewnienie realizacji celów ,a w szczególności:

- 1) zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi
- 2) skuteczności i efektywności działania
- 3) wiarygodności sprawozdań
- 4) ochrony zasobów
- 5) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania
- 6) efektywności i skuteczności przepływu informacji
- 7) zarządzania ryzykiem.

§ 4. 1. Kontrola zarządcza jest zintegrowana z procesem zarządzania i zapewnia wykonanie misji jednostki. Zasady i formy sprawowania tej kontroli wynikają z przepisów prawa i procedur wewnętrznych oraz akceptowanej praktyki.

2. Kontrola zarządcza obejmuje także kontrolę dokonywanych operacji gospodarczych i finansowych, w tym również kontroli procesów związanych z gromadzeniem i rozdysponowaniem środków publicznych oraz gospodarowania mieniem, w oparciu o następujące kryteria:

1) kryterium legalności - polegające na badaniu działalności zgodnie z obowiązującymi przepisami, procedurami wewnętrznymi i obowiązującą praktyką,

2) kryterium rzetelności polegające na ocenie działań jednostki w aspekcie zgodności ze statutem, regulaminem organizacyjnym, procedurami i zadaniami przyjętymi do realizacji, ocenie kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,

3) kryterium celowości obejmujące ocenę czy wydatek będący skutkiem operacji dotyczy ustalonego celu lub zadania oraz jest niezbędny do jego realizacji, jakie są relacje wydatku do spodziewanych efektów, w szczególności czy dany cel lub zadanie nie może być zrealizowane mniejszym nakładem środków,

4) kryterium gospodarności obejmujące ocenę dokonywania wydatków w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów, zawierania umów, których przedmiotem są usługi, dostawy lub roboty budowlane na zasadach określonych w przepisach o zamówieniach publicznych o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej.

§ 5. Za sprawowanie kontroli zarządczej odpowiada kierownik jednostki.

§ 6. Za najistotniejszy element kontroli zarządczej należy uznać system wyznaczania celów i zadań dla jednostki, a także system monitorowania realizacji wyznaczonych celów i zadań.

II. Środowisko wewnętrzne

§ 7. 1. Właściwe środowisko wewnętrzne w sposób zasadniczy wpływa na jakość kontroli zarządczej, dlatego kierownik jednostki oraz kierownicy komórek organizacyjnych zobowiązani są do jego kształtowania, mając na względzie zapewnienie warunków do wypełniania misji jednostki.

§ 8. 1. Osoby zarządzające i pracownicy powinni być świadomi **wartości etycznych** przyjętych w jednostce i przestrzegać ich przy wykonywaniu powierzonych zadań.

2. Osoby zarządzające powinny wspierać i promować przestrzeganie wartości etycznych dając dobry przykład codziennym postępowaniem i podejmowanymi decyzjami.

3. Przestrzeganie wartości etycznych zapewniane jest poprzez stosowanie aktów prawnych, regulujących następujące zagadnienia:

1) przepisy postępowania administracyjnego gwarantujące bezstronność pracowników organów administracji,

2) przepisy antykorupcyjne dotyczące pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej,

3) przepisy karne,

4) kodeksy etyczne itp. poszczególnych zawodów, np. lekarzy, pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych, radców prawnych,

4. Przestrzeganie wartości etycznych zapewniane jest poprzez stosowanie wewnętrznych regulacji i dokumentów normujących następujące zagadnienia:

1) zapisy Systemu zarządzania normujące bezstronność, niezależność, rzetelność, poufność działań,

2) zarządzenia antykorupcyjne.

§ 9. 1. Osoby zarządzające i pracownicy posiadają wiedzę, umiejętności i doświadczenie pozwalające skutecznie i efektywnie wypełniać powierzone zadania. Proces zatrudnienia powinien być prowadzony w sposób zapewniający wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy. Zapewnia się rozwój kompetencji zawodowych pracowników jednostki i osób zarządzających.

2. Kompetencje zawodowe zapewniane są poprzez stosowanie aktów prawnych regulujących następujące zagadnienia:

1) postanowienia Kodeksu pracy regulujące obowiązki pracowników, stałego podnoszenia kwalifikacji oraz zasady organizacji tej działalności,

2) wymagania kwalifikacyjne na poszczególne stanowiska.

3. Kompetencje zawodowe zapewniane są poprzez stosowanie wewnętrznych regulacji i dokumentów normujących następujące zagadnienia:

1) dokumentację Systemu zarządzania w sprawie szkoleń pracowników.

§ 10. 1. Struktura organizacyjna jednostki jest dostosowana do aktualnych celów i zadań. Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności jednostek, poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakres podległości pracowników jest określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny. Aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności jest określony dla każdego pracownika.

2. Struktura organizacyjna jednostki określona jest w następujących regulacjach:

- 1) statut jednostki,
- 2) regulamin organizacyjny jednostki,
- 3) zarządzenia określające szczególne funkcje, w tym funkcje w ramach Systemu zarządzania.

