Zarządzenie Nr 21/2022
Kierownika Dziennego Domu Pobytu dla
Osób Starszych i Niepełnosprawnych w Maryninie
z dnia 28 października 2022 r.

w sprawie wprowadzenia Procedury kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem w Dziennym Domu Pobytu dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych w Maryninie.

Na podstawie art. 68 oraz 69 z dnia 27 sierpnia 2009 r. ustawy o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 305, z późn. zm), Komunikatu Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych, art. 33 ust. 3 i art. 60 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 ze zm.), **zarządzam, co następuje:**

§ 1

Ustala się Procedurę kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem w Dziennym Domu Pobytu dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych w Maryninie, stanowiącą załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zobowiązuje się Kierownika DDP do zorganizowania adekwatnego, skutecznego i efektywnego systemu kontroli zarządczej w Dziennym Domu Pobytu dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych w Maryninie uwzględniając specyfikę jednostki.

§ 3

Wykonanie zarządzenia powierza się Koordynatorowi do spraw wdrożenia i koordynowania kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem w DDP w Maryninie.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Kierownik
Dziennego Domu Pobytu
w Maryninie
mgr Ewelina Pszczoła

Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 21/2022 Kierownika Dziennego Domu Pobytu dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych w Maryninie w Maryninie z dnia 28.10.2022 r.

PROCEDURA
KONTROLI ZARZĄDCZEJ I ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

Niniejszy dokument określa zasady systemu kontroli zarządczej w Dziennym Domu Pobytu dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych w Maryninie z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej ogłoszonych przez Ministra Finansów.

Marynin 2022 r

Wstęp

Kontrolę zarządczą należy utożsamiać z zarządzaniem Dziennym Domem Pobytu dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych w Maryninie, zaś za najistotniejszy jej element należy uznać system wyznaczenia celów i zadań oraz monitorowania stopnia ich realizacji. Kontroli zarządczej nie można utożsamiać i ograniczać tylko do czynności kontrolnych wykonywanych przez pracowników zobowiązanych do jej wykonywania. Kontrola zarządcza jest systemem bardziej złożonym, który ma za zadanie sprawić, aby jednostka osiągnęła cele przed nią postawione. Kontrola zarządcza ma zapewnić zarządzanie ryzykiem.

Najważniejszą ideą zarządzania ryzykiem jest odpowiednie podejście do tego zagadnienia. Zarządzanie ryzykiem nie jest jednorazowym, opracowanym na daną chwilę aktem czy zbiorem wielu decyzji, ale rozciągniętym w czasie procesem. Oczywiście nawet profesjonalne i usystematyzowane zarządzanie ryzykiem nie spowoduje zniknięcia zagrożeń. Przyczyni się natomiast znacznie do tego, że zaistnieją wspólne i jasne kryteria oceny, porównywania i postępowania wobec ryzyk dotyczących skrajnie odmiennych obszarów i funkcji realizowanych przez Kierownika jednostki. Ponadto zostaną zdefiniowane proste zależności pomiędzy skutecznością zarządzania ryzykiem, a osiąganiem celów. Zarządzanie ryzykiem ma istotną wartość dla Kierownika DPP, jak i pozostałych pracowników. Pozwala określić jasne kryteria postępowania w różnych sytuacjach, wypracować wspólne metody i kierunki działania, zidentyfikować zagrożenia w odpowiednim czasie i wprowadzić mechanizmy zabezpieczające, tak aby doprowadzić do zrealizowania celów stawianych przed Gminą bez ponoszenia dodatkowych kosztów.

Zarządzanie ryzykiem przede wszystkim przygotowuje DDP na wypadek wystąpienia konkretnych zagrożeń w rzeczywistości – w momencie tzw. realizacji zagrożeń. DDP, w którym skutecznie zarządza się ryzykiem, ma opracowane metody minimalizowania wystąpienia zagrożenia, a także jego skutków. Już sam fakt istnienia i jakości zarządzania ryzykiem jest, według specjalistów, miarą dojrzałości i kultury organizacji.

Nadrzędnym celem zarządzania ryzykiem jest ochrona i maksymalizacja wartości firmy. Ryzyka nie da się uniknąć, jednak należy podejmować je w sposób świadomy.
Niniejsza Procedura kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem została opracowana w oparciu o najlepszą wiedzę w zakresie identyfikowania, analizowania i zarządzania ryzykiem i będzie podlegała corocznemu przeglądowi oraz w miarę zaistnienia potrzeby będzie poddawana aktualizacji.

ROZDZIAŁ I

Kontrola zarządcza

§ 1

Słownik pojęć

Użyte w niniejszym dokumencie pojęcia oznaczają:

1) **DDP/jednostka** – Dzienny Dom Pobytu dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych w Maryninie;
1) **misja** – szczególny powód istnienia DDP;
2) **kierownik jednostki** – Kierownik DDP;
3) **kierownictwo** - osoby sprawujące funkcje kierownicze lub samodzielne z wyłączeniem kierownika jednostki;
4) **analiza ryzyka** - proces, którego elementami są: identyfikacja, oszacowanie oraz hierarchizacja pojedynczych zdarzeń (wydarzeń, okoliczności) mogących niekorzystnie wpływać na osiągnięcie określonego celu;
5) **nadzór** - istotny mechanizm systemu kontroli zarządczej, który zakłada istnienie właściwego przywództwa, kierownictwa i kontroli hierarchicznej na wszystkich etapach działalności;
6) **standardy** - standardy kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych, określone komunikatem Ministra Finansów;
7) **system kontroli zarządczej** - przyjęty w jednostce system zarządzania (procedury, instrukcje, zasady, mechanizmy) dający racjonalną pewność, że cele jednostki zostaną osiągnięte;
8) **polityka kadrowa** - ogół procedur dotyczących w szczególności: naboru na wolne stanowiska pracy, wdrożenia nowo zatrudnionych pracowników do wykonywania zadań, systemu szkoleń, spraw socjalnych, płac, badań analitycznych dotyczących kadr;
9) **procedura** - dokument wdrożony w jednostce, który w szczególności określa tryb i sposób postępowania obowiązujący przy realizacji danego zadania;
10) **racjonalne zapewnienie** - satysfakcjonujący stopień pewności (że cele jednostki są realizowane) jaki kierownik tej jednostki może uzyskać dzięki właściwemu funkcjonowaniu systemu kontroli zarządczej;
11) **system zarządzania ryzykiem** - proces identyfikacji, analizy oraz oceny i określania reakcji na ryzyko, obejmujący również monitorowanie ryzyka i środków podejmowanych

w celu jego ograniczenia do poziomu akceptowanego;

12) **rejestr ryzyk** - zbiorcze zestawienie wyników identyfikacji, analizy i odpowiedzi na ryzyko oraz mechanizmów kontroli obowiązujących w jednostce;
13) **mechanizm kontroli** - sposób postępowania wynikający z obowiązujących w jednostce regulacji lub z przyjętych zasad postępowania w określonych okolicznościach, zmierzający do zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka;
14) **kwestionariusz samooceny** - formularz sporządzony w oparciu o kryteria wynikające ze standardów kontroli zarządczej;
15) **akceptowany poziom ryzyka** - poziom ryzyka, powyżej którego kierownik jednostki bądź osoby przez niego wyznaczone winny podjąć działania zapobiegawcze i korygujące;
16) **obszar działalności/cel** – wyodrębniona ze względu na jej charakter część działalności jednostki;
17) **zadanie/obszar ryzyka** - zadanie służące realizacji celów jednostki tożsame z obszarem ryzyka określonym w katalogu ryzyk;
18) **ryzyko** – prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń (pozytywnych i negatywnych), które mogą mieć wpływ na osiągnięcie zamierzonych celów lub powodują odchylenia od oczekiwanych stanów. Jest to kombinacja prawdopodobieństwa i oddziaływania (skutku), przy uwzględnieniu postrzeganego znaczenia;
19) **czynniki ryzyka** – działania, zaniechania działań i wydarzenia zewnętrzne oraz wewnętrzne sprzyjające wystąpieniu ryzyka;
20) **poziom ryzyka wysoki** – duża istotność i/lub niezgodność z przepisami, procedurami, (reakcja niezbędna);
21) **poziom ryzyka średni** – średnia istotność i/lub niezgodność z przepisami, procedurami, (monitorować);
22) **poziom ryzyka niski** - mała istotność i/lub niezgodność z przepisami, procedurami (akceptacja).

§ 2

Cele oraz ogólne założenia systemu kontroli zarządczej

1. Kontrola zarządcza w DDP stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji wyznaczonych celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.
2. Kontrola zarządcza jest instrumentem zarządzania DDP we wszystkich obszarach jego działalności, którą sprawuje kierownictwo.

3. Zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej należy do obowiązków kierownika jednostki.
4. Kierownik jednostki ponosi odpowiedzialność za nadzorowanie i kontrolowanie procesów zachodzących w DDP w sposób dający rozsądne zapewnienie, że:
   1) działania podległego mu DDP pozostają w zgodzie z przepisami prawa, zasadami przyjętymi w DDP oraz ze standardami,
   2) zasoby jakimi dysponuje DDP są zużywane w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy a zadania realizowane są na odpowiednim poziomie,
   3) dane i informacje publikowane lub udostępniane wewnętrznie, czy na zewnątrz są rzetelne, wiarygodne i aktualne,
   4) zasoby DDP (włączając w to pracowników, systemy, dane, informacje ,reputacja) są dostatecznie zabezpieczone i nadzorowane,
   5) w DDP przestrzegane i promowane są wartości etyczne;
   6) ryzyka związane z realizacją celów i zadań są na bieżąco identyfikowane oraz monitorowane, aby podejmować odpowiednie działania zaradcze lub korygujące;
   7) procesy zachodzące w DDP są ciągle doskonalone.
5. Mając na uwadze cele kontroli zarządczej do obowiązków Kierownika jednostki w zakresie ustanowienia i sprawowania kontroli zarządczej należy w szczególności:
   1) skuteczna i efektywna organizacja DDP, tak aby była zapewniona realizacja celów i zadań;
   2) monitorowanie stopnia realizacji celów i zadań z wyznaczonymi założeniami oraz w przypadku gdy jest to konieczne, podejmowanie działań korygujących;
   3) uzyskanie racjonalnego zapewnienia, że wydatki publiczne są dokonywane:
      a) w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów,
      b) w sposób umożliwiający terminową realizację zadań,
      c) w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań,
      d) zgodnie z przepisami prawa;
   4) okresowa weryfikacja regulacji wewnętrznych pod kątem celów kontroli zarządczej, występujących ryzyk oraz skuteczności i zasadności ich ustanowienia;
   5) wprowadzenie polityki oraz procedury zarządzania ryzykiem opartych na sformułowanych celach i zadaniach z uwzględnieniem:
      a) identyfikacji ryzyka,

b) analizy i oceny zagrożeń,

c) reakcji na ryzyko, tj. podejmowanie decyzji i działań korygujących w odpowiedzi na pojawiające się zagrożenia,

d) monitorowania występowania zagrożeń (stanów niepożądanych),

e) okresowej aktualizacji ryzyk i zagrożeń;

6) sporządzanie wymaganych sprawozdań i informacji o stopniu realizacji celów i zadań. W przypadku braku bądź nieterminowej realizacji celów i zadań sprawozdanie powinno wskazywać przyczyny zaistniałego stanu;

7) zapewnienie skuteczności wykonywania kontroli zarządczej i dbałość o ciągłą poprawę realizowanych przez jednostkę procesów.

§ 3

Organizacja systemu kontroli zarządczej

1. Za wdrożenie, monitorowanie i ocenę systemu kontroli zarządczej odpowiada Kierownik jednostki.
2. Obowiązkiem Kierownika jednostki jest opracowanie wewnętrznych regulacji dotyczących wdrożenia, organizacji i zasad funkcjonowania kontroli zarządczej w DDP z uwzględnieniem niniejszego dokumentu.
3. Kierownik/pracownik na samodzielnym stanowisku pracy (każdej komórki organizacyjnej) odpowiada za system kontroli zarządczej, w tym za jego monitorowanie, w ramach posiadanych kompetencji.

§ 4

Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej

1. Ocena stanu kontroli zarządczej dokonywana jest na bieżąco, na podstawie udokumentowanych informacji o stanie kontroli zarządczej pochodzących w szczególności z:

a) monitorowania realizacji celów i zadań,

b) samooceny kontroli zarządczej, przeprowadzonej z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej,

c) procesu zarządzania ryzykiem,

d) audytu wewnętrznego (jednostka może zlecić przeprowadzenie audytu wewnętrznego mimo, że nie ma ustawowego obowiązku prowadzenia),

e) kontroli wewnętrznych (w przypadku wyodrębnienia stanowiska ds. kontroli wewnętrznej),

f) kontroli zewnętrznych,

oraz innych źródeł informacji (w tym np. wyników przeglądów systemów zarządzania).

2. Zapewnienie o stanie kontroli zarządczej następuje w formie oświadczenia składanego Wójtowi Gminy za poprzedni rok w terminie do dnia 31 stycznia roku następnego przez Kierownika DDP.
3. Kierownik DDP może zażądać zapewnienia o stanie kontroli zarządczej od kierowników komórek organizacyjnych.
4. Na oświadczeniu o stanie kontroli zarządczej nie mogą być składane inne podpisy, np. przez osoby odpowiedzialne za poszczególne części ustanowionego systemu kontroli zarządczej.
5. Jeżeli doszło do zmiany na stanowisku kierownika DDP w trakcie lub po zakończeniu roku, przed ustalonym terminem złożenia oświadczenia za poprzedni rok, oświadczenie o stanie kontroli zarządczej podpisuje Kierownik kierujący DDP w dniu złożenia oświadczenia.

§ 5

1. Stosowane w DDP Standardy kontroli zarządczej, określają podstawowe wymagania odnoszące się do kontroli zarządczej w sektorze publicznym.
2. Dla DDP ustala się jednolite wymagania w odniesieniu do poszczególnych obszarów Standardów:

1) środowisko wewnętrzne,

2) cele i zarządzanie ryzykiem,

3) mechanizmy kontroli,

4) informacja i komunikacja,

5) monitorowanie i ocena.

§ 6

Środowisko wewnętrzne

Pracownicy DDP realizują sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, niezastrzeżone ustawami na rzecz innych podmiotów oraz pełnią służbę publiczną poprzez wykonywanie określonych przepisami prawa zadań, z każdorazowym uwzględnieniem dobra Rzeczpospolitej Polski i Gminy na terenie której działają. Zapewniając sprawne i rzetelne funkcjonowanie, przestrzegają kanonów etycznych zawartych w przepisach prawa oraz powszechnie

akceptowalnych standardach postępowania.

1. **Przestrzeganie wartości etycznych**

   Poza ogólnie obowiązującymi normami prawnymi w DDP wdrożony został Kodeks Etyki pracowników Dziennego Domu Pobytu dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych w Maryninie określający pożądane zachowanie wśród pracowników jednostki.

2. **Kompetencje zawodowe**

   Uregulowania zawarte w ustawie o pracownikach samorządowych.

3. **Struktura organizacyjna**

   Struktura organizacyjna dostosowywana jest do aktualnych celów i zadań DDP.

   Aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności jest określony dla każdego pracownika w formie pisemnej w sposób precyzyjny, adekwatny do wagi podejmowanych decyzji, stopnia ich skomplikowania i ryzyka z nimi związanego.

   Zakres stałych uprawnień jest uwzględniony w regulaminie organizacyjnym DDP.

4. **Delegowanie uprawnień**

   Delegowanie uprawnień oraz udzielanie upoważnień następuje w formie pisemnego upoważnienia wpinanego do akt osobowych.

§ 7

Cele i zarządzanie ryzykiem

Określenie misji służy ustalaniu hierarchii celów i zadań oraz efektywnemu zarządzaniu ryzykiem. Zarządzanie ryzykiem służyć ma zwiększeniu prawdopodobieństwa osiągnięcia celów i zadań DDP.

1. **Misja:**

   Misją Domu Dziennego Pobytu dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych jest zapewnienie wsparcia uczestnikom poprzez umożliwienie korzystania z oferty usług aktywizacyjnych, prozdrowotnych i socjalnych, które przyczyniają się do kompensowania skutków samotności, ograniczonej samodzielności i niepełnosprawności, a także propagowania godnego i zdrowego życia w wieku senioralnym.

2. **Określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji.**

   1) Do zadań kierownika jednostki należy:

      a) realizacja misji, celów i zadań określonych w perspektywie rocznej,

      b) monitorowanie i ocena realizacji zadań,

      c) zarządzanie ryzykiem.

2) Kierownik jednostki w oparciu o cele i zadania określa plan pracy, który zawiera w szczególności:
   a) cele,
   b) zadania służące realizacji celów,
   c) mierniki przypisane odpowiednio do zadań,
   d) osoby odpowiedzialne za realizację zadań,
   e) terminy ich realizacji,
   f) zasoby przeznaczone do realizacji celów i zadań.
3) Kierownik jednostki prowadzi bieżącą ocenę (monitoring) realizacji zadań.

