

ZARZĄDZENIE NR 79/ 2004

Dyrektora Centrum Onkologii-Institutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

z dnia 21 lipca 2004 r.

w sprawie wprowadzenia „Regulaminu kontroli finansowej w Centrum Onkologii-Institutcie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie”

Na podstawie art. 28a ust. 1 oraz art. 35a ust.3 ustawy z dnia 26 listopada 1998 roku o finansach publicznych (Dz.U. Nr 155 poz. 1014 z póź. zm) oraz w oparciu o standardy kontroli finansowej zawarte w Komunikacie Nr 1 Ministra Finansów z dnia 30 stycznia 2003 roku w sprawie ogłoszenia standardów kontroli finansowej w jednostkach sektora finansów publicznych i Komunikacie Nr 2 Ministra Finansów z dnia 30 stycznia 2003 roku w sprawie audytu wewnętrznego w jednostkach sektora finansów publicznych oraz § 8 ust. 1 pkt. 5 Statutu Centrum Onkologii-Institutu im. Marii Skłodowskiej -Curie zarządzam , co następuje:

§ 1

Wprowadzam do stosowania w Centrum Onkologii „Regulamin kontroli finansowej w Centrum Onkologii-Institutcie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie”, stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Dyrektor Centrum Onkologii – Institutu
im. Marii Skłodowskiej – Curie



Prof. dr hab. med. Marek P. Nowacki

Załącznik do Zarządzenia Nr 79/2004
Dyrektora Centrum Onkologii-Instytutu
im. Marii Skłodowskiej-Curie
z dnia 21 lipca 2004 r.

REGULAMIN KONTROLI FINANSOWEJ
w Centrum Onkologii – Instytucie
im. Marii Skłodowskiej – Curie
w Warszawie

WARSZAWA LIPIEC 2004

SPIS TREŚCI:

WSTĘP.....	3
I. STANDARDY KONTROLI FINANSOWEJ W CENTRUM ONKOLOGII.....	4
Rozdział 1 OGÓLNE ZAŁOŻENIA KONTROLI FINANSOWEJ.....	4
Rozdział 2 STANDARDY KONTROLI FINANSOWEJ.....	7
1) Środowisko systemu kontroli finansowej.....	7
2) Zarządzanie ryzykiem.....	16
3) Informacja i komunikacja.....	19
4) Mechanizm systemu kontroli finansowej.....	22
5) Audyt wewnętrzny.....	30
II. WYTYCZNE W SPRAWIE WYKONYWANIA PROCEDUR KONTROLI FINANSOWEJ.....	32
Rozdział 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE.....	32
Rozdział 2 PRZEDMIOT KONTROLI.....	32
Rozdział 3 ORGANIZACJA KONTROLI FINANSOWEJ.....	36
Rozdział 4 PRZYGOTOWANIE, PLANOWANIE, REALIZACJA, DOKUMENTACJA KONTROLI.....	40
Rozdział 5 POSTĘPOWANIE POKONTROLNE.....	46
Rozdział 6 SPRAWOZDAWCZOŚĆ.....	48

WSTĘP

Ogólne założenia kontroli finansowej i regulamin kontroli finansowej zostały opracowane w związku z wykonaniem art.35o ust.1 pkt2 oraz art.35n ust.1 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r., o finansach publicznych(Dz.U. 1998 r. Nr 155, poz.1014 tj. z póź. zm.) wprowadza się w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie zarządzeniem dyrektora do obowiązkowego stosowania „Regulamin kontroli finansowej” w oparciu o standardy kontroli finansowej zawarte w Komunikacie nr 1 Ministra Finansów z dnia 30 stycznia 2003r. w sprawie ogłoszenia „Standardów kontroli finansowej w jednostkach sektora finansów publicznych” oraz w Komunikacie nr 2 Ministra Finansów z dnia 30 stycznia 2003r. w sprawie ogłoszenia „Standardów audytu wewnętrznego w jednostkach sektora finansów publicznych”

Zgodnie z postanowieniami art.28a ustawy z 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 1998 roku, Nr 155, poz.1014 z póź. zm.) odpowiedzialność za prowadzenie gospodarki finansowej w Centrum Onkologii, w tym kontroli finansowej spoczywa na dyrektorze Centrum. Przepisy art.35b ust.2 i 3 wyżej wymienionej ustawy wprowadziły obowiązek stosowania pisemnych procedur kontroli finansowej, które mają dotyczyć rzetelnych informacji związanych z gromadzeniem i rozdysponowaniem środków publicznych oraz gospodarowaniem mieniem. Standardy kontroli finansowej, zwane dalej „standardami”, określają podstawowe wymagania odnoszące się do systemów kontroli finansowej.

Standardy przedstawiono w obszarach odpowiadających elementom systemu kontroli wewnętrznej Centrum Onkologii:

- środowisko systemu kontroli finansowej,
- zarządzanie ryzykiem,
- mechanizmy systemu kontroli finansowej,
- informacja i komunikacja,
- audyt wewnętrzny.

Procedury te stanowią niezbędną część systemu kontroli wewnętrznej i finansowej istniejącego w Centrum Onkologii zbioru zasad i mechanizmów służących zapewnieniu prawidłowego działania.

Dla dyrektora jako osoby odpowiedzialnej za gospodarkę finansową ma istotne znaczenie funkcjonowanie systemu kontroli, a w szczególności kontroli wewnętrznej i kontroli finansowej. Niezależny, obiektywny audyt wewnętrzny jest źródłem informacji o zarządzanej jednostce. Zasady oraz tryb przeprowadzania zostały zawarte w Regulaminie Kontroli Finansowej oraz w regulaminie i procedurach audytu wewnętrznego opracowanych do stosowania i przestrzegania przez wszystkich pracowników niezależnie od stanowiska i wykonywanych zadań.

I. STANDARDY KONTROLI FINANSOWEJ W CENTRUM ONKOLOGII

Rozdział 1

OGÓLNE ZAŁOŻENIA KONTROLI FINANSOWEJ

§ 1

1. Kontrola finansowa jest elementem zarządzania gospodarką finansową Centrum Onkologii, jej przedmiotem są procesy związane z gromadzeniem i wykorzystaniem środków oraz gospodarowaniem mieniem. Procesy te obejmują działania polegające na przygotowaniu operacji, dotyczących pobierania i wydatkowania środków (planowania finansowego), ich realizacji, ewidencji oraz sprawozdawczości finansowej.
2. **Kontrola to** ogół czynności, podejmowanych w celu osiągnięcia zgodności między stanem faktycznym (wykonaniem), a stanem obowiązującym, pożądanym. Pożądany stan gospodarki finansowej wynika z przepisów prawa ogólnie stanowionego oraz przepisów wewnętrznych tj. zarządzeń i regulaminów a także przyjętych planów finansowych.

Kontrola finansowa obejmuje całość zasad i procedur przewidzianych i przyjętych przez kierownictwo Centrum, aby uzyskać:

- a) zapewnienie zgodnego z prawem pobierania należnych środków w wysokości oraz w terminach zgodnych z przepisami, umowami i stanem faktycznym,
 - b) zapewnienie ponoszenia wydatków w sposób celowy i oszczędny,
 - c) zapobieganie i wykrywanie defraudacji,
 - d) zabezpieczenie mienia przed utratą i zniszczeniem.
3. **Koordinacja kontroli finansowej i audytu wewnętrznego w Centrum Onkologii obejmuje:**
1. określanie i upowszechnianie standardów kontroli finansowej, zgodnych z powszechnie uznawanymi standardami,
 2. określanie i upowszechnianie standardów audytu wewnętrznego, zgodnych z powszechnie uznawanymi standardami.
 3. współpracę z zagranicznymi instytucjami, zajmującymi się kontrolą finansową i audytem wewnętrznym, uzyskiwanie, gromadzenie, przetwarzanie i analizowanie

informacji oraz podejmowanie działań w celu poprawy funkcjonowania kontroli finansowej i audytu wewnętrznego

§ 2

1. **Przedmiotem kontroli jest ocena stanu faktycznego na podstawie następujących kryteriów:**
 - a) zgodności z prawem,
 - b) zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym,
 - c) celowości,
 - d) gospodarności,
2. Stosowanie kryterium zgodności z prawem polega na badaniu czy kontrolowana komórka organizacyjna lub wydzielona jednostka Centrum Onkologii prowadzi działalność zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Kryterium zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym polega na ustaleniu, czy wszystkie operacje gospodarcze są właściwie udokumentowane, czy dokumenty (dowody księgowe) będące podstawą zapisu w księgach rachunkowych, są opisane w sposób umożliwiający identyfikację zrealizowanego zadania i zostały sprawdzone przed ich zaksięgowaniem przez odpowiedzialne osoby. W Centrum Onkologii przyjęta polityka rachunkowości, zakładowy plan kont, sprawozdawczość finansowa umożliwiają ocenę sytuacji majątkowej i finansowej jednostki.
4. Stosowanie kryterium celowości polega na badaniu czy działalność Centrum Onkologii jest zgodna z przyjętymi celami, wynikającymi ze statutu i zatwierdzonych planów działalności.
5. Kryterium gospodarności pozwala na ocenę, czy zadania są realizowane oszczędnie, wydajnie i efektywnie.

§ 3

Zakres kontroli finansowej obejmuje:

1. Obowiązku przestrzegania procedur kontroli oraz przeprowadzanie wstępnej oceny celowości zaciągania zobowiązań finansowych i dokonywania wydatków.
2. Badania i porównywania stanu faktycznego ze stanem wymaganym:
 - a) pobierania i gromadzenia środków publicznych,

- b) zaciągania zobowiązań finansowych i dokonywania wydatków ze środków publicznych,
- c) udzielania zamówień publicznych,
- d) zwrotu środków publicznych.

§ 4

Regulamin kontroli finansowej określa tryb postępowania w toku postępowania kontrolnego w Centrum Onkologii.

§ 5

W Centrum Onkologii kontrolę wewnętrzną wykonują:

1. Dyrektor Instytutu w zakresie ustalania planów działalności Instytutu, realizowania polityki kadrowej, zarządzania mieniem, podejmowania decyzji we wszystkich sprawach Instytutu z wyjątkiem należących do zakresu działania Rady Naukowej
2. Dyrektorzy oddziałów Centrum Onkologii, którzy są odpowiedzialni za całość gospodarki finansowej zwłaszcza za wykonywanie określonych w ustawie o finansach publicznych obowiązków w zakresie kontroli finansowej,
3. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych-Główny Księgowy - odpowiedzialny za prowadzenie rachunkowości Centrum Onkologii i wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi, a także dokonywanie wstępnej kontroli w zakresie zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym oraz w zakresie kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
4. Kierownicy komórek organizacyjnych Centrum Onkologii odpowiadający za prawidłowe wykonywanie powierzonych im zadań,
5. Rewident zakładowy (Samodzielne Stanowisko ds. kontroli wewnętrznej),
6. Audytor wewnętrzny,
7. Pracownicy legitymujący się pisemnym upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli.

