

**ZARZĄDZENIE NR 26/2021**  
**WÓJTA GMINY SZYDŁOWO**

z dnia 25 stycznia 2021 r.

**w sprawie określenia sposobu prowadzenia kontroli zarządczej w Urzędzie Gminy Szydłowo i jednostkach organizacyjnych Gminy Szydłowo oraz zasad jej koordynacji**

Na podstawie art. 68 i art. 69 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tj. Dz.U. z 2019 r., poz.869 ze zm.) oraz art. 33 ust. 3 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj. Dz.U. z 2020 r., poz. 713 ze zm.) zarządzam, co następuje:

**§ 1.** Określam zasady prowadzenia kontroli zarządczej w Urzędzie Gminy Szydłowo jak i w pozostałych jednostkach organizacyjnych Gminy Szydłowo oraz zasady jej koordynacji stanowiące załącznik do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.** Wykonanie zarządzenia powierza się Inspektorowi ds. kontroli wewnętrznej, analiz i sprawozdawczości budżetowej, Sekretarzowi, Skarbnikowi, kierownikom referatów, pracownikom na samodzielnych stanowiskach pracy Urzędu Gminy oraz dyrektorom i kierownikom jednostek organizacyjnych Gminy Szydłowo.

**§ 3.** Traci moc Zarządzenie Nr 62/2012 Wójta Gminy Szydłowo z dnia 11 lipca 2012 r., w sprawie określenia sposobu prowadzenia kontroli zarządczej w Urzędzie Gminy Szydłowo i jednostkach organizacyjnych Gminy Szydłowo oraz zasad koordynacji.

**§ 4.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.

Wójt Gminy Szydłowo

**Tobiasz Wiesiołek**

**REGULAMIN  
ORGANIZACJI KONTROLI ZARZĄDCZEJ W URZĘDZIE GMINY SZYDŁOWO  
I JEDNOSTKACH ORGANIZACYJNYCH GMINY SZYDŁOWO  
ORAZ ZASADY JEJ KOORDYNACJI**

**I. Przepisy ogólne.**

**§1.** Ustalenia niniejszego regulaminu dotyczą sposobu organizacji i zasad wykonywania kontroli zarządczej w Urzędzie Gminy Szydłowo jak również w pozostałych jednostkach organizacyjnych Gminy Szydłowo oraz ustalenia zasad koordynacji kontroli zarządczej.

**§2.** Użyte w niniejszym regulaminie pojęcia mają następujące znaczenie:

1) **kontrola** – jest to czynność polegająca na sprawdzeniu stanu faktycznego i porównaniu ze stanem wymaganym (wyznaczonym) w normach prawnych, technicznych, ekonomicznych, regulaminach i instrukcjach sposobu postępowania (procedurach), oraz sformułowaniu wniosków i zaleceń pokontrolnych mających na celu zlikwidowanie nieprawidłowości, a także usprawnienie prac kontrolowanej jednostki;

2) **kontrolę zarządczą** – w jednostkach sektora finansów publicznych stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy;

3) **informacja zarządcza** – to taka informacja (słowna lub pisemna), która ma wpływ na proces podejmowania decyzji. Może tę decyzję powodować, wymuszać lub modyfikować. Nie skupia się na sprawach wyłącznie finansowych. Obejmuje swym zakresem całość pracy urzędu;

4) **zalecenie pokontrolne** – jest to polecenie podjęcia działania zmierzającego do usunięcia nieprawidłowości, niezgodności z normami prawnymi, regulaminami lub instrukcjami;

5) **wniosek pokontrolny** – jest to propozycja wprowadzenia zmiany w kontrolowanej jednostce, mająca na celu usprawnienie lub poprawę organizacji pracy;

6) pojęcie **procedury** oznacza takie ustalenie przez kierownictwo pracy urzędu w instrukcjach i regulaminach wewnętrznych, aby postępowanie urzędników samorządowych było zgodne nie tylko z obowiązującymi ustawowymi regulacjami prawnymi, lecz również ze standardami kontroli;