§ 11. 1. Należy precyzyjnie określić zakres uprawnień delegowanych poszczególnym osobom zarządzającym lub pracownikom. **Zakres delegowanych uprawnień** powinien być odpowiedni do wagi podejmowanych decyzji, stopnia ich skomplikowania i ryzyka z nimi związanego. Zaleca się delegowanie uprawnień do podejmowania decyzji, zwłaszcza tych o bieżącym charakterze. Przyjęcie delegowanych uprawnień powinno być potwierdzone podpisem.

2. Delegowanie uprawnień realizowane jest poprzez następujące regulacje i dokumenty:

- 1) regulamin organizacyjny - wskazanie zadań poszczególnych komórek organizacyjnych,
- 2) indywidualne zakresy obowiązków - określenie zadań poszczególnych pracowników,
- 3) zarządzenia powołujące zespoły zadaniowe i wskazujące pracowników do wykonywania funkcji w jednostce, np. w zakresie funkcji w Systemie zarządzania,
- 4) upoważnienia do wykonywania obowiązków w zastępstwie kierownika jednostki,
- 5) upoważnienia do wykonywania czynności organu administracji, w tym czynności kontrolnych, wydawania aktów administracyjnych, nakładania grzywien w drodze mandatu karnego,
- 6) doraźne polecenia.

III. Cele i zarządzanie ryzykiem.

§ 12. 1. Misją organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest działanie polegające na **dążeniu do osiągnięcia pożądanych norm zdrowotnych poprzez podjęcie czynności umożliwiających zachowanie lub przywracanie bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi, a także mające na celu identyfikację i oszacowanie skali zagrożeń, inicjowanie i organizowanie skoordynowanego nadzoru i kontroli służących zapobieganiu wszelkim zagrożeniom fizycznym, chemicznym i biologicznym, zachowaniu i umacnianiu zdrowia publicznego oraz kształtowaniu w tym zakresie odpowiednich postaw i zachowań.**

2. Zadania jednostki zostały sformułowane w statucie jednostki, wynikają także z

obowiązujących przepisów prawa oraz zaleceń jednostek i organów nadrzędnych.

§ 13. 1. Szczegółowe cele i zadania jednostki wynikają z dokumentów o charakterze planistycznym, w tym:

1) planu pracy działalności kontrolnej,

2) planu pobierania próbek w działalności laboratoryjnej;

3) szczegółowych planów poszczególnych działań, np. Systemu zarządzania, planu finansowego.

2. Szczegółowe cele i zadania jednostki wynikają także z bieżących poleceń jednostek nadrzędnych oraz bieżących ustaleń z czynności kontrolnych, interwencji oraz analizy sytuacji zdrowotnej miasta i powiatu

3. Określenie szczegółowych celów i zadań następuje według metod przyjętych dla działań określonych w ust. 1.

4. Kierownicy komórek organizacyjnych zapewniają przeprowadzenie bieżącej oceny realizacji celów i zadań. Kryteria oceny obejmują w szczególności: zgodność z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi, terminowość, efektywność, skuteczność i oszczędność.

1) sporządzanie sprawozdań statystycznych w oparciu o program statystyki publicznej,

§ 14. Monitorowanie i ocena wykonania poszczególnych celów i zadań prowadzone są poprzez następujące działania i dokumenty oparte na systemie mierników:

1) sprawozdanie z wykonania planu pracy,

2) sprawozdanie z wykonania planu pobierania próbek,

3) informacje o stanie sanitarno-epidemiologicznym

4) przeglądy zarządzania w ramach Systemu zarządzania,

5) inne sprawozdania i zestawienia na polecenie jednostek nadrzędnych.

§ 15. 1. Kierownicy komórek organizacyjnych zapewniają w odniesieniu do ustalonych celów i zadań systematyczną identyfikację ryzyk, ich ocenę oraz reakcję na nie (zarządzanie ryzykiem).

2. Kierownicy komórek organizacyjnych na bieżąco informują kierownika jednostki o wynikach realizacji celów i zadań oraz istotnych ryzykach, a także przedstawiają propozycje działań wymagających decyzji kierownika jednostki.

3. Kierownicy komórek organizacyjnych odpowiadają za wykonanie decyzji określonych w ust. 2 oraz oceniają skuteczność podejmowanych w tym zakresie działań, informując o tym kierownika jednostki.

§ 16. 1. Nie rzadziej niż raz w roku należy dokonać identyfikacji ryzyka w odniesieniu do

celów i zadań. Identyfikacja ryzyka winna być powiązana z określeniem szczegółowych celów i zadań.

2. W przypadku istotnej zmiany warunków, w których funkcjonuje jednostka należy dokonać ponownej identyfikacji ryzyka.

3. Sposób oceny ryzyka określa stosowna instrukcja (INSTRUKCJA ZARZĄDZANIA RYZYKIEM w POWIATOWEJ STACJI SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNEJ w TOMASZOWIE LUB.)