Rozdział 2

STANDARDY KONTROLI FINANSOWEJ

§ 6

1. ŚRODOWISKO SYSTEMU KONTROLI FINANSOWEJ

1) Zasady przestrzegania etyki i wartości moralnych

W Centrum Onkologii przestrzegane są zasady etyki na określonych zasadach:

1. Kierownictwo Centrum Onkologii nie tworzy zachęt i pokus do nieetycznego postępowania przez:
 - planowanie polityki i procedur dających gwarancję osiągnięcia przyjętych do realizacji celów statutowych,
 - tworzenie struktury organizacyjnej wynikającej z przyjętych struktur organizacyjnych dla państwowych jednostek naukowych, prowadzących badania naukowe i prace badawczo rozwojowe w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia,
 - zapewnienie systemu kontroli finansowej wspomagającego osiągnięcie celów przez Centrum Onkologii w sposób efektywny i skuteczny, przy ciągłej zmianie warunków i otoczenia, w których funkcjonuje,
 - dokonywanie systematycznej oceny funkcjonującego w Centrum Onkologii systemu kontroli oraz jego poszczególnych elementów, aby zweryfikować, czy system został dobrze zaprojektowany i czy działa prawidłowo. System kontroli powinien być oceniany m.in. pod względem: skuteczności jego działania, możliwości jego ulepszenia a także przydatności w zapobieganiu nieprawidłowościom, stratom lub złemu zarządzaniu,
 - udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania określone w odrębnych przepisach,
 - kierownictwo stosuje wyważone środki i sposoby motywowania pracowników,
 - wprowadzenie i stosowanie odpowiedniego systemu wynagrodzeń pracowniczych, określonego w Zakładowym Układzie Zbiorowym Pracy,
 - przyznawanie nagród, podwyżek i awansów na wyższe stanowiska jest powiązane z wynikami pracy i osiągnięciami oraz odbywa się według przejrzystych zasad i kryteriów.
2. W przypadku stwierdzenia naruszenia przepisów prawa, kodeksu etyki zawodów lekarza i pielęgniarki, regulaminów, procedur lub zasad postępowania przyjętych w Centrum Onkologii, dyrektor podejmuje zdecydowane kroki zaradcze.

- 289
3. Przestrzegane są zasady demokracji oznaczającej nieskrępowane prawo do przedstawiania wniosków i postulatów usprawniających pracę oraz uczestnictwo w życiu naukowym i społecznym Centrum Onkologii niezależnie od własnego miejsca położenia w strukturze organizacyjnej.

2) Zadania i kompetencje zawodowe pracowników

1. W Centrum Onkologii zostały określone, w formie kart charakterystyk stanowiska pracy, poszczególne zadania i kompetencje wykonywane na każdym stanowisku. Karty charakterystyk stanowisk pracy ustalają kierownicy komórek organizacyjnych w oparciu o regulaminowy zakres zadań komórki są aktualne i podlegają okresowym przeglądom dokonywanym przez kierowników komórek. Przeglądy opisów są dokonywane także w przypadku zmian organizacyjnych.
2. Na podstawie analizy zadań wykonywanych na każdym stanowisku pracy, został określony zakres wiedzy, umiejętności i doświadczenia, które są niezbędne do prawidłowego wykonywania tych zadań. W szczególności:
 - zakres niezbędnej wiedzy, umiejętności i doświadczenia został podany do wiadomości odpowiednim pracownikom,
 - kierownik Działu Spraw Pracowniczych dokłada starań, aby pracownicy wybrani na poszczególne stanowiska posiadali niezbędną wiedzę, umiejętności i doświadczenie.
3. Dyrektor Centrum Onkologii zapewnia pracownikom niezbędne szkolenia, aby wspierać ich w rozwijaniu kompetencji zawodowych. W szczególności:
 - został sporządzony odpowiedni plan szkoleń stosownie do posiadanych środków finansowych,
 - plan szkoleń jest spójny z celami i zadaniami jednostki,
 - w planie szkoleń przewidziane zostały szkolenia o charakterze wprowadzającym dla nowych pracowników.
4. Każdemu pracownikowi udziela się niezbędnych wskazówek przy wykonywaniu zadań. W szczególności:

- kierownicy każdego szczebla posiadają niezbędne umiejętności zarządzania oraz potrafią doradzać pracownikom i pomagać im efektywnie wykonywać zadania,
 - wyniki pracy są na bieżąco oceniane przez bezpośredniego przełożonego,
 - przełożeni informują pracowników o jakości wykonywania przez nich zadań oraz udzielają konstruktywnych rad i wskazówek służących poprawie.
5. W Centrum Onkologii prowadzone są okresowe oceny pracowników dotyczące wykonywania przez nich zadań wynikających z zakresu ich obowiązków, w tym celu:
- oceny odbywają się w oparciu o określone procedury i zasady dokonywania ocen pracowników,
 - kryteria ocen okresowych są spójne z celami i zadaniami Centrum Onkologii,
 - oceny okresowe sporządzane są na piśmie a oceniani pracownicy mają możliwość zapoznania się z nimi i odniesienia się do nich,
 - oceny wskazują zadania, które pracownik wykonuje dobrze oraz obszary wymagające poprawy,
 - sposób prowadzenia ocen ma na celu nie tylko rozliczanie pracowników z powierzonych zadań, ale również ich wspieranie, rozwój i motywowanie,
 - w przypadku wyników pracy utrzymujących się stale poniżej wymaganego poziomu pracownikowi powierza się inne zadania albo rozwiązuje się stosunek pracy.
6. Kluczowi pracownicy ze średniego i wyższego kierownictwa posiadają umiejętności poparte doświadczeniem zawodowym.
7. Proces zatrudnienia prowadzony jest w taki sposób, aby zapewnić wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy. W szczególności:
- przy zatrudnianiu nowych pracowników, stosowane są w tym zakresie obowiązujące procedury i zasady,
 - proces rekrutacji jest jawny i otwarty dla wszystkich,
 - kandydaci do pracy w Centrum Onkologii informowani są o wymogach dotyczących wykształcenia, umiejętności i doświadczenia koniecznych do pracy na danym stanowisku,
 - wymogi kwalifikacyjne są podobne dla podobnych stanowisk,

- 291
- w procesie zatrudniania stosuje się jednolite zasady selekcji kandydatów uwzględniając w szczególności wykształcenie, doświadczenie, umiejętności i postawę etyczną kandydatów,
 - bezpośredni przełożony przyszłego pracownika bierze udział w procesie rekrutacji na wolne stanowisko,
 - ustalanie wynagrodzenia nowych pracowników odbywa się według przejrzystych zasad.
8. W trakcie procesu rekrutacji dokonuje się sprawdzenia i potwierdzenia podstawowych informacji o kandydatach. Z uwzględnieniem:
- kandydatury osób, które często zmieniają miejsce pracy lub posiadają luki w zatrudnieniu poddawane są wnikliwej analizie,
 - przed zatrudnieniem kandydata, sprawdza się czy jego dane figurują w Krajowym Rejestrze Karnym – stosownie do wymogów określonych przepisami,
 - referencje i opinie o kandydacie sprawdzane są w poprzednich miejscach jego pracy,
 - dokumenty potwierdzające wykształcenie i kwalifikacje zawodowe kandydata są weryfikowane.

3) Struktura organizacyjna i zarządzanie

Struktura organizacyjna Centrum Onkologii wynika z zadań statutowych i charakteru działalności.

Przedmiotem działalności Centrum Onkologii jest całokształt zagadnień związanych ze zwalczaniem chorób nowotworowych.

Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie zwane dalej Centrum onkologii działa na podstawie:

- a. Ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych (tj. Dz.U. z 2001 r. nr 33, poz. 338 z późn. zm.),
- b. Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 marca 1951 r. w sprawie utworzenia Instytutu Onkologicznego im. Marii Curie-Skłodowskiej (Dz.U. nr 19, poz.153),
- c. Zarządzenia nr 21 Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 1984 r. w sprawie zmiany nazwy Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie (M.P. nr 17, poz. 123),

- 202
- d. Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu prowadzenia gospodarki finansowej jednostek badawczo-rozwojowych (Dz.U. nr 153, poz. 1764),
 - e. Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.),
 - f. Statutu Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia dnia 5 sierpnia 2003 r.
1. Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności najwyższego kierownictwa a także poszczególnych komórek organizacyjnych został określony w Regulaminie Organizacyjnym i Regulaminie Pracy.
- Centrum jest jednostką badawczo - rozwojową, prowadzącą samodzielną gospodarkę finansową w ramach posiadanych środków, uprawnioną do samodzielnego podejmowania decyzji we wszystkich sprawach jednostki, zgodnie z przepisami prawa i w celu wykonywania zadań jednostki.
- szczegółowy przedmiot i zakres zadań określa statut,
 - każdy pracownik ma dostęp do aktualnego regulaminu organizacyjnego jednostki zawierającego zakres obowiązków i odpowiedzialności kierownictwa i poszczególnych komórek organizacyjnych,
 - kierownictwo Centrum ocenia okresowo strukturę organizacyjną i podejmuje działania w celu dostosowania jej do zmieniających się warunków.

2. Zarządzanie Centrum Onkologii

Organami Instytutu są : Dyrektor i Rada Naukowa

Stałymi organami doradczymi są Kolegium Badań Podstawowych i Kolegium Kliniczne.

Zarządzanie Instytutem opiera się na następujących zasadach:

- zasadzie hierarchiczności oznaczającej zależność pracownika na każdym szczeblu organizacyjnym od określonego przełożonego,
- zasady kompetencji funkcjonalnej są merytorycznie nadzorowane lub koordynowane przez właściwe komórki organizacyjne lub powołanych do tego pracowników,
- zasadzie ciągłości kierownictwa oznaczającej, że ciągłość sprawowania funkcji kierowniczych, jest zapewniona w drodze przekazywania w przypadku nieobecności właściwych kierowników, ich określonym zastępcom zarówno w pełni uprawnień jak i odpowiedzialności,

- 283
- w Centrum Onkologii zatrudniona jest optymalna liczba pracowników, w tym na stanowiskach związanych z nadzorem. Organizacja wewnętrzna Centrum opiera się na zasadzie współpracy oznaczającej, że pracownicy komórek organizacyjnych zobowiązani są do ścisłego współdziałania ze sobą w drodze uzgodnień, konsultacji, opiniowania, udzielania wyjaśnień i informacji.
 - do obowiązków pracowników należy należyte i terminowe oraz zgodne otrzymanym poleceniem wykonywanie zadań służbowych
 - znajomość obowiązujących przepisów prawnych i instrukcji z zakresu powierzonych do wykonania zadań,
 - właściwe wykorzystanie czasu pracy,
 - dbałość o powierzone mienie,
 - pogłębianie wiedzy i podnoszenie kwalifikacji

4) Zasady identyfikacji zadań wrażliwych

1. Analizowana jest identyfikacja zadań, przy wykonywaniu, których pracownicy mogą być szczególnie podatni na wpływy szkodliwe dla gospodarki finansowej jednostki. W szczególności:
 - zostały poddane analizie obszary działalności Centrum szczególnie podatne na występowanie szkodliwych wpływów, np. przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, przy udzielaniu zamówień publicznych o znacznej wartości, wydawaniu decyzji o charakterze uznaniowym, nakładanie kar,
 - zostały zidentyfikowane czynniki, które sprzyjają występowaniu szkodliwych wpływów, np. nadmiar kompetencji w ręku jednego pracownika, brak jasnych zasad podejmowania rozstrzygnięć o charakterze uznaniowym, brak precyzyjnie przypisanej odpowiedzialności za podejmowane decyzje,
 - pracownicy wykonujący zadania wrażliwe oraz ich przełożeni (nadzorujący) zostali zapoznani z występującymi zagrożeniami.
2. Ustanowione zostały, odpowiednie do szacowanego poziomu ryzyka, środki zaradcze mające ograniczyć możliwość występowania szkodliwych wpływów i ich negatywne skutki.
3. Określone zostały procedury udostępniania informacji podmiotom zewnętrznym, procedury załatwiania spraw oraz wskazano osoby odpowiedzialne za załatwienie danej sprawy, na

294

wybranych stanowiskach, pracownikom zapewnia się szkolenia, instruktaż i wskazówki dotyczące właściwego zachowania się wobec propozycji korupcyjnych.

5) Zasady powierzania zadań i uprawnień

1. Dyrektor przydziela uprawnienia lub obowiązki w zakresie gospodarki finansowej lub majątkowej odpowiednim pracownikom adekwatnie do celów i zadań jednostki.

Dyrektor powołuje :

- komisje stałe do prowadzenia określonych zagadnień, składające się z pracowników,
- komisje doraźne lub zespoły robocze dla opracowania określonych zagadnień, komisje te i zespoły powoływane są na ściśle określony czas, bądź dla opracowania wyznaczonego zadania,
- dyrektor może ustalić pełnomocników w trybie obowiązujących przepisów do realizacji określonych zadań oraz ustalić zakres i czas umocowania.