3. Identyfikacja ryzyka

1) Nie rzadziej niż raz w roku Kierownik jednostki dokonuje identyfikacji ryzyka związanego z celami i zadaniami DDP, dotyczącego zarówno działalności całej jednostki, jak i realizowanych przez DDP konkretnych programów, projektów czy zadań;
2) DDP prowadzi rejestr ryzyka;
3) Wskazane jest opracowanie katalogu ryzyk oraz standaryzacja systemu zarządzania ryzykiem w odniesieniu do określonych w rocznej perspektywie celów i zadań DDP.

4. Analiza ryzyka

1) Zidentyfikowane ryzyka poddawane będą analizie mającej na celu określenie możliwych skutków i prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka;
2) Kierownik jednostki określa akceptowany poziom ryzyka.

5. Reakcja na ryzyko

W stosunku do każdego istotnego ryzyka określone zostaną działania w celu ograniczenia go do akceptowanego poziomu.

1) Po przeprowadzeniu analizy ryzyka i ocenie jego istotności, Kierownik jednostki określa stopień ryzyka jaki DDP jest gotowy podjąć, aby zrealizować swoje cele i zadania;
2) Ryzykiem akceptowanym jest ryzyko o poziomie istotności niskim;
3) Ryzyko przekraczające akceptowany poziom ryzyka wymaga ustalenia i podjęcia działań ograniczających to ryzyko, poprzez wprowadzenie odpowiednich mechanizmów kontroli. Koszty mechanizmów kontroli nie powinny przekraczać potencjalnych korzyści;

4) W stosunku do każdego rodzaju ryzyka, którego poziom istotności mieści się w akceptowanym poziomie ryzyka dla DDP mogą zostać wskazane odpowiednie działania służące wdrożeniu określonego rodzaju reakcji na ryzyko;
5) Kierownik jednostki określa procedury dotyczące systemu zarządzania ryzykiem oraz dokumentuje przebieg procesu.

§ 8

Mechanizmy kontroli

1. Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej.

1) Dokumentacja systemu kontroli zarządczej obejmuje w szczególności:
   a) procedury wewnętrzne,
   b) wytyczne,
   c) zakresy obowiązków uprawnień i odpowiedzialności pracowników.
2) Dokumentacja powinna być spójna i dostępna dla wszystkich osób, dla których jest niezbędna.
3) Wskazane jest udostępnianie dokumentacji wszystkim pracownikom DDP.

2. Nadzór

1) W DDP prowadzony jest właściwy nadzór, którego celem jest upewnienie się, że zadania wynikające z przyjętego systemu kontroli zarządczej są przestrzegane i należycie realizowane,
2) Nadzór sprawowany jest w szczególności poprzez akceptację wyników pracy w kluczowych punktach oraz zatwierdzanie projektów i dokumentów,
3) Zakres nadzoru określony jest w Regulaminie Organizacyjnym Dziennego Domu Pobytu dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych w Maryninie.

3. Ciągłość działalności

1) Utrzymanie ciągłości działalności zapewniają uregulowania zawarte w procedurach wewnętrznych, w tym w szczególności:
   a) system stałych zastępstw,
   b) plan urlopów,
   c) polityka rachunkowości.

4. Ochrona zasobów

1) Kierownik jednostki ustanowił procedury gwarantujące dostęp do zasobów jedynie osobom uprawnionym w tym, m. in. w sprawie:
   a) ochrony dokumentów i informacji niejawnych, danych osobowych oraz

stanowiących tajemnicę służbową,

b) bezpieczeństwa pożarowego,

c) bhp,

d) systemów informatycznych.

5. Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych.

1) W DDP sformalizowane zostały zasady dotyczące kontroli i obiegu dokumentów związanych z operacjami finansowymi i gospodarczymi oraz udzielaniem zamówień publicznych,

2) Kluczowe obowiązki dotyczące realizacji operacji finansowych i gospodarczych zostały rozdzielone pomiędzy różne osoby.

6. Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych.

1) W DDP funkcjonują mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych, w szczególności:

a) mechanizmy kontroli dostępu do zasobów informatycznych,

b) sprzętu,

c) systemu,

d) aplikacji wewnętrznych i zewnętrznych,

e) danych,

2) mechanizmy kontroli, o których mowa w pkt. 1 mają na celu ochronę systemów informatycznych przed nieautoryzowanymi zmianami, utratą lub ujawnieniem;

§ 9

Informacja i komunikacja

1. Bieżąca informacja

Kierownik jednostki zapewnił pracownikom dostęp do informacji niezbędnych do wykonywania przez nich powierzonych im obowiązków.

2. Komunikacja wewnętrzna

1) System komunikacji umożliwia przepływ potrzebnych informacji wewnątrz DDP, zarówno w kierunku pionowym, jak i poziomym,

2) Szybki i sprawny przepływ informacji zapewniają w jednostce kanały elektronicznej komunikacji wewnętrznej oraz przekazy pisemne.

3. Komunikacja zewnętrzna

Kierownik DDP określił formalne zasady kontaktów z przedstawicielami mediów oraz nadzoruje bieżącą aktualizację informacji w Biuletynie Informacji Publicznej.

§ 10

Monitorowanie i ocena

1. **Monitorowanie systemu kontroli zarządczej.**
   1) Kierownik jednostki odpowiedzialny jest za bieżącą ocenę funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w DDP,
   2) Mechanizmy kontroli zarządczej w obszarach gdzie wykryto nieprawidłowości podlegają ponownej ocenie i w razie potrzeby modyfikacji,
   3) Kierownik jednostki analizuje wszelkie uwagi kierowane przez organy nadzorujące lub kontrolne mogące wskazywać na niedoskonałości systemu kontroli zarządczej oraz podejmuje działania zaradcze i korygujące,

2. **Samoocena**
   1) Zaleca się przynajmniej raz w roku, po upływie pierwszego półrocza **(nie później niż do 30 listopada)** przeprowadzenie samooceny kontroli zarządczej,
   2) Proces samooceny powinien być udokumentowany,
   3) Samoocenę przeprowadza się z wykorzystaniem jednolitego kwestionariusza samooceny kontroli zarządczej, a w przypadku uznania za konieczne pogłębienia samooceny możliwe jest zastosowanie innych form. Kwestionariusz samooceny kontroli zarządczej stanowi załącznik Nr 1 do Procedury.

3. **Audyt wewnętrzny**

   Audyt wewnętrzny dokonuje oceny adekwatności, skuteczności i efektywności systemu kontroli zarządczej na podstawie przeprowadzonych zadań audytowych i w razie stwierdzenia konieczności podjęcia określonych działań przedstawia rekomendację w kierunku poprawy tego systemu.

4. **Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej**
   1) Źródłem uzyskania zapewnienia o stanie kontroli zarządczej są w szczególności wyniki:
      a) monitorowania realizacji celów i zadań,
      b) samooceny kontroli zarządczej, przeprowadzonej z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych,
      c) procesu zarządzania ryzykiem,
      d) audytu wewnętrznego (w przypadku jego prowadzenia),
      e) kontroli wewnętrznych,
      f) kontroli zewnętrznych,

stanowiących tajemnicę służbową,

b) bezpieczeństwa pożarowego,

c) bhp,

d) systemów informatycznych.

5. Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych.

1) W DDP sformalizowane zostały zasady dotyczące kontroli i obiegu dokumentów związanych z operacjami finansowymi i gospodarczymi oraz udzielaniem zamówień publicznych,

2) Kluczowe obowiązki dotyczące realizacji operacji finansowych i gospodarczych zostały rozdzielone pomiędzy różne osoby.

6. Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych.

1) W DDP funkcjonują mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych, w szczególności:

a) mechanizmy kontroli dostępu do zasobów informatycznych,

b) sprzętu,

c) systemu,

d) aplikacji wewnętrznych i zewnętrznych,

e) danych,

2) mechanizmy kontroli, o których mowa w pkt. 1 mają na celu ochronę systemów informatycznych przed nieautoryzowanymi zmianami, utratą lub ujawnieniem;

§ 9

Informacja i komunikacja

1. Bieżąca informacja

Kierownik jednostki zapewnił pracownikom dostęp do informacji niezbędnych do wykonywania przez nich powierzonych im obowiązków.

2. Komunikacja wewnętrzna

1) System komunikacji umożliwia przepływ potrzebnych informacji wewnątrz DDP, zarówno w kierunku pionowym, jak i poziomym,

2) Szybki i sprawny przepływ informacji zapewniają w jednostce kanały elektronicznej komunikacji wewnętrznej oraz przekazy pisemne.

3. Komunikacja zewnętrzna

Kierownik DDP określił formalne zasady kontaktów z przedstawicielami mediów oraz nadzoruje bieżącą aktualizację informacji w Biuletynie Informacji Publicznej.