4. Zidentyfikowane ryzyka należy poddać analizie mającej na celu określenie prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka i możliwych jego skutków. Należy określić akceptowany poziom ryzyka.

5. W stosunku do każdego istotnego ryzyka powinno się określić rodzaj reakcji (tolerowanie, przeniesienie, wycofanie się, działanie). Należy określić działania, które należy podjąć w celu zmniejszenia danego ryzyka do akceptowanego poziomu.

6. Za działania dotyczące analizy i zarządzania ryzykiem określone w ust. 1-5 odpowiadają kierownicy komórek organizacyjnych. (Deklaracja dotycząca zarządzania ryzykiem)

IV. Mechanizmy kontroli

§ 17. 1. W ramach kontroli zarządczej stosuje się odpowiednie mechanizmy kontroli.

2. Mechanizmy kontroli stanowią odpowiedź na zidentyfikowane ryzyka oraz służą bieżącej analizie funkcjonowania jednostki.

3. Koszty wdrożenia i stosowania mechanizmów kontroli nie powinny być wyższe niż uzyskane dzięki nim korzyści.

4. Kierownik jednostki lub osoby przez niego delegowane zapewniają kontrolę działalności jednostki.

5. Kierownicy komórek organizacyjnych zapewniają kontrolę działalności objętą ich zadaniami.

6. Procedury wewnętrzne, instrukcje, wytyczne, dokumenty określające zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników i inne dokumenty wewnętrzne stanowią dokumentację systemu kontroli zarządczej. Dokumentacja powinna być spójna i dostępna dla wszystkich osób, dla których jest niezbędna.

7. Obok mechanizmów kontroli sprawuje się także czynności o charakterze nadzoru nad wykonywaniem zadań jednostki.

8. Wśród stosowanych form wymienić można :

1) wewnętrzną kontrolę finansową,

2) audyty zewnętrzne i wewnętrzne w ramach Systemu zarządzania,

- 3) kontrolę formalnoprawną wydawanych aktów administracyjnych i umów,
- 4) rozpatrywanie skarg i wniosków,
- 5) bieżący nadzór kierowników komórek organizacyjnych nad pracownikami (**kontrola funkcjonalna**).

§ 18. 1. Zapewnia się mechanizmy służące utrzymaniu ciągłości działalności jednostki sektora finansów publicznych wykorzystując, między innymi, wyniki analizy ryzyka.

2. Za zapewnienie ciągłości działania odpowiadają kierownicy komórek organizacyjnych.

§ 19. 1. Należy zadbać, aby dostęp do zasobów jednostki miały wyłącznie upoważnione osoby.

2. Osobom zarządzającym i pracownikom należy powierzyć odpowiedzialność za zapewnienie ochrony i właściwe wykorzystanie zasobów jednostki.

3. Zasoby obejmują zarówno dobra materialne jak i wartości o charakterze niematerialnym.

4. W ramach regulacji dotyczących ochrony zasobów można wskazać między innymi:

- 1) ochronę informacji niejawnych,
- 2) ochronę danych osobowych,
- 3) ochronę danych medycznych,
- 4) ochronę, zabezpieczenie i monitoring obiektów jednostki,
- 5) zasady wyodrębnienia stref o ograniczonym ruchu osób
- 6) określenie norm i współczynników zużycia paliw i materiałów oraz rozliczalność,
- 7) określenie sposobu i trybu gospodarowania składnikami majątku ruchomego,
- 8) ewidencjonowanie i rozliczanie składników majątku jednostki powierzanych do wykonywania zadań pracownikom
- 9) ochronę danych klientów.

§ 20. Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych:

- 1) rzetelne i pełne dokumentowanie i rejestrowanie operacji finansowych i gospodarczych,
- 2) weryfikacja zamówień przez personel nadzorujący komórki merytoryczne pod względem celowości, gospodarności, osobę odpowiedzialną za zamówienia publiczne, weryfikacja zgodności z planem finansowym przez głównego księgowego przed złożeniem dokumentu do kierownika jednostki lub osoby upoważnionej,
- 3) dokonywanie przez głównego księgowego lub osobę upoważnioną wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym przed zaciągnięciem przez jednostkę zobowiązania ,