Zasady powierzania uprawnień :

- powierzenie uprawnień lub obowiązków dokonywane jest w drodze pisemnej, np. w formie upoważnienia czy pełnomocnictwa,
- 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, możliwość przekazania uprawnienia w części lub całości innemu pracownikowi,
- zakres delegowanych uprawnień lub obowiązków a także poziom, do którego zostały przekazane jest odpowiedni do wagi podejmowanych decyzji oraz poziomu ryzyka z nimi związanego,
- przyjęcie uprawnień lub obowiązków przez pracownika jest potwierdzone jego podpisem,
- pracownicy, którym powierza się uprawnienia lub obowiązki muszą dawać rękojmię odpowiedzialnego i rzetelnego wykonywania powierzonych zadań; przed podjęciem decyzji kierownik jednostki bierze pod uwagę np. ich wykształcenie, umiejętności, doświadczenie, jak wywiązywali się wcześniej z podobnych obowiązków, czy byli karani za naruszenie dyscypliny finansów publicznych itp.,

- uprawnienia lub obowiązki są przekazywane na najniższy akceptowalny poziom, stosownie do szacowanego ryzyka, aby odciążyć wyższe kierownictwo od bieżących decyzji i dać możliwość skupienia się na decyzjach o charakterze strategicznym,
 - kierownik jednostki, stosownie do zakresu delegowanych uprawnień lub obowiązków, wdrożył efektywne mechanizmy monitorowania korzystania z uprawnień i wykonywania obowiązków,
 - o przekazaniu kluczowych uprawnień lub obowiązków zostali poinformowani wszyscy pracownicy.
2. W Centrum Onkologii funkcjonują stanowiska zastępców Dyrektora, Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych -Głównego Księgowego, dyrektorów oddziałów, kierowników komórek organizacyjnych oraz samodzielne stanowiska pracy.
3. Zastępcą Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych – Głównym Księgowym, jest pracownik, któremu dyrektor powierza obowiązki i odpowiedzialność w zakresie:
- prowadzenia rachunkowości jednostki,
 - wykonywania dyspozycji środkami pieniężnymi,
 - dokonywania wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
 - dokonywania wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych.

Dowodem dokonania przez głównego księgowego wstępnej kontroli, jest jego podpis złożony na dokumentach dotyczących danej operacji. Złożenie podpisu przez Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych -Głównego Księgowego na dokumencie, obok podpisu pracownika właściwego rzeczowo, 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 oraz harmonogramie dochodów i wydatków, a Centrum Onkologii posiada środki finansowe na ich pokrycie.

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych -Główny Księgowy, w razie ujawnienia nieprawidłowości w zakresie określonym, zwraca dokument właściwemu rzeczowo pracownikowi, a w razie nie usunięcia nieprawidłowości odmawia jego podpisania.

O odmowie podpisania dokumentu i jej przyczynach Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych -Główny Księgowy zawiadamia pisemnie kierownika jednostki. Kierownik jednostki może wstrzymać realizację zakwestionowanej operacji albo wydać w formie pisemnej polecenie jej realizacji.

W celu realizacji swoich zadań Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych - Główny Księgowy ma prawo:

- żądać od kierowników innych komórek organizacyjnych Centrum Onkologii udzielania 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, według którego mają być wykonywane przez inne komórki organizacyjne Centrum Onkologii prace niezbędne do zapewnienia prawidłowości gospodarki finansowej oraz ewidencji księgowej, kalkulacji kosztów i sprawozdawczości finansowej.

Zakres obowiązków i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych -Głównego Księgowego:

- Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych -Główny Księgowy Centrum Onkologii posiada uprawnienia i odpowiedzialności w zakresie gospodarki finansowej, rachunkowości jednostki i kontroli finansowej,
- Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych -Główny Księgowy Centrum Onkologii jest osobą, której wykształcenie, kwalifikacje i doświadczenie zawodowe są zgodne z wymogami przepisów prawa i dają gwarancję rzetelnego i efektywnego wykonywania zadań,
- powierzenie Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych -Głównemu Księgowemu obowiązków i odpowiedzialności nastąpiło w drodze pisemnej; zakres przekazywanych obowiązków i odpowiedzialności został precyzyjnie określony; przyjęcie obowiązków i odpowiedzialności jest potwierdzone podpisem Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych -Głównego Księgowego.

4. Każdy pracownik jest świadomy swoich uprawnień, obowiązków i odpowiedzialności w zakresie wykonywanej pracy oraz obowiązków związanych z kontrolą finansową.

- 207
5. Zakres udzielonych uprawnień lub obowiązków jest odpowiedni do zakresu ponoszonej odpowiedzialności. W szczególności:
- przyjęciu uprawnień lub obowiązków towarzyszy przyjęcie odpowiedzialności za podejmowane decyzje lub dokonywane czynności,
 - pracownik, który ponosi odpowiedzialność za określone decyzje lub czynności powinien posiadać także uprawnienia do podejmowania tych decyzji czy dokonywania czynności,
 - powierzający uprawnienia lub obowiązki oraz pracownik, który je przyjmuje jest świadomy, jaką odpowiedzialność ponosi przyjmujący i jakie konsekwencje może mieć dla niego niewłaściwe wykonywanie powierzonych obowiązków,
 - kierownik jednostki jest świadomy, że ponosi odpowiedzialność za całość gospodarki finansowej jednostki, niezależnie od stopnia, w jakim przekazał uprawnienia i obowiązki w zakresie gospodarki finansowej pracownikom Centrum Onkologii,
 - zapewniona jest równowaga pomiędzy uprawnieniami przekazanymi na niższe poziomy a zaangażowaniem personelu wyższego szczebla.

§ 8

2. ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

1) Zasady identyfikacji i oceny ryzyka

1. Każde zidentyfikowane ryzyko poddawane jest gruntownej i całościowej analizie, mającej na celu określenie możliwych skutków (znaczenia, wpływu) danego ryzyka i prawdopodobieństwa jego wystąpienia. W szczególności:
- wyniki analizy ryzyka są dokumentowane,
 - w analizę ryzyka zaangażowani są kierownicy odpowiedniego szczebla oraz właściwi pracownicy,
 - każde zidentyfikowane i zanalizowane ryzyko przypisuje się do odpowiednich celów jednostki,
 - analiza ryzyka obejmuje oszacowanie wpływu (znaczenia) ryzyka, tj. efektu lub rezultatu wystąpienia danego zdarzenia,
 - wpływ (znaczenie) ryzyka może być wyrażony jako wartość szacunkowa w przyjętej skali (np.: bardzo wysoki, wysoki, średni, niski) lub jako wartość liczbowa (np. kwota ewentualnych strat, dodatkowych kosztów lub nie uzyskanych przychodów),

- analiza ryzyka obejmuje oszacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia każdego ryzyka (łącznie z oszacowaniem częstotliwości jego występowania),
 - prawdopodobieństwo może być wyrażone jako wartość szacunkowa w przyjętej skali (np.: bardzo wysokie, wysokie, średnie, niskie) lub wartość liczbowa,
 - został ustalony sposób określania istotności każdego ryzyka; istotność może być iloczynem wpływu ryzyka i prawdopodobieństwa jego wystąpienia, jeżeli wielkości te są wyrażone jako wartości liczbowe, lub ich kombinacją, jeżeli są wyrażone jako wartości szacunkowe,
 - zostały ustalone sposób i kryteria oceny istotności ryzyka (np. ustalono skalę ryzyka: bardzo wysokie, wysokie, średnie, niskie),
 - obszary ryzyka odnoszą się do efektywności realizacji celów operacyjnych,
 - sprawozdawczości finansowej do sporządzania wiarygodnych sprawozdań finansowych,
 - zgodności działania z przepisami dotyczącymi przestrzegania obowiązujących aktów prawnych i przepisów.
2. Dyrektor Centrum Onkologii wyznaczył poziom ryzyka optymalnego dla jednostki, czyli stopień ryzyka, jaki jednostka może podjąć. W szczególności:
- przy określaniu okazji do ryzyka kierownik jednostki uwzględnił sytuację Centrum, np.: wielkość budżetu, obowiązujące przepisy prawne, wielkość zatrudnienia, znaczenie marki Centrum, znaczenie systemów informatycznych, znaczenie realizowanych projektów lub programów itp.,
 - przy określaniu ryzyka kierownik jednostki uwzględnił wielkość kosztów ograniczenia danego ryzyka.
3. Zostały zaplanowane i wdrożone odpowiednie działania w stosunku do każdego zidentyfikowanego ryzyka, które nie może być przez Centrum zaakceptowane. W szczególności:
- kierownictwo określiło rodzaj reakcji w stosunku do danego ryzyka (np. przeniesienie, tolerowanie, działanie, wycofanie się),
 - zostały zaplanowane i wdrożone odpowiednie działania w stosunku do każdego ryzyka zgodnie z ustalonym rodzajem reakcji,
 - kierownik jednostki monitoruje proces zarządzania ryzykiem w Centrum Onkologii.

4. Dla każdego ryzyka została ustalona osoba odpowiedzialna za zarządzanie tym ryzykiem. W szczególności:
- „własność” danego ryzyka, stosownie do jego istotności, została określona na odpowiednim szczeblu zarządzania,
 - odpowiedzialność za zarządzanie kluczowym ryzykiem – dotyczącym celów krytycznych jednostki – została przypisana najwyższemu kierownictwu.

2) Zarządzanie zmianą

1. W Centrum Onkologii funkcjonują mechanizmy przewidywania, identyfikacji i reagowania na rutynowe zmiany warunków, w których funkcjonuje jednostka i mogące mieć wpływ na osiągnięcie celów jednostki lub realizację poszczególnych zadań czy programów. W szczególności:
 - każda działalność jednostki, która może być znacząco dotknięta przez zmiany, poddawana jest analizie,
 - rutynowe zmiany poddawane są ustalonym w Centrum Onkologii procesom identyfikacji i analizy ryzyka,
 - ryzyko wynikające z najbardziej istotnych zmian jest rozpatrywane na odpowiednio wysokim szczeblu zarządzania, rozpatrywany jest całościowy wpływ tych zmian na Centrum Onkologii i podejmowane są odpowiednie działania.
2. W Centrum Onkologii zwraca się szczególną uwagę na zmiany, które mogą mieć znaczący i rozległy wpływ na jednostkę oraz mogą wymagać zaangażowania najwyższego kierownictwa. W szczególności rozważane jest ryzyko związane z:
 - zatrudnianiem nowych pracowników na kluczowych stanowiskach w Centrum Onkologii,
 - dużą rotacją pracowników w którymkolwiek z obszarów działalności Centrum Onkologii,
 - zmianą struktury organizacyjnej,
 - zmniejszeniem limitu wydatków lub dostępnych środków,
 - znaczną redukcją zatrudnienia,
 - dzieleniem, łączeniem lub likwidacją jednostki,
 - wprowadzeniem nowego lub modyfikacją istniejącego systemu informatycznego,
 - znacznym wzrostem lub znaczną redukcją działalności w krótkim okresie,
 - wdrażaniem nowej technologii lub zmianą dotychczasowej,

- rozpoczęciem świadczenia nowych usług,
- rozpoczęciem działalności w nowej lokalizacji.