§ 10

Monitorowanie i ocena

1. **Monitorowanie systemu kontroli zarządczej.**
   1) Kierownik jednostki odpowiedzialny jest za bieżącą ocenę funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w DDP,
   2) Mechanizmy kontroli zarządczej w obszarach gdzie wykryto nieprawidłowości podlegają ponownej ocenie i w razie potrzeby modyfikacji,
   3) Kierownik jednostki analizuje wszelkie uwagi kierowane przez organy nadzorujące lub kontrolne mogące wskazywać na niedoskonałości systemu kontroli zarządczej oraz podejmuje działania zaradcze i korygujące,

2. **Samoocena**
   1) Zaleca się przynajmniej raz w roku, po upływie pierwszego półrocza **(nie później niż do 30 listopada)** przeprowadzenie samooceny kontroli zarządczej,
   2) Proces samooceny powinien być udokumentowany,
   3) Samoocenę przeprowadza się z wykorzystaniem jednolitego kwestionariusza samooceny kontroli zarządczej, a w przypadku uznania za konieczne pogłębienia samooceny możliwe jest zastosowanie innych form. Kwestionariusz samooceny kontroli zarządczej stanowi załącznik Nr 1 do Procedury.

3. **Audyt wewnętrzny**

   Audyt wewnętrzny dokonuje oceny adekwatności, skuteczności i efektywności systemu kontroli zarządczej na podstawie przeprowadzonych zadań audytowych i w razie stwierdzenia konieczności podjęcia określonych działań przedstawia rekomendację w kierunku poprawy tego systemu.

4. **Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej**
   1) Źródłem uzyskania zapewnienia o stanie kontroli zarządczej są w szczególności wyniki:
      a) monitorowania realizacji celów i zadań,
      b) samooceny kontroli zarządczej, przeprowadzonej z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych,
      c) procesu zarządzania ryzykiem,
      d) audytu wewnętrznego (w przypadku jego prowadzenia),
      e) kontroli wewnętrznych,
      f) kontroli zewnętrznych,

g) innych źródeł informacji (w tym np. wyników przeglądów systemów zarządzania).

§ 11

Zadania i obowiązki kierownika jednostki w zakresie kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem

1. Kierownik jednostki jest odpowiedzialny za zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej.
2. Kierownik jednostki jest odpowiedzialny za zarządzanie ryzykiem.
3. Kierownik jednostki jest zobowiązany do dokonania identyfikacji zadań, przy wykonywaniu których pracownicy mogą być szczególnie podatni na wpływy szkodliwe dla gospodarki mieniem i wykonywania zadań DDP.
4. Kierownik jednostki dokonuje identyfikacji ryzyka związanego z osiąganiem zadań DDP.
5. Czynności wymienione w ust. 2 powinny być wykonywane przynajmniej raz w roku, a ich wyniki udostępnione pracownikom.
6. Kierownik jednostki ma obowiązek dokonania szczegółowego sprecyzowania zadań i uprawnień oraz ich podziału w sposób precyzyjny i spójny podległym pracownikom.
7. Obowiązki i uprawnienia pracowników oraz ich zakres powinny być sporządzone na piśmie, a ich przyjęcie potwierdzone podpisem. Jeden egzemplarz dokumentu należy umieścić w aktach osobowych pracownika.
8. Właściwe sprecyzowanie zadań i podział mają być gwarancją właściwego i terminowego ich realizowania przez poszczególne osoby.

§ 12

Kontrola zarządcza sprawowana jest przez:

1) **samokontrolę**, czyli kontrolę prawidłowości wykonywania własnej pracy przez wszystkich pracowników, zgodnie z ich zakresami uprawnień i obowiązków,
2) **kontrolę funkcjonalną** wykonywaną w ramach obowiązku nadzoru przez pracowników na stanowiskach kierowniczych,
3) **kontrolę wstępną** przeprowadzoną przed wykonaniem operacji gospodarczej,
4) **kontrolę następczą** przeprowadzoną po zaistnieniu zdarzenia rzeczywistego, mającą na celu wykrycie nieprawidłowości.

§ 13

1. Kontrola zarządcza w procesach kontroli gromadzenia i rozdysponowania środków publicznych oraz gospodarowania mieniem polega na:
   1) badaniu zgodności każdego postępowania z obowiązującymi przepisami prawa,
   2) badaniu efektywności działania i realizacji zadań określonych w odrębnych przepisach,
   3) badaniu realizacji procesów zachodzących w DDP poprzez porównanie ich z planem i określonymi normami oraz wykrywanie odchyleń i nieprawidłowości w realizacji tych zadań,
   4) ujawnieniu nieprawidłowości w gromadzeniu i rozdysponowaniu środków publicznych oraz marnotrawstwa mienia, a także ustaleniu osób odpowiedzialnych za ich powstawanie,
   5) wskazaniu sposobów i środków umożliwiających likwidację nieprawidłowości.
2. Kontrola zarządcza w procesie gromadzenia i rozdysponowania środków publicznych oraz gospodarowania mieniem uwzględnia:
   1) badanie dokumentów pod względem merytorycznym, polegające na stwierdzeniu prawidłowości i zgodności treści dokumentu z rzeczywistością;
   2) badanie dokumentów pod względem formalnym, polegające na stwierdzeniu, czy zawierają one wszystkie typowe dla nich elementy, a w szczególności czy:
      a) wystawione zostały w sposób prawidłowy,
      b) podpisane są przez osoby upoważnione;
   3) badanie dokumentów pod względem rachunkowym, polegające na ustaleniu prawidłowości zawartych w nich działań arytmetycznych,
   4) kontrolę zupełności i kompletności operacji, zmierzającą do zapewnienia, by wszystkie operacje zostały poprawnie udokumentowane i zewidencjonowane w księgach rachunkowych;
   5) porównanie treści operacji z różnymi źródłami informacji oraz zatwierdzanie dokumentów przez upoważnione osoby;
   6) porównanie planu i wykonania ;
   7) przeprowadzenie inwentaryzacji.

§ 14

1. Dowodem przeprowadzenia kontroli przez osoby upoważnione do przeprowadzenia kontroli procesów gromadzenia i rozdysponowania środków publicznych oraz gospodarowania mieniem jest złożenie podpisu wraz z datą na dokumentach dotyczących danej operacji.
2. Złożenie podpisu przez Głównego Księgowego obok podpisu pracownika właściwego rzeczowo oznacza, że:
   1) nie zgłasza zastrzeżeń do przedstawionej przez właściwych rzeczowo pracowników oceny prawidłowości tej operacji i jej zgodności z prawem,
   2) nie zgłasza zastrzeżeń do kompletności oraz formalno-rachunkowej rzetelności i prawidłowości dokumentów dotyczących tej operacji,
   3) zobowiązania wynikające z operacji mieszczą się w planie finansowym DDP.
3. W razie ujawnienia nieprawidłowości w czasie wykonywania kontroli osoba prowadząca kontrolę zobowiązana jest:
   1) zwrócić niezwłocznie nieprawidłowe dokumenty właściwym komórkom organizacyjnym w celu dokonania zmian i uzupełnień;
   2) odmówić podpisania dokumentów nierzetelnych, nieprawidłowych lub dotyczących operacji sprzecznych z przepisami prawa,
   3) zawiadomić jednocześnie na piśmie o tym fakcie kierownika jednostki, który podejmie decyzję w sprawie dalszego postępowania, oraz podjąć niezbędne czynności zmierzające do usunięcia tych nieprawidłowości.

ROZDZIAŁ II

§ 15

Ogólne zasady zarządzania ryzykiem

1. Zarządzanie ryzykiem jest procesem ciągłym, stanowiącym jeden z elementów kontroli zarządczej w DDP.
2. Celem zarządzania ryzykiem jest:
   1) promocja świadomości ryzyka;
   2) usprawnienie procesu planowania;

3) zwiększenie prawdopodobieństwa realizacji zadań i osiągania celów;

4) zapewnienie odpowiednich mechanizmów kontroli zarządczej;

5) zapewnienie Kierownika jednostki otrzymywania na czas bieżącej informacji na temat zagrożeń realizacji celów i zadań.

3. Zarządzanie ryzykiem odbywa się według następujących zasad, w szczególności:
   1) spójności z przepisami prawa oraz wytycznymi w zakresie standardów kontroli zarządczej w jednostkach sektora finansów publicznych;
   2) powiązania z misją, celami i zadaniami DDP;
   3) przypisania odpowiedzialności;
   4) proporcjonalności działań przeciwdziałających ryzyku do jego istotności;
   5) zrozumienia i akceptacji przez pracowników roli zarządzania ryzykiem w realizacji celów DDP;
   6) zaangażowania pracowników w działania związane z zarządzaniem ryzykiem.