7) procedury obowiązujące w urzędzie nazywa się **procedurami kontroli**. Należy je rozumieć w dwojakim znaczeniu:

a) jest to zaprogramowany przez kierownictwo jednostki (w obowiązującej instrukcji wewnętrznej) sposób realizacji określonych zadań, stanowiący dla urzędników sposób postępowania, a dla osób kontrolujących procedurę kontroli (np. regulamin udzielania zamówień publicznych, instrukcja kasowa, instrukcja w sprawie zasad zaciągania zobowiązań finansowych i dokonywania wydatków, instrukcja obejmująca procedury nadzoru w zakresie gromadzenia, wydatkowania i zwrotu środków publicznych),

b) jest to wielopoziomowa kontrola dowodu księgowego od celowości dokonania zakupu i sposobu jego dokonania – sprawdzenie pod względem merytorycznym, poprzez przyjęcie mienia na stan urzędu, sprawdzenie dowodu pod względem formalno-rachunkowym, dokonanie kontroli przez skarbnika gminy lub inspektora ds. księgowości budżetowej, do zatwierdzenia wypłaty przez wójta lub osoby przez niego upoważnione (np. instrukcja sporządzania, obiegu, kontroli i archiwizowania dowodów księgowych, przyjęte przez urząd zasady (polityka) rachunkowości);

8) **procedury finansowe** – są to procedury wynikające bezpośrednio z ustawy o finansach publicznych i z ustawy o rachunkowości oraz wydanych na ich podstawie rozporządzeń wykonawczych;

9) **procedury okołofinansowe** – są to procedury wskazane w innych niż finansowe aktach prawnych regulujących pracę samorządu.

## **II. Organizacja kontroli zarządczej.**

**§3.** Każdy kierownik jednostki organizacyjnej Gminy Szydłowo zobowiązany jest do opracowania w formie pisemnej i bieżącego uaktualniania:

- 1) procedur finansowych,
- 2) procedur okołofinansowych.

**§4.** Kontrolę zarządczą sprawowaną przez wójta w Urzędzie Gminy Szydłowo i jej jednostkach organizacyjnych gminy stanowią również:

- 1) kontrola instytucjonalna realizowana przez RIO oraz NIK, w sytuacji kiedy prowadzi działania kontrolne na zlecenie organu wykonawczego samorządu gminy,
- 2) kontrola finansowa sprawowana przez skarbnika gminy oraz głównych księgowych jednostek organizacyjnych gminy,
- 3) kontrola funkcjonalna sprawowana przez urzędników wyznaczonych do realizacji powierzonych zadań (np. nadzór budowlany, nadzór inwestorski),
- 4) kontrola zarządcza sprawowana przez kierowników gminnych jednostek organizacyjnych,
- 5) kontrola wewnętrzna i zewnętrzna, sprawowana przez urzędników wymienionych w §10 niniejszego regulaminu,
- 6) samokontrola.

**§5.** Celem kontroli zarządczej w Urzędzie Gminy Szydłowo oraz podległych jednostkach organizacyjnych jest zapewnienie w szczególności:

- 1) zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
- 2) skuteczności i efektywności działania,
- 3) wiarygodności sprawozdań,

- 4) używania zasobów w sposób oszczędny i przynoszący pożytek oraz ich zabezpieczenie i ochrona,
  - 5) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
  - 6) osiągnięcia efektywnego i skutecznego przepływu informacji,
  - 7) bieżącego identyfikowania i monitorowania ryzyk związanych z realizacją zadań i osiąganiem celów oraz ustalanie i podejmowanie reakcji na ryzyko
- Zapewnienia ciągłego doskonalenia procesów zarządzania

**§6. Kontrola zarządcza powinna być:**

- 1) **adekwatna** – to znaczy zgodna z zasadami określonymi w obowiązujących aktach prawnych oraz z niniejszym regulaminem, dokładnie odpowiadająca założonym celom kontroli zarządczej,
- 2) **skuteczna** – to znaczy, że postępowanie kontrolne powinno się zakończyć wydaniem zaleceń bądź wniosków pokontrolnych,
- 3) **efektywna** – to znaczy, że kontrola ta powinna powodować osiągnięcie założonych celów.