3. INFORMACJA I KOMUNIKACJA

1) Zasady prowadzenia bieżącej informacji

1. Dyrekcji przekazywane są wszelkie informacje, które mogą mieć znaczenie dla osiągnięcia celów Centrum Onkologii. W szczególności:
 - informacje wewnętrzne istotne dla osiągnięcia celów Centrum, zwłaszcza celów krytycznych, są identyfikowane i regularnie przekazywane kierownictwu,
 - informacje zewnętrzne, które mogą mieć znaczenie dla osiągnięcia celów Centrum Onkologii,
w szczególności informacje związane z nowymi przepisami prawa lub innymi regulacjami, zmianami politycznymi i ekonomicznymi, są zbierane i przekazywane kierownictwu.
2. Kierownicy na każdym szczeblu zarządzania oraz pracownicy otrzymują we właściwej formie i czasie odpowiednie i rzetelne informacje potrzebne im do wypełniania obowiązków, w szczególności wynikających z przyjętego systemu kontroli finansowej. W szczególności:
 - informacje otrzymywane przez kierownictwo i pracowników są odpowiednie, tzn. zakres otrzymywanych informacji jest adekwatny do zadań tych osób i podejmowanych przez nich decyzji,
 - informacje otrzymywane przez kierownictwo i pracowników są aktualne, tzn. umożliwiają podjęcie przez nich odpowiednich działań w odpowiednim czasie,
 - informacje otrzymywane przez kierownictwo i pracowników są rzetelne, tzn. są zgodne z rzeczywistością,
 - informacje otrzymywane przez kierownictwo i pracowników są kompletne, tzn. zawierają wszystkie potrzebne dane i szczegóły,
 - informacje dostarczane są w odpowiednim stopniu szczegółowości stosownie do potrzeb kierownictwa i pracowników,
 - w zależności od potrzeb odbiorców informacje są odpowiednio agregowane i prezentowane,
 - kierownictwo na bieżąco monitoruje jakość przetwarzanych informacji,

- w Centrum Onkologii funkcjonuje mechanizm identyfikacji nowych potrzeb informacyjnych.

2) System komunikacji wewnętrznej

1. System komunikacji wewnętrznej gwarantuje, że każdy pracownik rozumie cele systemu kontroli finansowej, sposób jego funkcjonowania a także swoją rolę i odpowiedzialność w tym systemie. W szczególności:
 - wyższe kierownictwo wyraźnie zakomunikowało w całym Centrum Onkologii, że obowiązki związane z kontrolą finansową są ważne i muszą być przez wszystkich poważnie traktowane,
 - pracownikom w precyzyjny sposób komunikowane są ich obowiązki,
 - pracownicy rozumieją, w jaki sposób ich obowiązki oraz obowiązki innych pracowników oddziałują na siebie,
 - pracownicy znają cele ogólne jednostki oraz cele szczegółowe swojej komórki organizacyjnej oraz rozumieją, w jaki sposób ich obowiązki wpływają na realizację tych celów,
 - pracownicy są informowani, że w przypadku nieoczekiwanego lub nietypowego zdarzenia w wykonywaniu obowiązków, powinni zwrócić uwagę nie tylko na samo zdarzenie, ale także na jego przyczynę, gdyż w ten sposób mogą zostać zidentyfikowane i poprawione potencjalne słabe strony systemu kontroli, zanim spowodują dalszą szkodę w Centrum Onkologii,
2. W Centrum Onkologii zapewniono kanały komunikacji dla przekazywania informacji o potencjalnych nieprawidłowościach. W szczególności:
 - pracowników informuje się, jakie postępowanie uważane jest w jednostce za etyczne, a jakie za nieetyczne,
 - pracownikom komunikowane są jasno konsekwencje niewłaściwego postępowania,
 - pracownicy mają zapewnioną możliwość, komunikacji z osobą na wyższym szczeblu zarządzania bez udziału bezpośredniego przełożonego,
 - przełożeni przejawiają szczerą chęć wysłuchania pracowników,
 - pracownicy są przeświadczeni, że w przypadku przekazywania informacji o niewłaściwym postępowaniu lub obejściu procedur kontroli finansowej, nie spotka ich żadne negatywne traktowanie.

3. W Centrum Onkologii funkcjonują skuteczne mechanizmy przekazywania ważnych informacji w obrębie całej struktury organizacyjnej. W szczególności:
 - funkcjonują mechanizmy łatwego przepływu informacji wewnątrz Centrum Onkologii zarówno w kierunku pionowym - w dół i w górę struktury organizacyjnej - jak i poziomym,
 - funkcjonuje dobra komunikacja pomiędzy komórkami i osobami, których działalność jest ze sobą powiązana (np.: kadry i płace, zakupy i finanse),
 - oprócz normalnych kanałów komunikacji, funkcjonują dodatkowe lub nieformalne kanały komunikacji o charakterze awaryjnym,
 - najwyższe kierownictwo na bieżąco informuje kierowników komórek organizacyjnych o stanie realizacji zadań, ryzyku, nowych inicjatywach i innych ważnych zdarzeniach,
 - istnieją mechanizmy przekazywania przez pracowników propozycji ulepszeń działalności, dobre sugestie pracowników są doceniane i nagradzane.

4) System komunikacji zewnętrznej

1. Dyrektor Centrum Onkologii zapewnia funkcjonowanie efektywnego systemu komunikacji z innymi podmiotami, które mogą mieć znaczący wpływ na osiąganie celów, jak również inną działalność jednostki dotyczącą w szczególności wydatkowania lub gromadzenia środków publicznych. W tym celu:
 - funkcjonują otwarte i efektywne kanały, komunikacji z pacjentami i ich rodzinami, dostawcami, usługodawcami, ekspertami i innymi podmiotami, które mogą wpłynąć na poprawę jakości produktów, usług lub działalności Centrum Onkologii,
 - wszystkie podmioty zewnętrzne współpracujące z Centrum Onkologii są informowane o zasadach etycznych obowiązujących w Centrum Onkologii,
 - w Centrum Onkologii funkcjonują formalne zasady kontaktów pracowników jednostki z przedstawicielami podmiotów zewnętrznych; każdy pracownik zna i rozumie te zasady oraz wie, czy i w jakim zakresie może takie kontakty utrzymywać,
 - Centrum Onkologii w wyraźny sposób komunikuje się z podmiotami zewnętrznymi, jakie mają uprawnienia i obowiązki w zakresie, w którym Centrum prowadzi działalność oraz jaki jest dla nich sposób komunikacji, w szczególności: w jakim trybie i terminie załatwiane są określone sprawy, którzy pracownicy są uprawnieni do kontaktów, w jaki sposób podmiot może przedstawić swoje stanowisko i argumenty itp.,

- Centrum Onkologii zachęca podmioty zewnętrzne do komunikacji, gdyż może być ona źródłem informacji o funkcjonowaniu systemu kontroli finansowej,
 - wszelkie skargi, sugestie, wnioski czy zapytania, są zbierane i przekazywane odpowiednim komórkom organizacyjnym,
 - informacje przekazywane przez podmioty zewnętrzne są kierowane na odpowiedni szczebel zarządzania,
 - komunikacja ze społeczeństwem, parlamentem, administracją rządową, samorządem terytorialnym, organami nadzoru i kontroli, mediami i innymi podmiotami zapewnia tym podmiotom właściwe informacje, stosownie do ich potrzeb, wpływając w ten sposób na lepsze rozumienie przez nich misji Centrum Onkologii, jego celów i zadań oraz napotykanego ryzyka.
2. Kierownictwo Centrum Onkologii reaguje terminowo i w odpowiedni sposób na informacje otrzymane od podmiotów zewnętrznych. W szczególności:
- pracownicy nie są obojętni na przekazywane im informacje o problemach dotyczących produktów, usług lub działalności Centrum Onkologii, informacje te są analizowane i podejmowane są odpowiednie działania,
 - skargi badają właściwi pracownicy – niezależni od tych, którzy byli pierwotnie zaangażowani w sprawę,
 - zostali wyznaczeni pracownicy do załatwiania skarg i wniosków,
 - załatwianie skarg i wniosków jest monitorowane,
 - kierownictwo najwyższego szczebla jest świadome liczby i charakteru skarg.
3. System informacyjny Centrum Onkologii jest monitorowany i modyfikowany w celu stałego ulepszania adekwatności, rzetelności, aktualności i kompletności przekazywanych i otrzymywanych informacji oraz efektywności środków komunikacji.

4. MECHANIZM SYSTEMU KONTROLI FINANSOWEJ

1) Mechanizmy systemu kontroli finansowej

System kontroli finansowej w Centrum Onkologii, a w szczególności procedury, instrukcje, wytyczne kierownictwa, zakresy obowiązków, są rzetelnie dokumentowane i dokumentacja ta jest łatwo dostępna dla wszystkich pracowników, którym jest niezbędna. W szczególności:

- dokumentacja systemu kontroli finansowej jest prowadzona w formie pisemnej i obejmuje wszystkie procedury, instrukcje, wytyczne kierownictwa, zakresy obowiązków i inne dokumenty związane z systemem kontroli finansowej,
- dokumentacja kontroli finansowej zawiera także opis systemów informatycznych, systemów przetwarzania danych oraz ogólnych i specyficznych kontroli aplikacji związanych z tymi systemami,
- dokumentacja systemu kontroli jest kompletna, rzetelna i aktualna,
- wyznaczono komórkę organizacyjną, która gromadzi wszystkie akty wewnętrzne regulujące funkcjonowanie jednostki,
- dokumentacja systemu kontroli jest łatwo dostępna dla wszystkich upoważnionych pracowników, którym jest niezbędna do wykonywania obowiązków,
- dokumentacja systemu kontroli jest łatwo dostępna w celu badania przez audytorów wewnętrznych, zewnętrznych czy kontrolerów.

2) Procedury dokumentowania i rejestrowania operacji finansowych i gospodarczych

Wszystkie operacje finansowe i gospodarcze, a także inne znaczące zdarzenia są rzetelnie dokumentowane, a dokumentacja ta jest łatwo dostępna dla upoważnionych osób. Operacje finansowe i gospodarcze oraz inne znaczące zdarzenia są bezzwłocznie rejestrowane i prawidłowo klasyfikowane. W Centrum Onkologii podstawowym dokumentem regulującym dokumentowanie i rejestrowanie operacji gospodarczych jest Instrukcja Obiegu Dokumentów Księgowych, Regulamin Inwentaryzacji. Dokumentowanie i rejestrowanie operacji gospodarczych wynika z przyjętych procedur:

- dokumentacja operacji jest pełna oraz umożliwia prześledzenie każdej operacji finansowej, gospodarczej lub zdarzenia od samego początku, w trakcie ich trwania i po zakończeniu,
- w Centrum Onkologii prowadzony jest rejestr umów, zleceń, zamówień itp.; dostęp do rejestru mają wyłącznie upoważnione osoby,
- w Centrum Onkologii przechowuje się oryginały umów, zleceń, zamówień itp.; dokumenty te są odpowiednio chronione i dostęp do nich mają wyłącznie upoważnione osoby,
- w Centrum Onkologii przechowuje się pełną dokumentację dotyczącą naboru pracowników i postępowań o udzielenie zamówień publicznych,
- transakcje i zdarzenia są właściwie klasyfikowane i bezzwłocznie rejestrowane,

- klasyfikacja operacji finansowych i gospodarczych i innych zdarzeń spełnia wymogi przepisów o rachunkowości oraz wszystkie wymagania dla jednostek sektora finansów publicznych.

3) Zatwierdzanie operacji finansowych

Dyrektor Centrum Onkologii lub upoważnieni przez niego pracownicy zatwierdzają wszelkie operacje gospodarcze i finansowe przed ich realizacją. Poszczególne czynności związane z realizacją operacji gospodarczych lub finansowych są wykonywane wyłącznie przez osoby do tego upoważnione. W szczególności:

- funkcjonują odpowiednie mechanizmy kontroli, które zapewniają, że podejmowane i realizowane są wyłącznie operacje zatwierdzone przez Dyrektora Centrum Onkologii lub upoważnionych pracowników działających w zakresie posiadanego upoważnienia,
- 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 finansowej lub gospodarczej są wykonywane wyłącznie przez osoby do tego upoważnione; np. wypisywanie czeków, wypisywanie przelewów, uzgadnianie salda z bankiem, pobieranie gotówki z banku, przyjmowanie gotówki od wpłacających, pobieranie czeków z banku, używanie kart kredytowych, kontaktowanie się z oferentami, odbiór dostaw lub usług,
- upoważnienie do zatwierdzania operacji udzielone pracownikowi przez Dyrektora Centrum Onkologii zawiera szczegółowy zakres i warunki zatwierdzania operacji przez tego pracownika,
- zakres i warunki udzielonych pracownikom upoważnień do zatwierdzania operacji są zgodne z wytycznymi zarządzających,
- udzielenie pracownikom upoważnienia do zatwierdzania operacji zostało w jednostce wyraźnie zakomunikowane.