§ 16

Odpowiedzialność

1. Zapewnienie funkcjonowania systemu zarządzania ryzykiem należy do zadań Kierownika jednostki.
2. Kierownik jednostki jest odpowiedzialny za identyfikację ryzyk i zarządzanie nimi, promowanie świadomości wśród pracowników oraz wspieranie wszelkich działań w tym zakresie.
3. W odniesieniu do każdego ryzyka ustalany jest właściciel ryzyka, który następnie jest rozliczany z zarządzania tym ryzykiem.
4. Wszyscy pracownicy DDP zobowiązani są do aktywnego udziału w zarządzaniu ryzykiem, w szczególności poprzez:
   1) stosowanie się do obowiązujących w DDP regulacji w zakresie zarządzania ryzykiem;
   2) bieżące identyfikowanie ryzyka i informowanie o nim przełożonych;
   3) podejmowanie działań w celu zminimalizowania skutków ryzyka lub prawdopodobieństwa jego wystąpienia.
5. Rola audytu wewnętrznego w procesie zarządzania ryzykiem obejmuje:
   1) dokonywanie oceny adekwatności, skuteczności i efektywności systemu zarządzania ryzykiem w obszarach objętych zadaniami zapewniającymi;

2) świadczenie usług o charakterze doradczym z zachowaniem zasady niezależności i obiektywizmu;

3) wspieranie kierownika jednostki w usprawnianiu procesu zarządzania ryzykiem.

§ 17

Elementy systemu zarządzania ryzykiem

1. Postępowanie w ramach zarządzania ryzykiem obejmuje następujące czynności:
   1) identyfikację ryzyk, w ramach której nadaje się ryzykom określone symbole;
   2) ocenę ryzyka:
      a) oszacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka (PR),
      b) oszacowanie potencjalnych skutków wystąpienia ryzyka (SR),
      c) określenie współczynnika istotności ryzyka (IR),
      d) ocenę istotności ryzyka;
   3) wyznaczenie akceptowanego poziomu ryzyka;
   4) określenie reakcji (odpowiedzi) na ryzyko poprzez wskazanie:
      a) istniejących mechanizmów kontroli w jednostce w celu ograniczenia ryzyka,
      b) sposobu postępowania z ryzykiem,
      c) nowych lub modyfikację stosowanych rozwiązań służących ograniczeniu prawdopodobieństwa lub skutków wystąpienia ryzyka;
   5) wyznaczenie właścicieli ryzyka;
   6) sporządzenie i prowadzenie rejestru ryzyk występujących w jednostce;
   7) monitorowanie i raportowanie zarządzania ryzykiem.
2. Analiza ryzyka oraz ustalenie metod przeciwdziałania ryzyku dokonywane jest co najmniej raz w roku.
3. Zarządzanie ryzykiem musi być udokumentowane.

§ 18

Identyfikacja ryzyka

1. Identyfikacja ryzyka polega na rozpoznaniu, określeniu i opisaniu ryzyka, które może wystąpić jako zagrożenie dla realizacji celów i zadań DDP, przy czym szczególną uwagę zwraca się na wysokie ryzyko związane z głównymi celami DDP. Jego efektem jest stworzenie listy ryzyk wraz z opisem.

2. Opisując ryzyko należy wskazać jego przyczynę i wpływ na realizację celów i zadań DDP oraz obszarów jego działalności.
3. Identyfikując ryzyko uwzględnia się zagrożenia związane z wystąpieniem jakiegokolwiek zdarzenia, działania lub braku działania, które może uniemożliwić realizację celów i zadań DDP albo mieć ujemny wpływ na jego zasoby lub wizerunek.
4. Identyfikacji poddaje się także ryzyko utracenia korzyści związanych z pojawiającymi się szansami, których DDP może nie wykorzystać.
5. Identyfikując ryzyko analizuje się wyniki wcześniej przeprowadzonych kontroli lub audytów oraz przypadki nieprawidłowości i niepowodzeń w osiąganiu celów DDP w przeszłości.
6. Podczas identyfikacji należy przeanalizować:
   1) cele i zadania DDP;
   2) obszary działalności DDP;
   3) zagrożenia, związane z osiąganiem celów i realizowaniem zadań, w szczególności wynikające z następujących czynników:
   4) struktury organizacyjnej DDP,
   5) sytuacji finansowej DDP, w tym: liczby, rodzaju i wielkości dokonywanych operacji finansowych,
   6) liczby pracowników oraz ich kwalifikacji,
   7) przestrzegania przez pracowników zasad etyki,
   8) warunków pracy w DDP,
   9) wpływów/nacisków zewnętrznych na pracowników DDP (zwłaszcza o charakterze korupcyjnym lub innym kryminogennym),
   10) możliwości zaistnienia zmian (np. zakresu rzeczowego lub terytorialnego działania DDP, struktury organizacyjnej, sposobu działania, fluktuacji kadr, systemów informatycznych).
7. Narzędziami wspomagającymi w procesie identyfikacji ryzyka mogą być np. burza mózgów, oraz otwarty katalog ryzyk zawierający przykładowe ryzyka które mogą wystąpić w poszczególnych obszarach funkcjonowania DDP.
8. Otwarty katalog ryzyk i wzór Rejestru ryzyka wprowadzone zostały zarządzeniem Kierownika DDP.

§ 19

Ocena ryzyka

1. Ocena ryzyka polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka oraz możliwych jego skutków oraz na nadaniu im wartości szacunkowych według przyjętej skali.
2. Na podstawie oszacowanego prawdopodobieństwa oraz skutków wystąpienia ryzyka określa się współczynnik istotności każdego zidentyfikowanego ryzyka.
3. Określenie istotności ryzyka umożliwia uporządkowanie ryzyk według kryterium ich znaczenia dla realizacji celów i zadań DDP i przedstawienie rzeczywistego zagrożenia dla realizacji celów i zadań DDP oraz wskazuje Kierownikowi jednostki kierunki priorytetowe w podejmowaniu odpowiednich działań.
4. Zidentyfikowane i oszacowane ryzyka nanoszone są na mapę ryzyka w celu uzyskania obrazu ryzyka całego DDP.
5. Analiza ryzyka przeprowadzana pierwszy raz w jednostce powinna być dokonana **w terminie nie później niż do dnia 31 grudnia.**

§ 20

Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka

Do oceny prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka uwzględnia się częstotliwość zaistnienia ryzyka (liczbę możliwych powtórzeń). Oszacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka następuje w oparciu o jakościowo-ilościową ocenę, według poniższej tabeli:

Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka	Opis szczegółowy	Wartość punktowa
bardzo rzadkie lub prawie niemożliwe	• zdarzenie może zaistnieć jedynie w wyjątkowych okolicznościach; • wystąpi sporadycznie raz na 5 lat, a najprawdopodobniej w ogóle nie zaistnieje; • nie wystąpiło dotychczas; • dotyczy jednostkowych spraw; • prawdopodobieństwo wystąpienia określa się na 1-20%;	1
małe	• istnieje małe prawdopodobieństwo, że wystąpi kilka razy w ciągu 3 lat; • dotyczy nielicznych spraw;	2

	• prawdopodobieństwo wystąpienia określa się na 21-40%;	
średnie	• zaistnienie zdarzenia jest średnio możliwe, może wystąpić częściej niż kilka razy w ciągu 3 lat; • dotyczy niektórych spraw; • prawdopodobieństwo wystąpienia określa się na 41-60%;	**3**
wysokie	• zaistnienie zdarzenia jest bardzo prawdopodobne; • wystąpi regularnie przynajmniej raz w roku; • dotyczy większości spraw; prawdopodobieństwo wystąpienia określa się na 61-80%;	**4**
prawie pewne	• oczekuje się, że zdarzenie takie nastąpi na pewno; • wystąpi regularnie co miesiąc lub częściej; • dotyczy wszystkich lub prawie wszystkich spraw; • prawdopodobieństwo wystąpienia określa się na 81-100%;	**5**

§ 21

Skutki wystąpienia ryzyka

Do oceny skutków wystąpienia ryzyka uwzględnia się wpływ wystąpienia ryzyka na realizację celów i zadań DDP.