- 4) dokonywanie przez upoważnione osoby Działu Ekonomicznego kontroli merytorycznej dowodów księgowych, polegającej na sprawdzeniu celowości, gospodarności, rzetelności i legalności operacji gospodarczych, polegającej w szczególności na sprawdzeniu:
- a) czy dana operacja była celowa z punktu widzenia gospodarczego,
 - b) czy operacja została opisana na odwrocie dokumentu i czy dostawa bądź wykonanie usługi zostało potwierdzone przez osobę zamawiającą, potwierdzone przyjęcie na magazyn,
 - c) czy operacja gospodarcza jest zgodna z obowiązującymi przepisami prawa, w tym zgodności z ustawą Prawo Zamówień Publicznych (dokument opatrzony klauzulą o potwierdzeniu dokonania operacji gospodarczej zgodnie z w/w ustawą),
 - d) czy dokument wystawiony został przez właściwy podmiot,
 - e) czy dane zawarte w dokumencie odpowiadają rzeczywistości, czy dane dotyczące wykonania rzeczowego faktycznie zostały wykonane, czy zostały wykonane w sposób rzetelny i zgodnie z obowiązującymi normami,
 - f) czy na wykonanie operacji gospodarczej została zawarta umowa, względnie czy złożono zamówienie zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie udzielania zamówień publicznych,
 - g) czy zastosowane ceny i stawki są zgodne z zawartymi umowami lub innymi przepisami obowiązującymi w tym zakresie,
 - h) czy operacji gospodarczej dokonały osoby do tego upoważnione,
 - i) czy operacja gospodarcza znajduje potwierdzenie w założeniach planu finansowego, -kontrolujący w dowód dokonania kontroli merytorycznej zamieszcza na odwrocie dokumentu pieczętkę stwierdzającą dokonanie kontroli, datę dokonania kontroli oraz podpis.
- 5) dokonanie kontroli formalno – rachunkowej dokumentów dotyczących operacji gospodarczych przez upoważnionych pracowników Oddziału Ekonomicznego i Administracyjnego, polegającej w szczególności na sprawdzeniu, czy dokument odpowiada wymogom co do formy i czy zawiera:
- określenie rodzaju dowodu,
 - nr identyfikacyjny,
 - określenie stron (nazwy, adresy) dokonujących operacji,
 - opis operacji oraz jej wartość ,
 - datę dokonania operacji, a gdy dowód został sporządzony pod inną datą, także datę sporządzenia dowodu,

- czy nie zawiera błędów arytmetycznych,

- klauzulę o dokonaniu kontroli merytorycznej oraz czy wynik dokonania kontroli merytorycznej umożliwia prawidłowe ujęcie zdarzenia gospodarczego w księgach rachunkowych;

kontrolujący w dowód dokonania kontroli formalno-rachunkowej zamieszcza na odwrocie dokumentu pieczętkę stwierdzającą dokonanie kontroli, datę dokonania kontroli oraz podpis.

6) dokonanie kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych przez głównego księgowego lub osobę upoważnioną;

przyjęcie przez głównego księgowego dyspozycji do realizacji i złożenie podpisu na dokumencie oznacza, że nie zgłasza zastrzeżeń do przedstawionej przez właściwych rzeczowo pracowników oceny prawidłowości merytorycznej tej operacji i jej zgodności z prawem, nie zgłasza zastrzeżeń do kompletności oraz formalno – rachunkowej rzetelności i prawidłowości dokumentów dotyczących tej operacji, zobowiązania wynikające z operacji mieszczą się w planie finansowym jednostki;

W razie ujawnienia nieprawidłowości główny księgowy lub osoba upoważniona zwraca dokument właściwemu rzeczowo pracownikowi, a w razie nieusunięcia nieprawidłowości odmawia jego podpisania; w celu realizacji swoich zadań główny księgowy ma prawo żądać od kierowników innych komórek organizacyjnych jednostki udzielenia w formie ustnej lub pisemnej niezbędnych informacji i wyjaśnień, jak również udostępnienia do wglądu dokumentów i wyliczeń będących źródłem tych informacji i wyjaśnień, wnioskować do kierownika jednostki o określenie trybu, zgodnie z którym mają być wykonywane przez inne komórki organizacyjne jednostki prace niezbędne do zapewnienia prawidłowości gospodarki finansowej oraz ewidencji księgowej, kalkulacji kosztów oraz sprawozdawczości finansowej,

7) **zatwierdzanie operacji finansowych przez kierownika jednostki lub osoby przez niego upoważnione;** polecenie do zapłaty i złożenie podpisu przez kierownika jednostki lub osobę przez niego upoważnioną na dokumencie oznacza, że nie zgłasza zastrzeżeń do dokumentu, w którym dana operacja została ujęta, a zatwierdzenie do zapłaty oznacza, że spełniony został wymóg wstępnej oceny celowości, legalności i gospodarności wydatku budżetowego; dokumenty stają się w tym momencie dowodami księgowymi i są podstawą ewidencji operacji i zdarzeń gospodarczych,

8) rozdzielenie funkcji wykonawczej od funkcji decyzyjnej.

§ 21. Zapewnia się mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych, służące

bezpieczeństwu systemów informatycznych oraz bezpieczeństwu danych w tych systemach, w ramach których monitorowane jest między innymi:

- 1) korzystanie z systemów informatycznych zgodnie z przeznaczeniem,
- 2) legalność i poprawność działania aplikacji,
- 3) bieżące czynności konserwacyjne,
- 4) ciągłość działania systemów informatycznych,
- 5) bezpieczeństwo zasobów informatycznych.

V. Informacja i komunikacja

§ 22. Osoby zarządzające oraz pracownicy powinni mieć zapewniony dostęp do informacji niezbędnych do wykonywania przez nich obowiązków. **System komunikacji powinien umożliwiać przepływ potrzebnych informacji wewnątrz jednostki, zarówno w kierunku pionowym jak i poziomym.** Efektywny system komunikacji powinien zapewnić nie tylko przepływ informacji, ale także ich właściwe zrozumienie przez odbiorców.