4) Podział obowiązków i odpowiedzialności

Kluczowe obowiązki dotyczące prowadzenia, zatwierdzania, rejestrowania i sprawdzania operacji finansowych, gospodarczych i innych zdarzeń są rozdzielone pomiędzy wyznaczone odpowiedzialne osoby. W szczególności:

- każdą operację finansową lub gospodarczą prowadzą co najmniej dwie osoby, tj. żaden pojedynczy pracownik nie prowadzi wszystkich kluczowych etapów operacji,
- sporządzono zestawienie obowiązków, które muszą być rozdzielone pomiędzy pracowników, z uwzględnieniem obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych – Głównego Księgowego określonych w przepisach prawa,
- wprowadzono podział funkcji i obowiązków w zarządzaniu i dostępie do systemów informatycznych, baz danych i aplikacji,

5) Nadzór

W Centrum Onkologii prowadzony jest właściwy nadzór w ramach hierarchii służbowej, którego celem jest upewnienie się, że zadania wynikające z przyjętego systemu kontroli finansowej są realizowane. W szczególności:

- przełożeni w jasny sposób komunikują podległym pracownikom zakres ich obowiązków i odpowiedzialności (na piśmie),
- przełożeni upewniają się, że pracownicy właściwie rozumieją swoje obowiązki i odpowiedzialność,
- przełożeni udzielają pracownikom praktycznych porad i wskazówek dotyczących wykonywanej przez nich pracy,
- przełożeni systematycznie dokonują przeglądu wyników i postępów pracy w koniecznym zakresie,
- przełożeni zapewniają, że praca podległych pracowników przebiega zgodnie z założeniami, np. poprzez akceptację wyników pracy w kluczowych punktach, zatwierdzanie projektów, dokumentów,
- przełożeni, poprzez nadzór, zapewniają, że pracownicy stosują się do procedur i zasad obowiązujących w Centrum Onkologii oraz wymagań i wytycznych przełożonych,
- w drodze nadzoru wykrywa się i eliminuje błędy, nieporozumienia i nieprawidłową praktykę oraz zapobiega się ich powtarzaniu.

6) Rejestrowanie odstępstw

Wszystkie przypadki, w których ze względu na nadzwyczajne okoliczności odstępiono od procedur, instrukcji lub wytycznych dotyczących kontroli finansowej, są uzasadniane,

dokumentowane i zatwierdzane przez Dyrektora Centrum Onkologii lub upoważnionego pracownika. W szczególności:

- o wszystkich przypadkach odstąpienia od ustalonych procedur, instrukcji czy wytycznych informowany jest kierownik jednostki lub inni upoważnieni pracownicy,
- wszystkie przypadki odstąpienia od procedur powinny być poprawnie dokumentowane i przedstawione do zatwierdzenia kierownikowi jednostki lub upoważnionemu pracownikowi,
- w systemie kontroli finansowej istnieją odpowiednie postanowienia dotyczące sposobu postępowania w sytuacjach wyjątkowych.

7) Zasady ciągłości

1. Zapewnione są odpowiednie mechanizmy w celu utrzymania ciągłości działalności Centrum Onkologii, w szczególności operacji finansowych i gospodarczych, w każdym czasie i okolicznościach. W szczególności:

- zidentyfikowano pracowników, którzy z uwagi na swoją szczególną wiedzę, doświadczenie lub umiejętności posiadają kluczowe znaczenie dla prawidłowej działalności Centrum Onkologii oraz których odejście poważnie zagroziłoby osiągnięciu celów jednostki; określono i wdrożono odpowiednie środki zaradcze,
- urlopy pracownicze są odpowiednio planowane; urlopy są corocznie wykorzystywane przez pracowników; nie dopuszcza się do zaległości w wykorzystywaniu urlopów,
- zostały ustalone zastępstwa pracowników w czasie ich nieobecności,
- odpowiednie środki zaradcze w przypadku losowej nieobecności pracowników pełniących kluczowe funkcje w gospodarce finansowej Centrum Onkologii,
- wszelkie zmiany organizacyjne i logistyczne, są odpowiednio zaplanowane a ich realizacja jest monitorowana,
- opracowano plan działalności Centrum Onkologii w przypadku wystąpienia klęsk żywiołowych, zagrożenia dla środowiska lub innych nadzwyczajnych okoliczności; plan został zakomunikowany wszystkim pracownikom.

2. Zapewnione są odpowiednie mechanizmy w celu utrzymania ciągłości działania systemów informatycznych, baz danych i aplikacji. W szczególności:

- w procesie zarządzania ryzykiem uwzględnia się ryzyko związane z zasobami informatycznymi,

- zidentyfikowane zostały krytyczne zasoby informatyczne, zarówno sprzętowe, jak i programowe,
- zidentyfikowane zostały krytyczne procesy i operacje prowadzone przy zastosowaniu systemów informatycznych,
- opracowano plan bezpieczeństwa informatycznego; plan jest okresowo oceniany i, jeżeli to konieczne, poprawiany,
- opracowano plan awaryjny na wypadek poważnych zaburzeń i przerw w poprawnym działaniu sprzętu, systemów, sieci, baz danych i aplikacji; plan awaryjny jest okresowo testowany i, jeżeli to konieczne, poprawiany,
- zaplanowano i wdrożono odpowiednie środki zaradcze na wypadek przerw w działaniu systemów informatycznych, np.: sporządzanie kopii awaryjnych, przechowywanie kopii awaryjnych poza siedzibą Centrum Onkologii, szkolenie pracowników,

8) Ograniczenie dostępu do zasobów

1. W Centrum Onkologii wprowadzono odpowiednie środki ograniczenia i kontroli dostępu do budynków, obiektów i pomieszczeń oraz środki ich ochrony. W szczególności:
 - dostęp osób spoza Centrum Onkologii do siedziby i innych obiektów jest ograniczony i kontrolowany, np.: przy pomocy pracowników ochrony, poprzez zabezpieczenia techniczne, wprowadzenie identyfikatorów dla pracowników np.,
 - dostęp pracowników do siedziby, obiektów i pomieszczeń poza godzinami pracy jest ograniczony i kontrolowany,
 - pomieszczenia o istotnym znaczeniu (np. kasa, magazyn, serwerownia, kancelaria tajna, archiwum) są odpowiednio chronione za pomocą zabezpieczeń technicznych a dostęp do nich kontrolowany i ograniczony tylko do uprawnionych pracowników,
 - zakres ograniczeń dostępu oraz sposób zabezpieczenia budynków, obiektów i pomieszczeń jest odpowiedni do szacowanego ryzyka zagrożeń i nieprawidłowości,
 - system ograniczenia dostępu do budynków, obiektów i pomieszczeń oraz ich ochrony jest okresowo oceniany i ulepszany,
 - w budynkach, obiektach i pomieszczeniach wprowadzono zabezpieczenia przeciwpożarowe odpowiednie do szacowanego ryzyka (np. system alarmowy, urządzenia przeciwpożarowe),

- został opracowany plan ochrony budynków, obiektów i zasobów w przypadku wystąpienia klęsk żywiołowych, zagrożenia dla środowiska lub innych wyjątkowych okoliczności; plan został zakomunikowany wszystkim pracownikom.
2. W Centrum Onkologii funkcjonują odpowiednie mechanizmy w celu zapewnienia ochrony zasobów materialnych i ich właściwego wykorzystania. W szczególności:
- zostały wprowadzone i zakomunikowane wszystkim pracownikom zasady i procedury dotyczące gospodarki zasobami Centrum Onkologii, ich właściwego wykorzystania i ochrony,
 - została wprowadzony regulamin określający zasady przeprowadzania inwentaryzacji w Centrum Onkologii,
 - przy określaniu ryzyka związanego z poszczególnymi rodzajami zasobów brana jest pod uwagę np. ich wartość, łatwość transportu, możliwość zamiany, atrakcyjność,
 - zidentyfikowano zasoby o znaczeniu krytycznym i wdrożono odpowiednie środki ich ochrony,
 - pracownicy mają świadomość swojej odpowiedzialności za mienie ogólnodostępne oraz swoich obowiązków w zakresie jego ochrony i właściwego wykorzystania,
 - pracownicy mają świadomość swojej odpowiedzialności za inne zasoby powierzone ich ochronie, np.: dokumenty, druki, pieczęcie, oraz swoich obowiązków w zakresie ich ochrony i właściwego wykorzystania,
 - wprowadzono odpowiednie środki ochrony zasobów szczególnie narażonych na stratę, kradzież, uszkodzenia lub nieuprawnione użycie,
 - pracownicy mają świadomość swojej odpowiedzialności za mienie im powierzone oraz swoich obowiązków w zakresie jego ochrony i właściwego wykorzystania,
 - zostały zapewnione odpowiednie środki organizacyjne i techniczne umożliwiające pracownikom zabezpieczenie powierzonego mienia,
 - interesy Centrum Onkologii w związku z powierzeniem pracownikom mienia do osobistego używania, np.: telefonów komórkowych, przenośnych komputerów, samochodów służbowych lub innych urządzeń, zostały w odpowiedni sposób zabezpieczone,
 - powierzenie pracownikom mienia do zwrotu lub wyliczenia się nastąpiło w drodze pisemnej i było prawidłowe,
 - składniki majątku trwałego są odpowiednio oznakowane,

- prowadzone są okresowe porównania rzeczywistego stanu zasobów z zapisami w księgach i innych rejestrach a różnice są wyjaśniane; częstotliwość porównań jest odpowiednia do ryzyka związanego z daną grupą zasobów,
 - pracownicy zostali odpowiednio przeszkoleni w zakresie umiejętności korzystania z wyposażenia, w szczególności urządzeń specjalistycznych oraz urządzeń o dużej wartości,
 - funkcjonują odpowiednie mechanizmy kontrolne zapewniające właściwe wykorzystanie zasobów; zostały wyznaczone osoby odpowiedzialne za zapewnienie właściwego wykorzystania poszczególnych zasobów Centrum Onkologii.
3. Zasoby Centrum Onkologii o szczególnym znaczeniu dla gospodarki finansowej, są odpowiednio chronione a dostęp do nich jest ograniczony do uprawnionych osób i kontrolowany. W szczególności:
- wprowadzono zasady i procedury ochrony zasobów o szczególnym znaczeniu dla gospodarki finansowej Centrum Onkologii,
 - zostały wyznaczone osoby odpowiedzialne za środki gotówkowe, i płatnicze, czek, weksle, gwarancje bankowe, karty wzorów podpisów, pieczęcie urzędowe, urządzenia i dane służące do składania podpisu elektronicznego, druki ścisłego zarachowania,
 - zostały zapewnione odpowiednie środki ochrony, w tym zabezpieczenia techniczne, powyższych zasobów w celu ich bezpiecznego przechowywania i transportu,
 - odpowiedzialność materialna za ww. zasoby została przekazana odpowiednim pracownikom; przekazanie odpowiedzialności nastąpiło w formie pisemnej i w prawidłowy sposób,
 - osoby odpowiedzialne za ww. zasoby zostały zaznajomione z odpowiednimi przepisami i procedurami oraz są świadome swojej odpowiedzialności i swoich obowiązków związanych z ochroną tych zasobów,
 - pracownicy przestrzegają zasad i procedur dotyczących ochrony ww. zasobów,
 - dostęp do dokumentów rachunkowych¹ mają tylko osoby upoważnione; zostały wyznaczone osoby odpowiedzialne za ich ochronę oraz wprowadzono odpowiednie środki ochrony,
 - dokumenty rachunkowe są chronione przed niedozwolonymi zmianami, nieupoważnionym rozpowszechnieniem, uszkodzeniem lub zniszczeniem,

¹ W niniejszym dokumencie jako dokumenty rachunkowe rozumie się: dokumentację opisującą przyjęte przez jednostkę zasady rachunkowości, księgi

- pozostałe posiadane dokumenty (np.: umowy, licencje, decyzje, zezwolenia, koncesje) są odpowiednio przechowywane i chronione, wyznaczone osoby odpowiedzialne za ich ochronę,
 - dokumentacja wytwarzana przez Centrum Onkologii jest odpowiednio przechowywana i chroniona.
4. Dostęp do zasobów informatycznych jednostki mają wyłącznie uprawnione osoby. W szczególności:
- wprowadzono zasady i procedury ochrony zasobów informatycznych Centrum Onkologii,
 - wprowadzono odpowiednie środki ograniczenia dostępu do zasobów informatycznych (do sieci, komputerów, serwerów, baz danych, oprogramowania systemowego, aplikacji np.),
 - środki ograniczenia dostępu obejmują zabezpieczenia fizyczne odpowiednich pomieszczeń (np. serwerownie) jak również zabezpieczenia sprzętowe, systemowe, programowe,
 - wprowadzono fizyczne i informatyczne środki kontroli, zapobiegania i wykrywania nieuprawnionego dostępu do zasobów informatycznych, w szczególności do sieci, systemów informatycznych, urządzeń, aplikacji, baz danych,
 - zmiany dokonywane w oprogramowaniu systemowym są kontrolowane,
 - dostęp do zasobów informatycznych mają tylko pracownicy posiadający odpowiednie umiejętności oraz po odpowiednim przeszkoleniu w zakresie ochrony tych zasobów,
 - pracownicy mają świadomość własnych obowiązków w zakresie ochrony zasobów informatycznych oraz przestrzegają ustalonych zasad i procedur,
 - wejścia do systemów informatycznych są monitorowane, widoczne naruszenia są badane i podejmowane są odpowiednie działania zapobiegawcze oraz dyscyplinarne.