Określenia potencjalnych skutków wystąpienia danego ryzyka dokonuje się w oparciu o jakościowo – ilościową ocenę, według poniższej tabeli:

Skutek wystąpienia ryzyka	Opis szczegółowy	Wartość punktowa skutku
nieznaczny	• znikomy wpływ na realizację celów i zadań DDP; • brak skutków prawnych; • nieznaczny skutek finansowy; • brak wpływu na bezpieczeństwo pracowników; • brak wpływu na wizerunek DDP;	**1**
mały	• mały wpływ na realizację celów i zadań; • brak skutków prawnych; • mały skutek finansowy; • brak wpływu na bezpieczeństwo pracowników; • niewielki wpływ na wizerunek DDP;	**2**
średni	• średni wpływ na realizację celów i zadań; • umiarkowane konsekwencje prawne; • średni skutek finansowy; • brak wpływu na bezpieczeństwo pracowników; • średni wpływ na wizerunek DDP;	**3**
poważny	• poważny wpływ na realizację zadania, w tym poważne zagrożenie terminu jego realizacji, jak i osiągnięcia celu; • poważne konsekwencje prawne;	**4**

	• zagrożenie bezpieczeństwa pracowników; • poważne straty finansowe; • poważny wpływ na wizerunek DDP;	
katastrofalny	• brak realizacji zadania i brak realizacji celu; • bardzo poważne i rozległe konsekwencje prawne; • naruszenie bezpieczeństwa pracowników (ujemne konsekwencje dla ich życia i zdrowia); • wysokie straty finansowe; • utrata dobrego wizerunku DDP w środowisku oraz w opinii publicznej.	**5**

§ 22

Współczynnik istotności ryzyka

1. Określenie prawdopodobieństwa i skutków wystąpienia ryzyka w pięciostopniowej skali, umożliwia ustalenie współczynnika istotności ryzyka – jako iloczynu (wyrażonych punktowo) prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka oraz potencjalnych skutków jego wystąpienia:

   IR = PR x SR

   gdzie:

   IR - to współczynnik istotności ryzyka,

   PR - to prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka,

   SR - to potencjalne skutki wystąpienia ryzyka.

2. Przyjęty wzór dla obliczenia współczynnika istotności ryzyka zakłada, że poziom zagrożenia w każdym wypadku zależy zarówno od prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka, jak i od skutków jego wystąpienia, a więc, że ryzyko bardzo prawdopodobne, ale wywołujące niewielkie skutki może mieć podobny stopień istotności, jak ryzyko mało prawdopodobne, ale o poważnych przewidywanych skutkach.
3. Z uwagi na pięciostopniową skalę zarówno prawdopodobieństwa, jak i skutków wystąpienia ryzyka współczynnik istotności danego ryzyka może przyjąć wartość od 1 do 25.
4. Po przeprowadzonej analizie, wartości przyporządkowane dla skutków i prawdopodobieństwa ryzyka przenoszone są na przedstawioną poniżej mapę ryzyka która pozwala jednoznacznie i możliwie obiektywnie wyodrębnić ryzyka priorytetowe.

Skutek

Mapa ryzyka „5 x 5"

katastrofalny	**5**	**10**	**15**	**20**	**25**
poważny	**4**	**8**	**12**	**16**	**20**
średni	**3**	**6**	**9**	**12**	**15**
mały	**2**	**4**	**6**	**8**	**10**
nieznaczny	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	bardzo rzadkie lub prawie niemożliwe	**małe**	**średnie**	**wysokie**	**prawie pewne**

Prawdopodobieństwo

SKUTEK:	PRAWDOPODOBIEŃSTWO	ISTOTNOŚĆ (funkcja wpływu i prawdopodobieństwa)
1 - nieznaczny **2** - mały **3** - średni **4** - poważny **5** - katastrofalny	**1** - bardzo rzadkie lub prawie niemożliwe **2** - małe **3** - średnie **4** - wysokie **5** - prawie pewne	**niska** - 1 - 6 **średnia** - 8-12 **wysoka** - 15 – 25

§ 23

Ocena istotności ryzyka

1. Współczynnik istotności ryzyka obliczony według wzoru umożliwia dokonanie oceny i hierarchizacji ryzyka, tj. uporządkowanie zidentyfikowanych i oszacowanych ryzyk ze względu na ich znaczenie (od najważniejszych do najmniej ważnych), w zależności od stopnia, w jakim dane ryzyko zagraża realizacji celów i zadań DDP.

2. Do oceny istotności ryzyka stosuje się trzystopniową skalę obejmującą następujące poziomy:
   1) **wysoki** – są to ryzyka o wartości 15 – 25, które istotnie wpływają na kluczową działalność DDP, uniemożliwiają realizację jego zadań i celów, rodzą straty finansowe;
   2) **średni** – są to ryzyka o wartości 8 - 12, które potencjalnie wpływają na kluczową działalność DDP, są zagrożeniem dla realizacji zadań i celów, zagrażają powstaniem strat finansowych;
   3) **niski** – są to ryzyka o wartości 1 - 6, które nie mają wpływu na kluczową działalność DDP, nie uniemożliwiają realizacji zadań i osiągania celów. Ryzyka o niskiej wartości mogą zostać pominięte w dalszej analizie.

§ 24

Akceptowany poziom ryzyka

1. Kierownik jednostki określił **poziom niski** jako akceptowany poziom ryzyka, powyżej którego powinny być podjęte działania ograniczające to ryzyko (działania zapobiegawcze i korygujące).
2. W stosunku do każdego ryzyka, którego poziom istotności mieści się w akceptowanym poziomie ryzyka, można również wskazać odpowiednie działania.

§ 25

Rodzaj reakcji na ryzyko i wyznaczenie właściciela ryzyka

1. W odniesieniu do każdego ryzyka ustalany jest właściciel ryzyka.
2. Dla każdego zidentyfikowanego ryzyka właściciel ryzyka wskazuje optymalną reakcję i opracowuje planowane mechanizmy kontroli i terminy ich wdrożenia.
3. Rodzaj reakcji na ryzyko może przyjąć formę:
   1) kontrolowania i ograniczania ryzyka – działanie w celu zmniejszenia ryzyka; przykładem tej formy jest wprowadzenie dodatkowych procedur kontrolnych w danym obszarze;
   2) przeniesienia ryzyka – przeniesienie odpowiedzialności za skutki ryzyka na podmiot zewnętrzny; najczęściej przybiera formę ubezpieczenia lub zatrudnienia innego podmiotu do dokonywania określonych działań i przejęcia ryzyka za wynagrodzeniem;

3) zakończenia działań obarczonych ryzykiem – polega na rezygnacji z danego rodzaju działalności;

4) tolerowania ryzyka – świadome przyzwolenie na istnienie ryzyka; brak dodatkowych działań; najczęściej wynika z ograniczonych możliwości ich podjęcia albo zbyt wysokich kosztów w stosunku do potencjalnych korzyści; forma ta może być uzupełniona przez plany awaryjne.

4. Podstawowym rodzajem reakcji na ryzyko w DDP jest kontrolowanie i ograniczanie ryzyka.

5. W odniesieniu do każdego ryzyka – wobec którego przyjęto rodzaj reakcji w formie kontrolowania i ograniczania – wskazuje się odpowiednie mechanizmy kontroli.

6. Mechanizmy kontroli winny prowadzić do zmniejszenia niepewności wyników poprzez wykrycie i skorygowanie niepożądanych rezultatów, unikanie niepożądanych efektów lub ograniczenie ich występowania.

7. Mechanizmy kontroli winny być proporcjonalne do ryzyka i zapewniać, że ewentualna strata mieścić się będzie w ramach akceptowanego poziomu ryzyka wyznaczonego przez Kierownika jednostki.

8. W razie potrzeby wskazuje się planowane w jednostce działania mające na celu modyfikację istniejących lub wdrożenie nowych mechanizmów kontroli koniecznych dla ograniczenia ryzyka.

§ 26

Rejestr ryzyka

1. Zbiorcza informacja na temat ryzyk przedstawiona jest w formie rejestru ryzyka który jest zatwierdzany przez kierownika jednostki.

2. Zatwierdzony przez Kierownika jednostki rejestr ryzyka jest jawny dla wszystkich pracowników DDP.

§ 27

Monitorowanie i raportowanie

1. Monitorowanie ryzyka jest procesem ciągłym, pozwalającym na podejmowanie decyzji przez Kierownika jednostki w odpowiednim czasie.

2. W ramach monitoringu dokonywany jest:

a) przegląd aktualności ryzyk – określenie czy ryzyko uległo zmianie,

b) przegląd adekwatności oceny ryzyk – sprawdzenie czy punktowa ocena ryzyk jest wciąż odpowiednia,

c) przegląd podjętych działań oraz skuteczności mechanizmów kontroli,

d) identyfikacja nowych ryzyk.

3. **W terminie do 15 listopada każdego roku**, po dokonaniu okresowego przeglądu, o którym mowa w ust. 2, Kierownik jednostki aktualizuje rejestry ryzyka.

4. Analiza i ocena ryzyka na poziomie DDP dokonywana jest przez Kierownika jednostki.

5. Aktualizacja rejestru ryzyka dla DDP przeprowadzana jest nie później niż **do 20 grudnia każdego roku.**

6. Kierownik jednostki zatwierdzając aktualizację rejestru ryzyka podejmuje decyzję o:

a) rodzaju reakcji na ryzyko w stosunku do każdego ryzyka;

b) rodzaju działań zapobiegawczych lub korygujących mających przeciwdziałać wystąpieniu danego ryzyka;

c) częstotliwości raportowania w zależności od poziomu istotności ryzyka.