§ 23. 1. Osobom zarządzającym i pracownikom należy zapewnić, w odpowiedniej formie i czasie, właściwe oraz rzetelne informacje potrzebne do realizacji zadań – w ramach hierarchii określonej w strukturze organizacyjnej.

2. Przekazywanie bieżących informacji odbywa się w szczególności poprzez przekazywanie do wiadomości wszelkich zarządzeń i procedur wewnętrznych, organizowaniu narad, konsultacji i szkoleń.

§ 24. 1. Zasady komunikacji wewnętrznej regulowane są między innymi poprzez procedury Systemu zarządzania oraz wskazanie zadań poszczególnych komórek organizacyjnych w regulaminie organizacyjnym.

2. W tym zakresie stosowany jest system obiegu dokumentów oraz system komunikowania wewnętrznego realizowany w szczególności przez następujące działania:

- spotkania personelu kierowniczego,
- przekazywanie informacji ze szkoleń i narad w sposób kaskadowy,
- organizację szkoleń wewnętrznych i narad,
- przesyłanie informacji wewnętrzną pocztą elektroniczną
- utrzymywanie strony internetowej jednostki,
- korzystanie z tablic informacyjnych.

§ 25. 1. Zapewnia się efektywny system wymiany ważnych informacji z podmiotami zewnętrznymi mającymi wpływ na osiągnięcie celów i realizację zadań.

2. Zasady prowadzenia korespondencji określa w szczególności instrukcja kancelaryjna.
3. Bieżąca komunikacja zewnętrzna zapewniona jest w szczególności przez Kierownika jednostki.

VI. Monitorowanie i ocena systemu kontroli zarządczej

§ 26. Należy monitorować skuteczność poszczególnych elementów systemu kontroli zarządczej, co umożliwi bieżące rozwiązywanie zidentyfikowanych problemów.

§ 27. 1. Przeprowadza się co najmniej raz w roku samoocenę systemu kontroli zarządczej przez osoby zarządzające i pracowników jednostki. Samoocena powinna być ujęta w ramy procesu odrębnego od bieżącej działalności i udokumentowana.

2. Formy samooceny określa odrębna instrukcja.

§ 28. W przypadkach i na warunkach określonych w przepisach o finansach publicznych może być ustanowiony audytor wewnętrzny, który prowadzi obiektywną i niezależną ocenę kontroli zarządczej.

§ 29. 1. Źródłem uzyskania zapewnienia o stanie kontroli zarządczej przez kierownika jednostki powinny być w szczególności wyniki: monitorowania, samooceny oraz przeprowadzonych auditów i kontroli funkcjonalnej.

2. Kierownik jednostki sporządza coroczne potwierdzenie uzyskania powyższego zapewnienia w formie oświadczenia o stanie kontroli zarządczej za poprzedni rok.

Coroczna deklaracja dotycząca zarządzania ryzykiem:

Deklaracja złożona przez

odpowiedzialnego/ą za:

(obszar odpowiedzialności)

Zgadzam się, iż pełniona przeze mnie funkcja zobowiązuje mnie do podpisania niniejszej deklaracji. Podpisując mniejszą deklarację, uznaję, iż:

- 1) wraz ze swoimi pracownikami przestrzegamy polityki stacji dotyczącej zarządzania ryzykiem, w zakresie, w jakim ma ona wpływ na pełnione przeze mnie obowiązki;
- 2) prowadzę i dokonuję przeglądu właściwych rejestrów ryzyka i monitoruję podjęcie odpowiednich działań w celu zarządzania najważniejszymi rodzajami ryzyk, które mi przypisano;
- 3) niezwłocznie podejmuję działania w celu wdrożenia uzgodnionych zaleceń audytu wewnętrznego
- 4) moi pracownicy są aktywnie zachęceni do identyfikacji i zarządzania ryzykiem;
- 5) moi pracownicy są aktywnie zachęceni do informowania osób kierujących o nowym ryzyku oraz/lub istotnych kwestiach.

Data.....

Podpis

**INSTRUKCJA
SAMOOCENY KONTROLI ZARZĄDCZEJ
W POWIATOWEJ STACJI SANITARNO- EPIDEMIOLOGICZNEJ W TOMASZOWIE
LUB.**

§ 1. 1. Niniejsza instrukcja określa tryb i sposób dokumentowania samooceny systemu kontroli zarządczej w Powiatowej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Tomaszowie Lub.

2. Niniejsza instrukcja jest dokumentem powiązany m treścią i definicjami z Procedurą kontroli zarządczej w Powiatowej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Tomaszowie Lub.

§ 2. Na koniec każdego roku kalendarzowego kierownicy komórek organizacyjnych składają do kierownika jednostki wypełniony kwestionariusz samooceny kontroli zarządczej obejmujący działalność jednostki w zakresie powierzonych im zadań.