5. AUDYT WEWNĘTRZNY

1) Audyt wewnętrzny

Zgodnie z art.35d pkt.1 ustawy o finansach publicznych na Centrum Onkologii spoczywa obowiązek prowadzenia audytu wewnętrznego. Audytem wewnętrznym jest ogół działań, przez które Dyrektor Centrum Onkologii uzyskuje obiektywną i niezależną ocenę funkcjonowania Centrum Onkologii w zakresie gospodarki finansowej pod względem legalności, gospodarności, celowości, rzetelności, a także przejrzystości i jawności.

Audyt wewnętrzny obejmuje:

1. badanie dowodów księgowych oraz zapisów w księgach rachunkowych,
2. ocenę systemu gromadzenia środków publicznych i dysponowania nimi oraz gospodarowania mieniem,
3. ocenę efektywności i gospodarności zarządzania finansowego.

Audyt wewnętrzny w Centrum Onkologii prowadzi audytor wewnętrzny zatrudniony w Centrum Onkologii.

Audytor wewnętrzny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Centrum Onkologii, który zapewnia organizacyjną odrębność wykonywania przez niego zadań określonych w ustawie o finansach publicznych.

- Audyt wewnętrzny, przeprowadza się na podstawie rocznego planu audytu wewnętrznego, zwanego dalej "planem audytu". W uzasadnionych przypadkach audyt wewnętrzny przeprowadza się poza planem audytu. Plan audytu przygotowuje audytor wewnętrzny w porozumieniu kierownictwem jednostki.

Plan audytu zawiera w szczególności:

- 1) analizę obszarów ryzyka w zakresie gromadzenia środków publicznych i dysponowania,
- 2) tematy audytu wewnętrznego,
- 3) proponowany harmonogram realizacji audytu wewnętrznego,
- 4) planowane obszary, które powinny zostać objęte audytem wewnętrznym w kolejnych latach.

Audytor wewnętrzny przedstawia Dyrektorowi Centrum Onkologii:

- do końca marca każdego roku - sprawozdanie z wykonania planu audytu za rok poprzedni,
- do końca października każdego roku - plan audytu na rok następny.

1. Sprawozdanie z przeprowadzenia audytu wewnętrznego jest przekazywane Dyrektorowi Centrum Onkologii.
2. Dyrektor Centrum Onkologii, na podstawie sprawozdania z przeprowadzenia audytu wewnętrznego, podejmuje działania mające na celu usunięcie uchybień oraz usprawnienie funkcjonowania Centrum Onkologii w zakresie gospodarki finansowej, informując o tym audytora wewnętrznego.

II. WYTYCZNE W SPRAWIE WYKONYWANIA PROCEDUR KONTROLI FINANSOWEJ

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1.

1. Kontrola finansowa w jednostkach i komórkach organizacyjnych Centrum Onkologii przeprowadzana jest przez pracowników wymienionych w części I § 5 Standardy kontroli finansowej Centrum Onkologii.
2. Kontrola finansowa ma na celu:
 - a) dostarczanie informacji potrzebnych przy podejmowaniu w tym obszarze określonych decyzji merytorycznych,
 - b) zapobieganie potencjalnym zjawiskom negatywnym dotyczącym finansowania i wydatkowania w zakresie bieżącej działalności Centrum,
 - c) wskazywanie ewentualnej konieczności i możliwości usprawniania rozwiązań organizacyjnych i optymalizowania normatywnych dotyczących badanych zagadnień.

§ 2.

Kontrolą finansową obejmuje się:

wszystkie komórki organizacyjne, samodzielne stanowiska pracy w zakresie legalności, rzetelności i racjonalności ponoszonych wydatków oraz kompletności ich udokumentowania, a także poprawności uzyskiwania, kwalifikowania prawidłowości planowania i realizacji określonych rodzajów wydatków.

Rozdział 2

Przedmiot kontroli

§ 3.

Do zadań kontroli finansowej należy:

- a) badanie przebiegu finansowania procesów gospodarczych pod kątem ich zgodności z obowiązującymi przepisami, normami i limitami,
- b) wykrywanie odchyleń i odstępstw od prawnych i ekonomiczno-finansowych zasad dotyczących kontrolowanych podmiotów,
- c) ustalanie przyczyn, skutków i osób odpowiedzialnych za zaistniałe nieprawidłowości,
- d) wskazywanie sposobów i środków likwidacji stwierdzonych nieprawidłowości oraz zapobieganie powstawaniu analogicznych błędów w przyszłości,
- e) optymalne łączenie czynności kontrolnych, ze stosownym instruowaniem osób kontrolowanych i przekazywaniem ich przełożonym przykładów najlepszych rozwiązań.
- f) dostarczanie informacji o ewentualnym niedostosowaniu lub negatywnym oddziaływaniu określonych norm prawnych czy zastanych rozwiązań organizacyjnych.

§ 4.

Kontrolę przeprowadza się z punktu widzenia kryteriów: legalności, celowości, gospodarności i rzetelności operacji gospodarczych oraz prawidłowości ich udokumentowania.

§ 5.

Realizując kontrolę finansową należy:

- a) prowadzić wszelkie czynności zgodnie z przepisami prawa,
- b) obiektywnie, rzetelnie i poprawnie dokumentować ustalenia,
- c) przedstawiać fakty mające potwierdzenie w źródłach dowodowych,
- d) odnosić ustalenia do działalności konkretnej komórki organizacyjnej kontrolowanej jednostki,
- e) przestrzegać tajemnicy państwowej i służbowej,

§ 6.

1. Przedmiotem kontroli finansowej jest:

- a) prawidłowość wykonywania planu rzeczowo-finansowego, w szczególności realizacja wydatków i przewidzianych w planie Centrum Onkologii, w tym głównie:

- tryb dokonywania zmian w planie rzeczowo-finansowym,
- przebieg realizacji budżetu (w proporcji do upływu czasu i w zgodności do zaplanowanych rodzajów wydatków i dochodów),
- dyscyplina finansów publicznych i odpowiedzialność za jej naruszenie w świetle aktualnych unormowań prawnych.

b) przestrzeganie przepisów prawa oraz zasad i trybu postępowania, w szczególności wykorzystywanie środków finansowych zgodnie z przeznaczeniem, w tym przede wszystkim:

- poprawność naliczania uposażeń, wynagrodzeń i świadczeń pochodnych od płac,
- poprawność naliczania innych świadczeń (równoważników, ekwiwalentów, itp.) realizowanych w formie pieniężnej,
- prawidłowość dokonywania zwrotu wydatków ponoszonych przez pracowników na rzecz jednostki,
- zgodność realizacji zakupów środków rzeczowych i zlecania usług z założeniami planowanymi oraz ocena ich celowości.

2. Przedmiotem kontroli finansowej jest również:

a) ustalanie i odprowadzanie:

- zobowiązań podatkowych,
- zobowiązań wobec kontrahentów
- prawidłowość wykorzystywania dotacji celowych,
- poprawność zawierania umów na dostawy, usługi i roboty m.in. w kontekście przestrzegania zasad, form i trybu postępowania, określonych w przepisach o zamówieniach publicznych,
- finansowe rozliczenia zadań inwestycyjno-remontowych, ze szczególnym przestrzeganiem poprawność kosztorysowania i rzetelność fakturowania wykonanych robót, odbioru technicznego.

- gospodarowanie rzeczowymi składnikami majątkowymi, a w tym:
 - fizyczne i ewidencyjne zabezpieczenie mienia państwowego znajdującego się w dyspozycji Centrum Onkologii,
 - poprawność wykorzystywania i rozporządzania tymże mieniem (zwłaszcza w zakresie przekazywania, likwidacji, najmu, dzierżawy, użyczenia),
 - przeprowadzanie i rozliczanie inwentaryzacji poszczególnych rodzajów składników majątkowych w aspekcie obowiązujących w tym zakresie przepisów,
 - tryb postępowania w przypadkach ujawnienia szkód w mieniu poprawność rozliczania równowartości tychże szkód,
 - tryb postępowania przy realizacji odszkodowań wypłacanych, pracownikom i osobom trzecim,
 - zasadność zawierania ugod pozasądowych,
 - kompletność i terminowość windykacji wszelkich należności Centrum Onkologii,
- b) wielkość i przyczyny powstawania zobowiązań w poszczególnych okresach sprawozdawczych, zwłaszcza na koniec roku oraz terminowość ich regulowania,
- c) prawidłowość organizacji i przestrzegania obowiązujących zasad prowadzenia rachunkowości, a w tym:
- system obiegu dokumentów księgowych, zwłaszcza zaś prawidłowość i terminowość ich opracowywania, zatwierdzania i realizacji, w kontekście ujęcia powyższego w instrukcji obiegu dokumentów księgowych,
 - kompletność i poprawność poszczególnych dowodów księgowych,
 - prawidłowość dekretowania, księgowania i przechowywania dowodów księgowych,
 - prawidłowość prowadzenia ksiąg rachunkowych,
 - poprawność, kompletność i rzetelność wyceny aktywów i pasywów oraz respektowanie obowiązku potwierdzania ich stanu spisami z natury,

- kompletność wymaganej sprawozdawczości finansowej i jej zgodność z danymi ewidencji finansowo-księgowej,
 - zachowanie ciągłości bilansowej.
- d) wykonywanie przez głównego księgowego, i pracowników w tym również zadań i obowiązków nałożonych aktualnymi przepisami w tym zakresie,
- systemu pobierania i rozliczania druków ścisłego zarachowania,
 - terminowości i kompletności rozliczania się pracowników ze środków pieniężnych pobranych jako zaliczki
 - form, metod i skuteczności bieżącej kontroli
- e) poprawność działania różnego rodzaju - funkcjonujących w obszarze gospodarki - komisji (ds. przetargów, inwentaryzacyjnych).

Rozdział 3

Organizacja kontroli finansowej

§ 7.