Opracował(a): Ewelina Pszczołą

.....

(nazwa komórki organizacyjnej/stanowiska pracy)

Załącznik nr 1
do Procedury kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem w Dziennego Domu Pobytu dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych w Maryninie.

Kwestionariusz samooceny kontroli zarządczej

L.p.	PYTANIE	Tak	Nie	Trudno ocenić	UWAGI *1) odniesienie do regulacji: procedur, zasad, przyjętych rozwiązań lub wskazanie innych dowodów potwierdzających odpowiedź* **TAK** albo *2) uzasadnienie odpowiedzi* **NIE;** *3) inne uwagi*
ŚRODOWISKO WEWNĘTRZNE					
PRZESTRZEGANIE WARTOŚCI ETYCZNYCH					
1.	Czy w jednostce promowane są wartości etyczne?				
2.	Czy przy wykonywaniu powierzonych zadań przestrzegane są wartości etyczne?				
KOMPETENCJE ZAWODOWE					
3.	Czy zadbano, aby wszyscy pracownicy jednostki posiadali wiedzę, umiejętności i doświadczenie pozwalające skutecznie i efektywnie wypełniać powierzone zadania?				
4.	Czy proces zatrudnienia jest prowadzony w sposób zapewniający wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy?				

5.	Czy zadbano o rozwój kompetencji zawodowych pracowników jednostki?				
	STRUKTURA ORGANIZACYJNA				
6.	Czy struktura organizacyjna jednostki jest dostosowana do aktualnych celów i zadań?				
7.	Czy zakres zadań, uprawnień i nadzoru w jednostce jest określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny?				
8.	Czy aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności jest określony dla każdego pracownika?				
	DELEGOWANIE UPRAWNIEŃ				
9.	Czy w jednostce precyzyjnie określono zakres delegowanych uprawnień?				
10.	Czy zakres delegowanych uprawnień jest odpowiedni do wagi podejmowanych decyzji, stopnia ich skomplikowania i ryzyka z nimi związanego?				
11.	Czy przyjęcie delegowanych uprawnień jest potwierdzane podpisem?				
	CELE I ZARZĄDZANIE RYZYKIEM				
	MISJA				
12.	Czy istnieje opis misji?				
	OKREŚLANIE CELÓW I ZADAŃ, MONITOROWANIE I OCENA ICH REALIZACJI				
13.	Czy jasno określono cele i zadania				

	jednostki w perspektywie rocznej?				
14.	Czy wykonanie celów i zadań monitorowane jest za pomocą wyznaczonych mierników?				
15.	Czy przeprowadzając ocenę realizacji celów i zadań uwzględnia się kryterium oszczędności, efektywności i skuteczności?				
16.	określając cele i zadania wskazano osoby odpowiedzialne bezpośrednio za ich wykonanie oraz zasoby przeznaczone do ich realizacji?				
IDENTYFIKACJA RYZYKA					
17	Czy - nie rzadziej niż raz w roku dokonuje się identyfikacji ryzyka w odniesieniu do celów i zadań oraz realizowanych przez jednostkę konkretnych programów i projektów?				
18	Czy system zarządzania ryzykiem jest dokumentowany?				
ANALIZA RYZYKA					
19.	Czy zidentyfikowane ryzyka poddano analizie mającej na celu określenie prawdopodobieństwa ich wystąpienia i możliwych skutków?				
20.	Czy określono akceptowany poziom ryzyka?				
REAKCJA NA RYZYKO					

21.	Czy w stosunku do każdego istotnego ryzyka określono rodzaj reakcji?				
22.	Czy określono działania, które należy podjąć w celu zmniejszenia danego ryzyka do akceptowanego poziomu?				
MECHANIZMY KONTROLI					
DOKUMENTOWANIE SYSTEMU KONTROLI ZARZĄDCZEJ					
23.	Czy dokumentacja kontroli zarządczej jest spójna i dostępna dla wszystkich osób, dla których jest niezbędna?				
NADZÓR					
24.	Czy prowadzony jest nadzór nad wykonaniem zadań w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji?				
CIĄGŁOŚĆ DZIAŁALNOŚCI					
25.	Czy zapewniono istnienie mechanizmów służących utrzymaniu ciągłości działalności jednostki wykorzystując m.in. system stałych zastępstw, plany urlopów, system udzielania pełnomocnictw i upoważnień, politykę rachunkowości, plany awaryjne na wypadek przerw w działaniu systemów informatycznych?				
OCHRONA ZASOBÓW					
26.	Czy zadbano, aby dostęp do zasobów jednostki miały wyłącznie upoważnione osoby?				

27.	Czy wszystkim pracownikom określono odpowiedzialność za zapewnienie ochrony i właściwe wykorzystanie zasobów jednostki?				
	SZCZEGÓŁOWE MECHANIZMY KONTROLI DOTYCZĄCE OPERACJI FINANSOWYCH I GOSPODARCZYCH				
28.	Czy istnieją sformalizowane zasady dotyczące kontroli i obiegu dokumentów związanych z operacjami finansowymi i gospodarczymi, w tym udzielania zamówień publicznych?				
29.	Czy kluczowe obowiązki dotyczące realizacji operacji finansowych i gospodarczych są rozdzielone pomiędzy różne osoby?				
	MECHANIZMY KONTROLI DOTYCZĄCE SYSTEMÓW INFORMATYCZNYCH				
30.	Czy określono mechanizmy służące zapewnieniu bezpieczeństwa danych i systemów informatycznych?				
	INFORMACJA I KOMUNIKACJA				
	BIEŻĄCA INFORMACJA				
31.	Czy wszystkim pracownikom zapewniono, w odpowiedniej formie i czasie, dostęp do informacji niezbędnych do realizacji zadań?				
	KOMUNIKACJA WEWNĘTRZNA				
32.	Czy zapewniono efektywne mechanizmy przekazywania ważnych informacji (w kierunku pionowym i poziomym) w				

	jednostce?				
	KOMUNIKACJA ZEWNĘTRZNA				
33.	Czy zapewniono efektywne funkcjonowanie kanałów komunikacji z klientami zewnętrznymi?				
34.	Czy na bieżąco są aktualizowane informacje w Biuletynie Informacji Publicznej?				
	MONITOROWANIE I OCENA				
	MONITOROWANIE SYSTEMU KONTROLI ZARZĄDCZEJ				
35.	Czy skuteczność poszczególnych elementów systemu kontroli zarządczej jest monitorowana?				
36.	Czy w reakcji na uwagi kierowane przez organy nadzorujące, kontrolne i informacje pochodzące od klientów, mogące wskazywać na niedoskonałości systemu kontroli zarządczej podejmowane są działania zapobiegawcze i korygujące?				
	SAMOOCENA				
37.	Czy wyniki przeprowadzanej samooceny są wykorzystywane do oceny i doskonalenia systemu kontroli zarządczej?				
38.	Czy samoocena jest udokumentowana?				
	AUDYT WEWNĘTRZNY				
39.	Czy w przypadkach i na warunkach				

	określonych w ustawie audytor wewnętrzny prowadzi obiektywną i niezależną ocenę kontroli zarządczej?				
UZYSKANIE ZAPEWNIENIA O STANIE KONTROLI ZARZĄDCZEJ					
40.	Czy źródłem uzyskania zapewnienia o stanie kontroli zarządczej są w szczególności wyniki: monitorowania realizacji celów i zadań, samooceny kontroli zarządczej, zarządzania ryzykiem, audytu wewnętrznego, kontroli wewnętrznych, kontroli zewnętrznych, innych źródeł informacji (w tym np. wyników przeglądów systemów zarządzania, wewnętrznych audytów jakości).				

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Czytelny podpis osoby sporządzającej)

Załącznik Nr 2
do Zarządzenia Nr 20/2022
Kierownika Dziennego Domu Pobytu dla
Osób Starszych i Niepełnosprawnych
w Maryninie
z dnia 28.10.2022 r.

REJESTR
zidentyfikowanych ryzyk w Dziennym Domu Pobytu dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych w Maryninie na 2022 r.

w oparciu o art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 305, z późn. zm), Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych- opracowano „Rejestr ryzyk Dziennego Domu Pobytu dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych w Maryninie na 2022 r." Rejestr jest „żywym dokumentem" i w związku z realizacją zadań DDP będzie w razie potrzeb uaktualniany.