§ 3. Przy wypełnianiu kwestionariusza samooceny należy brać pod uwagę treść Procedury kontroli zarządczej oraz przepisy i standardy określające wymagania wobec systemu kontroli zarządczej, w szczególności te przywołane w Procedurze.

§ 4. Kierownik jednostki dokonuje analizy sporządzonych ocen cząstkowych i na tej podstawie podejmuje lub inicjuje działania zmierzające do poprawy systemu kontroli zarządczej.

§ 5. 1. Kwestionariusz obejmuje elementy kontroli zarządczej.

2. Osoba wypełniająca kwestionariusz wskazuje, czy dany element funkcjonuje:

- **prawidłowo** - wpisując parametr **3**,

- **w zasadzie prawidłowo, ale wymaga korekt** – wpisując parametr **2**,

- **nieprawidłowo lub w ogóle nie funkcjonuje** – wpisując parametr **1**.

3. Przy wskazaniu parametru **1** lub **2** należy opisać swoje zastrzeżenia oraz środki zaradcze, w tym doraźne działania korekcyjne oraz działania zapobiegawcze przyszłym naruszeniom.

Kwestionariusz samooceny systemu kontroli zarządczej w działaniu komórki organizacyjnej:

....., miejsce, dnia

sporządził (imię i nazwisko, stanowisko):

Element systemu kontroli zarządczej	Ocena funkcjonowania (3- poprawnie 2- do poprawy 1 – źle lub wcale)	Opis sytuacji, działania korekcyjne i zapobiegawcze (tylko przy ocenie 1 lub 2)
A. Środowisko wewnętrzne		
1.Przestrzeganie wartości etycznych		
2.Kompetencje zawodowe		
3.Struktura organizacyjna		
4.Delegowanie uprawnień		
B. Cele i zarządzanie ryzykiem		
5.Misja		
6.Określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji		
7.Identyfikacja ryzyka		
8.Analiza ryzyka		
9.Reakcja na ryzyko		
C. Mechanizmy kontroli		
10.Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej		
11.Nadzór		
12.Ciągłość działalności		
13.Ochrona zasobów		
14.Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych		
15.Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych		
D. Informacja i komunikacja		
16.Bieżąca informacja		
17.Komunikacja wewnętrzna		
18.Komunikacja zewnętrzna		
E. Monitorowanie i ocena		
19.Monitorowanie systemu kontroli zarządczej		
20.Samoocena		

INSTRUKCJA
ZARZĄDZANIA RYZYKIEM
W POWIATOWEJ STACJI SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNEJ
W TOMASZOWIE LUBELSKIM

§ 1. 1. Ustala się tryb i metody zarządzania ryzykiem w Powiatowej Stacji Sanitarnej – Epidemiologicznej w Tomaszowie Lub.

2. Niniejsza instrukcja jest dokumentem powiązany treścią i definicjami z Procedurą kontroli zarządczej w Tomaszowie Lub.

§ 2. Zarządzanie ryzykiem obejmuje:

- 1) identyfikację ryzyka dla poszczególnych zadań,
- 2) analizę ryzyka - mającą na celu określenie prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka i możliwych jego skutków, należy także określić akceptowany poziom ryzyka,
- 4) reakcję na ryzyko – czynności mające na celu zmniejszenie danego ryzyka do akceptowanego poziomu: tolerowanie, przeniesienie, wycofanie się, działania.

§ 3. Przez „ryzyko” należy rozumieć możliwość zaistnienia zdarzenia, które będzie miało niekorzystny wpływ na realizację ustalonych celów i zadań. Ryzyko jest mierzone wpływem (wielkością skutków) zagrożenia oraz prawdopodobieństwem jego wystąpienia.

§ 4. 1. Za zarządzanie ryzykiem odpowiadają w zakresie powierzonych zadań kierownicy komórek organizacyjnych.

2. Kierownik jednostki koordynuje zarządzanie ryzykiem w jednostce.

§ 5. 1. Na etapie identyfikacji ryzyka należy skatalogować ryzyka odrębnie dla danej komórki organizacyjnej i jej poszczególnych celów, z wyodrębnieniem poszczególnych kategorii ryzyk.

2. Kategorie ryzyk wyróżnia się według zagrożeń:

- 1) środowiskowych -ze strony elementów środowiska,
- 2) zewnętrznych – wywołane nie pożądanymi działaniami osób spoza jednostki,
- 3) wewnętrznych - wywołane nie pożądanymi działaniami osób zatrudnionych w jednostce,
- 4) finansowych,
- 5) prawnych – wywołanych zmianami prawnymi.