1. System kontroli finansowej w Centrum Onkologii obejmuje:
 - a) kontrolę funkcjonalną, która odgrywa podstawową, kluczową rolę w systemie nadzoru i kontroli. Jest ściśle, integralnie związana z procesem zarządzania, kierowania i działania poszczególnych jednostek, komórek organizacyjnych, stanowisk samodzielnych oraz Centrum Onkologii jako całości. Od jej właściwego funkcjonowania zależy sprawność i prawidłowość działania poszczególnych jednostek, komórek organizacyjnych i stanowisk pracy. Zakres sprawowanej kontroli funkcjonalnej wyznacza „Regulamin organizacyjny Centrum Onkologii”, zakresy czynności, obowiązków i odpowiedzialności, zasady prowadzenia rachunkowości, zasady udzielania zamówień publicznych i inne przepisy oraz regulaminy i instrukcje szczegółowe.
 - b) kontrolę instytucjonalną, realizowaną obligatoryjnie przez zewnętrzne jednostki uprawnione do przeprowadzenia kontroli oraz Samodzielne Stanowisko ds. Kontroli Wewnętrznej (Rewident zakładowy).

2. Wewnętrzna kontrola funkcjonalna sprawowana jest w formach:

- a) kontroli wstępnej, polegającej na ocenie poprawności dokumentacji (np. umów, projektów, założeń, planów) stanowiącej podstawę zamierzonych operacji, przed ich realizacją,
- b) kontroli bieżącej, polegającej na badaniu operacji gospodarczo-finansowych w trakcie ich przebiegu (realizacji),
- c) kontroli następczej, obejmującej badanie udokumentowania zdarzeń gospodarczych i operacji finansowych po ich zrealizowaniu.

§ 8.

1. Wyróżnia się następujące rodzaje kontroli finansowej:

- a) kompleksowe - obejmujące całość lub większość zagadnień dotyczących działalności finansowej,
- b) problemowe, częściowe - obejmujące jedno lub kilka zagadnień,
- c) sprawdzające - obejmujące realizację zaleceń (wniosków) pokontrolnych wydanych uprzednio.

2. Kontrola prowadzona jest w sposób ciągły.

3. W uzasadnionych przypadkach, niezależnie od kontroli planowanych, mogą być przeprowadzane kontrole doraźne, przede wszystkim w wypadkach:

- a) uzyskania informacji o nadużyciach, ewidentnej niegospodarności lub innych istotnych nieprawidłowościach,
- b) potrzeby pilnego zebrania informacji o:
 - aktualnej sytuacji na danym odcinku działalności,
 - przyczynach określonych skutków finansowych,
 - realizacji konkretnych decyzji właściwych przełożonych,
 - funkcjonowaniu odnośnych regulacji prawnych.

§ 9.

1. Ramową tematykę kontroli kompleksowych zatwierdza Dyrektor Centrum Onkologii.
2. Zakresy tematyczne kontroli problemowych i kontroli doraźnych po uprzednim zaopiniowaniu ich przez Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych- Głównego-Księgowego zatwierdza Dyrektor Centrum Onkologii.

§ 10.

Dyrektor Centrum Onkologii:

- a) bieżąco informuje kierownictwo Centrum Onkologii o wykrytych nadużyciach i najpoważniejszych (systemowych) nieprawidłowościach ujawnionych przez kontrolę finansową,
- b) zapoznaje kierownictwo z rocznymi sprawozdaniami i wynikami kontroli finansowej.

Prawa i obowiązki kontrolującego

§ 11.

1. Czynności kontrolne wykonują upoważnieni pracownicy, zgodnie z przypisanymi kompetencjami i odpowiedzialnością.
2. Do udziału w czynnościach kontrolnych mogą być sporadycznie powoływani pracownicy z innych komórek organizacyjnych a za zgodą właściwych przełożonych - z innych jednostek organizacyjnych.
3. Kontrolujący podlega wyłączeniu z czynności kontrolnych, jeżeli ustalenia kontroli mogą dotyczyć praw, obowiązków i roszczeń jego lub jego współmałżonka, krewnych.

§ 12.

W czasie wykonywania czynności kontrolnych osoba kontrolująca ma prawo:

- a) wstępu i poruszania się po terenie Centrum Onkologii,
- b) wglądu do dokumentów, akt i urządzeń ewidencyjnych Centrum dotyczących przedmiotu kontroli,

- c) wnoszenia do Dyrektora Centrum Onkologii o zarządzenie przeprowadzenia - w określonych sytuacjach - inwentaryzacji składników majątkowych,
- d) wykonywania fotokopii i odpisów dokumentów lub sprawozdań, na zasadach przewidzianych w przepisach o ochronie informacji niejawnych,
- e) żądania wyjaśnień ustnych i pisemnych,
- f) zabezpieczania dokumentów, dowodów księgowych i ewidencji składników majątkowych, mających znaczenie dowodowe dla wyników kontroli.

§ 13.

Obowiązkiem kontrolującego jest:

- a) rzetelne wykonywanie zadań objętych zakresem kontroli,
- b) obiektywne ustalanie stanu faktycznego,
- c) ustalanie przyczyn i skutków finansowych stwierdzonych nieprawidłowości oraz osób bezpośrednio za nie odpowiedzialnych,
- d) udzielanie kontrolowanym wyjaśnień dotyczących zagadnień objętych kontrolą,
- e) służenie fachową pomocą przy interpretacji określonych przepisów,
- f) wykonywanie w taki sposób czynności kontrolnych, aby nie zakłócić pracy w kontrolowanej jednostce, komórce.

§ 14.

Kierownik jednostki, komórki kontrolowanej zapewnia kontrolującemu warunki i środki niezbędne do sprawnego przeprowadzenia kontroli.

Rozdział 4

Przygotowanie, planowanie, realizacja i dokumentacja kontroli

Przygotowanie kontroli

§ 15.

1. Podstawę do przeprowadzenia kontroli stanowi pisemne upoważnienie podpisywane przez Dyrektora Centrum Onkologii, lub upoważnionego zastępcę Dyrektora
2. Upoważnienie do przeprowadzenia kontroli powinno zawierać:
 - a) podstawę prawną kontroli,
 - b) osobę odpowiedzialną lub skład osobowy zespołu kontrolnego, ze wskazaniem kierownika zespołu,
 - c) nazwę jednostki lub komórki organizacyjnej,
 - d) rodzaj kontroli, a w przypadku kontroli problemowej i doraźnej - jej temat,
 - e) zakładany termin rozpoczęcia i zakończenia kontroli.

§ 16.

Wszczęcie kontroli powinno być poprzedzone odpowiednim jej przygotowaniem, polegającym na zapoznaniu się kontrolującego z:

- a) problematyką finansowo-gospodarczą jednostki, komórki przewidzianej do kontroli,
- b) przepisami ogólnymi i wewnętrznymi, związanymi z przedmiotem kontroli,
- c) materiałami z poprzedniej kontroli (protokołami, wystąpieniami pokontrolnymi, sprawozdaniami jednostki z wykonania zaleceń),

Realizacja czynności kontrolnych

§ 17.

1. Przed rozpoczęciem czynności kontrolnych (kontrolujący) przedstawia kierownikowi jednostki, komórki kontrolowanej dokumenty uprawniające do przeprowadzenia kontroli

oraz wnosi o spowodowanie dostarczania niezbędnych materiałów i informacji przez podległe komórki organizacyjne.

2. W kontrolach kompleksowych pierwsze czynności kontrolne polegają na kontroli kasy oraz na ogólnej lustracji obiektów, ze zwróceniem szczególnej uwagi na zabezpieczenie mienia, zastany ład i porządek oraz warunki jego przechowywania bądź użytkowania.
3. Ustalenia kontrolne formułuje się na podstawie dowodów, do których zalicza się w szczególności: dokumenty i dowody rzeczowe, dane z ewidencji i sprawozdawczości, wyniki oględzin oraz pisemne wyjaśnienia i oświadczenia uzyskane od kontrolowanych.
4. Podstawową metodą przeprowadzania kontroli jest metoda reprezentacyjna. Polega ona na badaniu jedynie wybranych operacji, dokumentów lub zapisów księgowych, jednakże w taki sposób, aby dobór i liczba tych próbek pozwalały na dokonanie trafnej oceny całej zbiorowości. W związku z tym stosuje się różne sposoby doboru próbek, np.:
 - a) wszystkich operacji za określony czas (rok, kwartał lub miesiąc),
 - b) operacji, których wartość przekracza pewną kwotę,
 - c) metodą planowego rozrzutu (co piątą, co dziesiątą itd. operację lub pozycję),
 - d) dobór przypadkowy (wrywkowy).

Kontrolujący może również dokonać wyboru próby na podstawie własnej oceny prawdopodobieństwa wystąpienia nieprawidłowości. Ten sposób wyboru może być przydatny przy badaniu stanu zapasów materiałów oraz wyposażenia i środków trwałych, gdzie wybiera się do badania przede wszystkim materiały i środki atrakcyjne, o znacznej wartości lub unikalne.
5. Badane dokumenty sprawdza się pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym.
6. Sprawdzenie dokumentu pod względem merytorycznym polega na ustaleniu, czy operacja:
 - a) miała istotnie miejsce i w jej wyniku nabyte (zbyte, przekazane nieodpłatnie) mienie lub zlecone roboty (usługi) zostały wykonane, przyjęte i zarejestrowane,
 - b) była zgodna z przepisami pod względem cen, norm i warunków umowy,

- c) była niezbędna i gospodarczo uzasadniona,
 - d) została rzetelnie odzwierciedlona w dokumencie wystawionym przez właściwą jednostkę oraz ujęta w ewidencji.
7. Sprawdzenie pod względem formalno-rachunkowym polega na ustaleniu, czy kontrolowany dokument:
- a) jest kompletny, tzn. czy do dokumentu zasadniczego są - w określonych sytuacjach - załączone niezbędne dowody uzupełniające,
 - b) jest zupełny, tj. czy zawiera wszystkie dane niezbędne do zobrazowania operacji, do której udowodnienia ma służyć,
 - c) zawiera dobrze obliczone poszczególne pozycje i sumę ogólną na podstawie podanych w nim cen i stawek jednostkowych,
 - d) jest zatwierdzony (podpisany) przez osobę uprawnioną (dotyczy to zwłaszcza dowodów stanowiących podstawę wypłaty środków pieniężnych lub wydania środków rzeczowych),
 - e) zawiera adnotację właściwych osób o sprawdzeniu pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym.
8. W przypadku uzasadnionego podejrzenia, że dokument jest sfałszowany lub nierzetelny, kontrolujący przeprowadza postępowanie wyjaśniające i ustala stan faktyczny, a kwestionowany dokument dołącza do akt kontroli. Na tę okoliczność należy - w obecności osób odpowiedzialnych za kontrolowany odcinek - sporządzić protokół pobrania dowodu.
9. Sprawdzenie urządzeń ewidencyjnych polega na ustaleniu, czy:
- a) urządzenia ewidencyjne są zalegalizowane i zarejestrowane,
 - b) zapisy w ewidencji (oparte na odpowiednich dokumentach i dowodach księgowych) są kompletne, bieżące i właściwe,
 - c) księgi rachunkowe są prowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami i czy zapewniają prawidłowe i terminowe ustalenie:

- stanu majątku Centrum, zobowiązań i funduszy oraz ich zmian,
- poniesionych kosztów, osiągniętych dochodów, występujących strat i zysków nadzwyczajnych,
- danych niezbędnych do rozliczeń finansowych z budżetem, kontrahentami oraz pracownikami jednostki,
- danych niezbędnych do rozliczenia osób materialnie odpowiedzialnych za majątek Centrum.