L.p.	Obszar ryzyka (zadanie)	Identyfikacja ryzyka		Ocena ryzyka				Odpowiedź na ryzyko			
		Zidentyfikowane ryzyko	Symbol ryzyka	PR	SR	IR /poziom istotności/	Ocena poziomu istotności (wysoki,	Istniejące mechanizmy kontroli (procedury wewnętrzne i zewnętrzne)	Reakcja na ryzyko	Planowane mechanizmy kontroli i terminy ich wdrożenia	Właściciel ryzyka
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
1. Zarządzanie DDP (obszar działalności, cel)											
1.	*1) Organizacja DDP*	*1) Naruszenie zasad etyki zawodowej.* *2) Niedostosowanie struktury organizacyjnej do wykonywanych zadań.* *3) Niewłaściwe określenie obowiązków i uprawnień pracowników.* *4) Brak lub przekroczenie zakresu delegowanych uprawnień.* *5) Brak bieżącej aktualizacji aktów prawa wewnętrznego.* *6) Niepełne dokumentowanie systemu kontroli zarządczej.* *7) Wydanie błędnej opinii prawnej lub udzielenie błędnego wyjaśnienia w zakresie stosowania prawa.* *8) Nieprzestrzeganie instrukcji kancelaryjnej.*	*1.1*								

		9) *Nieprawidłowe przyjęcie akt, zniszczenie lub utrata dokumentów podlegających archiwizacji.*										
	2) *System informacji i komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej.*	1) *Nieprzestrzeganie zasad obiegu korespondencji.* 2) *Niedostateczny przepływ informacji pomiędzy zespołem kierowniczym a pracownikami i odwrotnie.* 3) *Niedostateczny przepływ informacji mający wpływ na współpracę z pomiotami zewnętrznymi.*	***1.2***								
	3) *Przyjmowanie i rozpatrywanie skarg i wniosków.*	1) *Nieprawidłowe zinterpretowanie treści i przedmiotu wniesionej skargi.* 2) *Nieprawidłowe i nieterminowe rozpatrzenie skargi.*	***1.3***								
	4) *Bezpieczeństwo pracowników, informacji i dokumentów.*	1) *Niewłaściwe zapewnienie ciągłości działalności DDP w czasie podwyższenia stanu gotowości obronnej państwa.* 2) *Nieprzestrzeganie zasad bhp i ppoż.* 3) *Ujawnienie dokumentów, informacji prawnie chronionych i danych osobowych osobom nieupoważnionym.* 4) *Naruszenie zasad ochrony informacji i dokumentów niejawnych,*	***1.4***								
	5) *Pozyskiwanie środków zewnętrznych*	1) *Wadliwe opracowanie wniosku.* 2) *Przeoczenie terminu złożenia wniosku.* 3) *Niezgodne z przeznaczeniem i przepisami realizowanie projektów finansowych z funduszy UE.* 4) *Niezgodne z zasadami kwalifikowania wydatków wykorzystanie dotacji*	***1.5***								
2. Pomoc społeczna (obszar działalności, cel)												
2.	6) *Działalność rehabilitacyjna i terapeutyczna*	1) *Brak harmonogramu zajęć,* 2) *Niedostosowanie zajęć do indywidualnych możliwości uczestników,* 3) *Niewłaściwe sprawowanie opieki nad seniorami,* 4) *Niezapewnienie bezpieczeństwa uczestników,* 5) *Brak współpracy z rodzinami*	***2.1***								
3. Pomoc administracyjna (obszar działalności, cel)												
3.	1) *Organizacja pracy*	1) *Nie przestrzeganie zasad systemu HACCP,*	***3.1***								

	w kuchni	*2) Nie utrzymanie czystości w kuchni,* *3) Niewłaściwe sporządzenie jadłospisu,* *4) Nieprawidłowe przechowywanie produktów żywnościowych,* *5)Nieprzestrzeganie ustalonych godzin wydawania posiłków,*										
		4. Zarządzanie majątkiem (obszar działalności, cel)										
4.	*1) Gospodarowanie mieniem*	*1) Nieprzestrzeganie ustalonych zasad eksploatacji mienia.* *2) Utrata, zaginiecie lub zniszczenie mienia DDP.* *3) Nieefektywne gospodarowanie majątkiem DDP,* *4) Nie utrzymanie czystości wokół DDP,* *5) Nie utrzymanie czystości w pomieszczeniach DDP*	***4.1***									
	2) Ochrona mienia	*1) Niewłaściwe zabezpieczenie mienia przed utratą lub zniszczeniem.* *2) Niezachowanie procedur bezpieczeństwa przetwarzanych danych.* *3) Brak zabezpieczeń antywirusowych.* *4) Utrata sprzętu i innych nośników danych*	***4.2***									
	3) Administrowanie systemami i sieciami informatycznymi oraz bazami danych.	*1) Brak procedur w przypadku awarii systemów informatycznych.* *2) Niekontrolowany dostęp do zasobów informatycznych Biblioteki.* *3) Nieprzeprowadzenie lub niewłaściwe przeprowadzenie procesu archiwizacji danych.*	***4.3***									
		5. Zarządzanie kapitałem ludzkim (obszar działalności, cel)										
5.	*1) Polityka kadrowa*	1) nieprawidłowo przeprowadzony nabór na wolne stanowisko pracy, 2) nieprawidłowe ustalenie świadczeń pracownika z tytułu zatrudnienia, 3) nierzetelne prowadzenie dokumentacji pracowniczej, 4) naruszenie zasad etyki zawodowej	***5.1***									

		5) brak systemu motywacji pracowników									
	2) System szkoleń i podnoszenie kwalifikacji	1) niewłaściwy dobór pracowników na szkolenia zewnętrzne	*5.2*								
6. Zarządzanie finansami (obszar działalności, cel)											
6.	*1) Planowanie, wykonanie oraz analiza planu finansowego*	1) nie ujęcie w planie finansowym potrzeb DDP, 2) wydatkowanie środków niezgodnie z planem finansowym	*6.1*								
	2) Sprawozdawczość budżetowa i finansowa	1) nieprawidłowe sporządzanie ewidencji i sprawozdań, 2) nieterminowe przekazanie sprawozdań	*6.2*								
	3) Rachunkowość DDP	1) wykonywanie zadań niezgodnie z przepisami prawa i przyjętą polityką rachunkowości, 2) brak bieżącej aktualizacji procedur określających zasady gospodarki finansowej,	*6.3*								
	4) Inwentaryzacja	1) niewłaściwe przeprowadzenie inwentaryzacji, 2) zaniechanie przeprowadzenia inwentaryzacji	*6.4*								

Objaśnienia do rejestru ryzyka:

1. **cel** - rozumiany jako cel działalności jednostki;
2. **obszar ryzyka (zadanie)**– zadanie służące realizacji celów jednostki tożsame z obszarem ryzyka określonym w katalogu ryzyk;
3. **obszar działalności jednostki** – wyodrębniona ze względu na jej charakter część działalności jednostki;
4. **zidentyfikowane ryzyko – opis** – prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń o charakterze pozytywnym i negatywnym, które mogą mieć wpływ na osiągnięcie zamierzonych celów jednostki lub powodują odchylenia od oczekiwanych stanów. Opisując ryzyko należy wskazać przyczynę oddziaływania i jego wpływ na realizację celów i zadań jednostki oraz obszarów jej działalności;
5. **symbol ryzyka** – przyporządkowany każdemu zidentyfikowanemu ryzyku indywidualny numer;
6. **PR** – prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka;
7. **SR** – potencjalne skutki wystąpienia ryzyka;
8. **IR / poziom istotności** - współczynnik istotności ryzyka liczony jako iloczyn prawdopodobieństwa i skutków wystąpienia ryzyka (SR x PR);
9. **ocena poziomu istotności** - do oceny istotności ryzyka stosuje się trzystopniową skalę obejmującą następujące poziomy: **W** – wysoki, **S** – średni, **N** – niski;
10. **istniejące mechanizmy kontroli** - działania podjęte przez kierownika jednostki w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka;
11. **reakcja na ryzyko** – ustalony sposób postępowania z ryzykiem, tj.:
    - kontrolowanie i monitorowanie (M),
    - ograniczanie ryzyka (O),
    - zakończenie działań obarczonych ryzykiem (Z),
    - tolerowanie ryzyka (T);
12. **planowane mechanizmy kontroli** – to działania, które zamierza podjąć kierownik jednostki w stosunku do zidentyfikowanego ryzyka. W przypadku, gdy działania podjęte są wystarczające i w opinii kierownika jednostki nie ma potrzeby wprowadzania dodatkowych regulacji, czy też działań należy wpisać w kolumnie: „kontynuacja";
13. **właściciel ryzyka** - osoba odpowiedzialna za zarządzanie ryzykiem, mająca kompetencje do podjęcia działań zaradczych w stosunku do obszaru, którym zarządza.