3. Identyfikacji dokonuje się poprzez rejestrację w arkuszach zarządzania ryzykiem według załączonego wzoru.

§ 6. Każde ryzyko opisuje się w arkuszu zarządzania ryzykiem wskazując **wpływ danego zagrożenia** wartością liczbową w oparciu o poniższe kryteria:

Wartość	Wpływ
3	<p>Wysoki</p> <p>- Zdarzenie objęte ryzykiem powoduje uszczerbek mający krytyczny lub bardzo duży wpływ na realizację kluczowych celów i zadań - poważny uszczerbek w zakresie jakości wykonywanych zadań, poważna strata finansowa albo na reputacji. Z wystąpieniem zdarzenia objętego ryzykiem wiąże się długotrwały i trudny proces przywracania stanu poprzedniego.</p>
2	<p>Średni</p> <p>-Zdarzenie objęte ryzykiem powoduje znaczącą stratę posiadanych zasobów, ma negatywny wpływ na efektywność działania, jakość wykonywanych zadań, reputację jednostki.</p> <p>Z wystąpieniem zdarzenia objętego ryzykiem może się wiązać trudny proces przywracania stanu poprzedniego.</p>
1	<p>Niski</p> <p>-Zdarzenie objęte ryzykiem powoduje niewielką stratę finansową, zakłócenie lub opóźnienie w wykonywaniu zadań. Nie wpływa na reputację jednostki.</p> <p>Skutki zdarzenia można łatwo usunąć.</p>

§ 7. Każde ryzyko opisuje się liczbowo w arkuszu zarządzania ryzykiem przedstawiając **prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia** w oparciu o poniższe kryteria:

Wartość	Prawdopodobieństwo
3	<p>Wysokie</p> <p>- Istnieją uzasadnione powody by sądzić, że prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia objętego ryzykiem jest wysokie (np. zdarzenie objęte ryzykiem prawie na pewno zdarzy się w ciągu roku lub może zdarzyć się wielokrotnie w ciągu roku).</p>
2	<p>Średnie</p> <p>-Istnieją uzasadnione powody by sądzić, że prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia objętego ryzykiem nie jest wysokie ale nie można go ocenić jako niskie (np. zdarzenie objęte ryzykiem może zdarzyć się kilkukrotnie w ciągu roku).</p>
1	<p>Niskie</p> <p>- Istnieją uzasadnione powody by sądzić, że prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia objętego ryzykiem jest niskie (np. zdarzenie objęte ryzykiem może zdarzyć się raz w ciągu roku lub nie zdarzy się w ciągu roku).</p>

§ 8. 1. Ryzyko w ujęciu liczbowym (poziom ryzyka) stanowi iloczyn parametrów wpływu i prawdopodobieństwa.

2. Wyliczenie poziomu ryzyka stanowi ocenę ryzyka.

§ 9. 1. Oceny ryzyka dokonuje się raz do roku, na koniec roku kalendarzowego.

2. W przypadku istotnych zmian zadań, celów lub warunków dokonuje się bieżącej oceny ryzyka dla wybranych ryzyk.
3. W przypadku nieprzewidzianego zaistnienia incydentu wystąpienia zagrożenia dokonuje się weryfikacyjnej oceny danego ryzyka oraz weryfikacji reakcji na ryzyko.
4. Proces sukcesywnych ocen ryzyka stanowi analizę ryzyka.
5. W celu ustalenia konieczności reakcji na ryzyko, ustala się poziom akceptowanego ryzyka na poziomie 2.

§ 10. 1. W przypadku wykrycia ryzyk przekraczających poziom akceptowany, konieczne jest zaplanowanie i podjęcie działań będących reakcją na ryzyko.

2. Reakcja na ryzyko może obejmować: tolerowanie, przeniesienie, wycofanie się lub działanie.

Tolerowanie jest dopuszczalne tylko wtedy gdy nie ma możliwości ograniczenia ryzyka przez działanie lub przeniesienie.

Wycofanie się nie może dotyczyć ryzyka odnoszącego się do celów i zadań które mają charakter obligatoryjny. W przypadku celów i zadań fakultatywnych wycofanie się może mieć charakter czasowy lub definitywny. W razie potrzeby można stosować kombinację rodzajów reakcji na ryzyko.

3. Przyjmuje się, że zasadniczym rodzajem reakcji na ryzyko jest **działanie lub przeniesienie** ryzyka. Przeniesienie oznacza przekazanie ryzyka podmiotowi zewnętrznemu, np. w drodze ubezpieczenia. Działanie może obejmować w szczególności ustanowienie nowych lub stosowanie istniejących mechanizmów kontroli, a także działania o innym charakterze (np. przeszkolenie pracowników, wprowadzenie zmian organizacyjnych, wystąpienie o dodatkowe środki finansowe, wprowadzenie dodatkowych wymogów informacyjnych, podjęcie lub nasilenie działań kontrolnych itp.).

§ 11. 1. Arkusze zarządzania ryzykiem stanowią materiał roboczy.

2. Jako sprawozdanie z zarządzania ryzykiem, kierownicy komórek organizacyjnych przedstawiają kierownikowi jednostki do końca każdego roku kalendarzowego arkusze zarządzania ryzykiem, ujmujących ryzyka przekraczające poziom akceptowany.