10. Dokumenty i przedmioty będące dowodami ujawnionych nadużyć kontrolujący ujmuje w wykazie zabezpieczonych dowodów i przechowuje je w jednostce kontrolowanej w pomieszczeniu przystosowanym do przechowywania dokumentów tajnych, bądź umieszcza w pakiecie zapieczętowanym i zalakowanym, który oddaje za pokwitowaniem kierownikowi jednostki kontrolowanej lub wyznaczonej przez niego osobie, w celu przechowywania według zasad przewidzianych dla dokumentów tajnych
11. W przypadku, gdy zachodzi konieczność dołączenia innych dokumentów do protokołu kontroli, sporządza się ich odpisy w warunkach gwarantujących nienaruszalność kwestionowanych dokumentów. Odpisy poświadczą kierownik kontrolowanej jednostki, komórki lub osoba upoważniona oraz kontrolujący. Na okoliczność zabrania dokumentów, kontrolujący sporządza stosowny protokół.
12. Jeżeli jest konieczne dołączenie do protokołu wyciągów z urządzeń ewidencyjnych, ich zgodność poświadczą kierownik jednostki lub osoba do tego upoważniona oraz kontrolujący.
13. Kontrolujący może sporządzić osobiście lub zalecić sporządzenie niezbędnych zestawień i obliczeń opartych na dokumentach, jeżeli takie dane nie występują w gotowej postaci.
14. Osoby zatrudnione w kontrolowanej jednostce składają pisemne lub ustne wyjaśnienia z własnej inicjatywy lub na żądanie kontrolującego.
15. W przypadku konieczności sprawdzenia rzeczywistego stanu całości określonych składników majątkowych, kontrolujący wnosi o wydanie zarządzenia przeprowadzenia spisu z natury. Spis odbywa się pod nadzorem kontrolującego, jednakże nie bierze on udziału w czynnościach komisji spisowej i nie podpisuje dokumentów spisowych. Kontrolujący

podpisuje natomiast protokół weryfikacyjnego sprawdzenia stanu składników majątkowych, dokonanego na jego życzenie w obecności osoby materialnie odpowiedzialnej.

16. W przypadku powołania rzeczoznawcy jego ekspertyza podlega dołączeniu do protokołu kontroli. Rzeczoznawca działa na podstawie i w zakresie pisemnego upoważnienia kierownika jednostki lub zarządzającego kontrolę.
17. W celu omówienia ustaleń kontroli kompleksowych oraz istotnych kontroli problemowych i określenia środków zmierzających do wyeliminowania przyczyn i skutków stwierdzonych nieprawidłowości oraz wstępnego określenia środków zmierzających do usprawnienia badanej działalności, organizuje się bezpośrednio po zakończeniu czynności - naradę pokontrolną.

Dokumentacja kontroli

§ 18.

1. Głównym dokumentem stanowiącym podstawę oceny jednostki, komórki kontrolowanej i podejmowania wszystkich czynności pokontrolnych, których celem jest usunięcie uchybień i nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli, jest protokół a w przypadku audytu wewnętrznego - sprawozdanie.
2. Protokół (sprawozdanie) kontroli może służyć także jako dowód w ewentualnym postępowaniu dyscyplinarnym i sądowym.

W związku z tym w protokole(sprawozdaniu):

- a) ustalenia powinny być poparte dokumentami potwierdzającymi ujawnione nieprawidłowości wraz z powołaniem się na obowiązujące przepisy, które zostały naruszone,
- b) protokół(sprawozdanie) nie może zawierać subiektywnych ocen kontrolującego oraz spraw wymagających wyjaśnienia, których zbadanie jest możliwe w jednostce kontrolowanej,
- c) sformułowania protokołu(sprawozdania), a zwłaszcza ujawnione uchybienia, błędy i nieprawidłowości winny być przedstawione w sposób zwięzły, konkretny i jednoznaczny.

3. Przy opisie poszczególnych ustaleń należy wskazać sposób badania dokumentów dotyczących określonego zagadnienia, tj. czy badano w sposób całkowity czy wrywkowy, a jeśli wrywkowy - to do jakich dokumentów zostało ograniczone badanie oraz jakie proporcje charakteryzują nasilenie omawianych faktów.
4. Z treścią poszczególnych części protokołu(sprawozdania) należy zapoznać osoby odpowiedzialne za określone odcinki pracy. Jeżeli kierownik danej komórki lub kierownik jednostki nie zgadza się z poszczególnymi faktami przedstawionymi w protokole, kontrolujący obowiązany jest zbadać zasadność tych zastrzeżeń oraz - w wypadku ich potwierdzenia - wnieść odpowiednie poprawki do treści opracowanego protokołu(sprawozdania).

Jeżeli kierownik kontrolowanej komórki organizacyjnej podpisując protokół(sprawozdanie), wnosi do niego zastrzeżenia, szczegółowe ich wyjaśnienie powinien złożyć na piśmie w terminie 7 dni, zarządzającemu kontrolę.

5. Jako załączniki do protokołu(sprawozdania) traktuje się wszelkie dokumenty z wrywkowych kontroli składników majątkowych i oględzin, pisemne wyjaśnienia osób, zestawienia liczbowe, wyciągi, odpisy, opinie rzeczoznawców, kwestionowane dokumenty i rzeczy, co do których zapadła decyzja o ich zabezpieczeniu, szkice, fotografie i zapisy utrwalone przy pomocy urządzeń audio-video.
6. W protokole(sprawozdaniu) winny być ponadto podane:
 - a) pełna nazwa komórki kontrolowanej,
 - b) data rozpoczęcia i zakończenia kontroli z wyszczególnieniem ewentualnych przerw,
 - c) personalia kontrolującego (kontrolujących),
 - d) personalia kierownika i głównego księgowego (naczelnika organu finansowego) kontrolowanej jednostki,
 - e) spis załączników stanowiących integralną część protokołu,
 - f) klauzula o uprawnieniach kierownika jednostki (ust. 4),
 - g) dane o liczbie egzemplarzy protokołu, ich przeznaczeniu i wzmianka o pozostawieniu ilości egzemplarzy kierownikowi jednostki kontrolowanej.

7. Każda strona protokołu(sprawozdania) powinna być podpisana przez kontrolującego i kierownika kontrolowanej jednostki, komórki. Treść protokołu nie może być zmieniana lub uzupełniana. Protokół kontroli sporządza się w dwóch egzemplarzach.
8. Protokół(sprawozdania) z kontroli, którego podpisania odmówił kierownik komórki kontrolowanej, podpisują tylko sami kontrolujący.
9. Osoby, które odmówiły podpisania protokołu, obowiązane są złożyć pisemne wyjaśnienie przyczyn odmowy, które kontrolujący załącza do protokołu, czyniąc o powyższym stosowną wzmiankę na ostatniej stronie protokołu.
10. Odmowa podpisania protokołu nie stanowi przeszkody do prowadzenia postępowania pokontrolnego.

§ 19.

W przypadku, gdy stwierdzone nieprawidłowości wynikają z decyzji kierownika kontrolowanej jednostki, przyczyny tych nieprawidłowości, ze wskazaniem osób za nie odpowiedzialnych należy przedstawić w oddzielnej notatce służbowej, podpisanej przez kontrolującego, a przeznaczonej dla zarządzającego kontrolę.

§ 20.

Za zgodą zarządzającego kontrolę można odstąpić od sporządzania protokołu z kontroli doraźnej lub sprawdzającej, a wyniki badań przedstawić w stosownej notatce służbowej, podpisywanej wówczas tylko przez kontrolujących. Nie dotyczy to jednak sytuacji, kiedy ustalenia kontroli stanowią podstawę do pociągnięcia określonej osoby do odpowiedzialności służbowej, materialnej lub karnej, kiedy to - bez względu na rodzaj kontroli - sporządza się protokół.

Rozdział 5

Postępowanie pokontrolne

§ 21.

1. Po przeanalizowaniu ustaleń kontroli zwartych w protokóle(sprawozdaniu), projektu oceny i zaleceń oraz ewentualnych informacji, o których mowa w § 19, sporządza się, nie później niż w ciągu 14 dni od daty podpisania protokołu kontroli, pisemne wystąpienie pokontrolne.

2. Wystąpienie pokontrolne powinno zawierać:

- a) zwięzłą ocenę kontrolowanej działalności, wynikającą z ustaleń kontroli,
- b) zalecenia zmierzające do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości oraz zapobiegania powstaniu analogicznych błędów w przyszłości; zalecenia z reguły winny dzielić się na podstawowe (kierunkowe) i porządkowe,
- c) wnioski w sprawie ewentualnego pociągnięcia do odpowiedzialności, osób winnych istotnego naruszenia przepisów, zwłaszcza w przypadku, gdy miało to miejsce w wyniku rażącego zaniedbania czy niefrasobliwości,
- d) wnioski o wszczęcie postępowania o odszkodowanie w stosunku do osób odpowiedzialnych za skutki finansowe podjętych decyzji lub zaniechania działań, w wyniku czego jednostka poniosła szkodę,
- e) wnioski wskazujące potrzebę rozliczenia (wypłaty) równowartości ustalonych niedopłat i zaprzychodowania ujawnionych nadwyżek.

3. Wystąpienie pokontrolne podpisuje Dyrektor Centrum Onkologii.

4. Wystąpienie pokontrolne otrzymuje kierownik jednostki, komórki kontrolowanej. Kopię wystąpienia lub stosowny wyciąg mogą otrzymać do wiadomości i wykorzystania zainteresowani.

§ 22.

1. Kierownik jednostki, komórki kontrolowanej w wyznaczonym terminie, zawiadamia Dyrektora Centrum Onkologii o usunięciu nieprawidłowości (opracowaniu harmonogramu ich usunięcia) i podjęciu działań zmierzających do zapobieżenia występowaniu w przyszłości analogicznych błędów i innych nieprawidłowości oraz rozliczeniu kwot zakwestionowanych przez kontrolę - w układzie wydanych zaleceń pokontrolnych.
2. O przyczynach uniemożliwiających wykonanie w pełni określonego zalecenia i wnioskowaniu o jego modyfikację lub uchylenie należy wystąpić do zarządzającego kontrolę nie później, niż w ciągu 30 dni od daty wystąpienia pokontrolnego.

§ 23.

1. Wydający zalecenia pokontrolne obowiązany jest do zbadania ich realizacji przez jednostkę, komórkę kontrolowaną.
2. Sprawdzenia kompletności i rzeczowości informacji o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych dokonuje po otrzymaniu informacji, o której mowa w § 23 ust. 1.
3. Merytoryczne sprawdzenie wykonania przeprowadzane jest w komórce kontrolowanej i polega na sprawdzeniu skutków wydanych dyspozycji, dokonanych rozliczeń i księgowania w odniesieniu do zaszłości oraz ocenie bieżącej poprawności funkcjonowania odcinków działalności, uprzednio kwestionowanych.
4. Czynności, o których mowa w ust. 3 dokonuje się poprzez zrealizowanie odrębnej kontroli sprawdzającej, bądź w przypadku niemożności czy nieopłacalności jej uruchomienia - w trakcie kolejnej kontroli kompleksowej lub problemowej.

§ 24.

W razie ujawnienia w toku kontroli przypadków naruszenia dyscypliny finansów publicznych podejmuje się stosowne działania, przewidziane w ustawie o finansach publicznych, a w razie wykrycia nadużycia, Dyrektor Centrum Onkologii wdraża działania wynikające z ogólnie obowiązujących w tym zakresie przepisów.

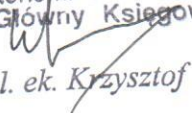
Rozdział 6

Sprawozdawczość

§ 25.

1. Osoby wykonujące kontrolę sporządzają sprawozdania i notatki z wykonania bieżących kontroli i jej wyników, składając się z danych liczbowych i części opisowej, obejmujące w szczególności omówienie:
 - a) oceny wykonania kontroli w okresie sprawozdawczym,
 - b) typowych przypadków znaczących i powtarzających się nieprawidłowości, marnotrawstwa i niegospodarności,
 - c) przyczyn i okoliczności ujawnionych nadużyć, z podaniem jednostek, komórek w których je stwierdzono oraz wniosków w sprawie ich zwalczania,

- d) stwierdzonych przypadków naruszenia dyscypliny finansów publicznych,
 - e) wniosków dotyczących zwiększenia efektywności działania kontroli finansowej,
 - f) przypadków nieskuteczności funkcjonowania określonych przepisów.
2. Sprawozdania, o których mowa w ust.1 przedkładane są Dyrektorowi Centrum Onkologii.

Został Dyrektora
ds. ekonomiczno-finansowych
Główny Księgowy

dypl. ek. Krzysztof Skiba