§ 12. **Kierownicy komórek organizacyjnych na bieżąco oceniają skuteczność działań podejmowanych w celu zmniejszenia ryzyka do akceptowanego poziomu. O wynikach dokonywanej oceny informują kierownika jednostki.**

ARKUSZ IDENTYFIKACJI, OCENY ORAZ OKREŚLENIE METODY PRZECIWDZIAŁANIA RYZYKU

Sekcja

Lp.	Cel - zadanie	Ryzyko				Przeciwdziałanie ryzyku
		Ryzyko (wraz z podaniem kategorii)	Wpływ	Prawdo podobień- stwo	Istotność ryzyka (4x5)	Planowana metoda przeciwdziałania ryzyku
1	2	3	4	5	6	7
1.	Pobieranie opłat za badania i inne czynności.	Ryzyko finansowe: niedostateczna ilość środków na artykuły biurowe, tonery.				
		Ryzyko dot. zasobów ludzkich: niedostateczne kompetencje, duża absencja pracowników.				
		Ryzyko działalności: niedostateczna samokontrola i kontrola funkcjonalna, awaria systemu informatycznego.				
		Ryzyko zewnętrzne: niejednoznaczność przepisów prawa.				
2.	Realizacja harmonogramu kontroli.	Ryzyko finansowe: niedostateczna ilość środków finansowych.				
		Ryzyko dot. zasobów ludzkich: niedostateczne kompetencje, mała wydajność pracy, duża absencja pracowników (choroby, wypadki).				
		Ryzyko działalności: niedostateczna kontrola funkcjonalna i samokontrola, zła organizacja pracy, słaba komunikacja wewnętrzna, awarie sprzętu komputerowego, systemu informatycznego.				
		Ryzyko zewnętrzne: niejednoznaczność przepisów prawa - częste zmiany, złe warunki atmosferyczne (śnieżyce, ulewy), zmienne godziny pracy zakładów, dodatkowe zadania zlecane przez władze nadrzędne lub wynikające z bieżącej sytuacji.				
3.	Realizacja zasadniczych przedsięwzięć.	Ryzyko finansowe: niedostateczna ilość środków finansowych.				
		Ryzyko dot. zasobów ludzkich: niedostateczne kompetencje, mała wydajność pracy, duża absencja pracowników (choroby, wypadki).				
		Ryzyko działalności: niedostateczna kontrola funkcjonalna i samokontrola, zła organizacja pracy, słaba komunikacja wewnętrzna, awarie sprzętu komputerowego, systemu informatycznego.				

		Ryzyko zewnętrzne: niejednoznaczność przepisów prawa - częste zmiany, dodatkowe zadania zlecane przez władze nadrzędne lub wynikające z bieżącej sytuacji.				
4.	Opracowywanie ognisk zatruc pokarmowych i chorób zakaźnych.	Ryzyko dot. zasobów ludzkich: niedostateczne kompetencje, mała wydajność pracy, duża absencja pracowników (choroby, wypadki).				
		Ryzyko finansowe: niedostateczna ilość środków finansowych				
		Ryzyko działalności: niedostateczna kontrola funkcjonalna i samokontrola, zła organizacja pracy, słaba komunikacja wewnętrzna, awarie sprzętu komputerowego, systemu informatycznego.				
		Ryzyko zewnętrzne: niejednoznaczność przepisów prawa - częste zmiany, dodatkowe zadania zlecane przez władze nadrzędne lub wynikające z bieżącej sytuacji. Słaba komunikacja zewnętrzna.				
5.	Pobieranie próbek środków spożywczych oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	Ryzyko dot. zasobów ludzkich: niedostateczne kompetencje, mała wydajność pracy, duża absencja pracowników (choroby, wypadki).				
		Ryzyko finansowe: niedostateczna ilość środków finansowych				
		Ryzyko działalności: niedostateczna kontrola funkcjonalna i samokontrola, zła organizacja pracy, słaba komunikacja wewnętrzna, awarie sprzętu komputerowego, systemu informatycznego.				
		Ryzyko zewnętrzne: niejednoznaczność przepisów prawa - częste zmiany, dodatkowe zadania zlecane przez władze nadrzędne lub wynikające z bieżącej sytuacji. Słaba komunikacja zewnętrzna.				
6.	Opracowywanie informacji i sprawozdań.	Ryzyko dot. zasobów ludzkich: niedostateczne kompetencje, mała wydajność pracy, duża absencja pracowników (choroby, wypadki).				
		Ryzyko finansowe: niedostateczna ilość środków finansowych				
		Ryzyko działalności: niedostateczna kontrola funkcjonalna i samokontrola, zła organizacja pracy, słaba komunikacja wewnętrzna, awarie sprzętu komputerowego, systemu informatycznego.				
		Ryzyko zewnętrzne: niejednoznaczność przepisów prawa - częste zmiany, dodatkowe zadania zlecane przez władze nadrzędne lub wynikające z bieżącej sytuacji.				

.....
data i podpis sporządzającego

.....
data i podpis akceptującego