**§7. Podstawowe funkcje kontroli zarządczej to:**

- 1) sprawdzanie czy wydatki publiczne są dokonywane:
  - a) w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad:
    - uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów,
    - 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,
- 2) porównaniu stopnia realizacji podjętych zadań z przyjętymi założeniami,
- 3) ocenianie prawidłowości pracy,
- 4) wydawanie zaleceń i wniosków pokontrolnych.

**§8. Etapy postępowania kontrolnego, niezbędne do osiągnięcia zamierzonego celu, obejmują:**

- 1) porównanie stanu faktycznego (efektu) z założeniami oraz ze stanem określonym w normach prawnych, technicznych, regulaminach i instrukcjach postępowania,
- 2) ustalenie nieprawidłowości,
- 3) ustalenie przyczyn nieprawidłowości (obiektywnych – niezależnych od działania jednostki kontrolowanej, subiektywnych – zależnych od jej działania),
- 4) sformułowanie wniosków i zaleceń pokontrolnych zmierzających do likwidacji nieprawidłowości, usprawnienia działalności, osiągnięcia lepszych efektów,
- 5) omówienie wyników kontroli z kierownikiem kontrolowanej jednostki lub komórki organizacyjnej.

**§9. 1. Kontrola zarządcza zewnętrzna (w podległych jednostkach organizacyjnych gminy) może być prowadzona jako:**

- a) **kompleksowa** – obejmująca całokształt zadań statutowych kontrolowanej jednostki, może być zlecona tylko przez wójta ,
- b) **problemowa** – obejmująca wybrane zagadnienia w jednej lub kilku kontrolowanych jednostkach,
- c) **doraźna** – rewizja, inspekcja, wynikająca z bieżącej pilnej potrzeby sprawdzenia stanu faktycznego, prowadzona w różnych kierunkach,

d) **sprawdzająca** – stosowna do potrzeb, obejmująca ocenę stopnia realizacji zaleceń i wniosków pokontrolnych wydanych w wyniku uprzednio prowadzonych kontroli;

2. Kontrola zarządcza wewnętrzna obejmuje zakres wskazany w pkt 1, a dotyczy głównie Urzędu Gminy Szydłowo, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Przy analizowaniu kosztów funkcjonowania wszystkich jednostek organizacyjnych (koszty energii elektrycznej, ciepłej, wody, wywozu nieczystości, kosztów sprzątnięcia itp.) można łączyć zakres kontroli wewnętrznej i zewnętrznej.

**§10.** Kontrolę zarządczą zewnętrzną i wewnętrzną sprawowaną przez wójta wykonywać mogą również:

1) sekretarz,

2) skarbnik,

3) pracownicy urzędu na polecenie osób wymienionych w pkt 1, 2, po pisemnym upoważnieniu przez wójta lub wyznaczonego przez niego pracownika,

4) podmioty zewnętrzne (również osoby fizyczne) na zasadzie zawarcia umowy cywilnoprawnej, upoważnione do tego przez wójta.

### **III. Narzędzia kontroli zarządczej.**

#### **§11. Środowisko wewnętrzne systemu kontroli.**

Środowisko wewnętrzne kontroli jest podstawą dla pozostałych elementów kontroli zarządczej.

Standardy w tym zakresie to:

1) **przestrzeganie wartości etycznych** - Pracownicy Urzędu działają w oparciu o zasady osobistej i zawodowej uczciwości, powinni być świadomi wartości etycznych obowiązujących w Urzędzie Gminy Szydłowo. Pracownicy powinni mieć świadomość konsekwencji, w przypadku nieetycznego zachowania lub działań niezgodnych z prawem. Każde zauważone nieetyczne zachowanie pracownika powinno zostać niezwłocznie zgłoszone wójtowi lub sekretarzowi.

2) **kompetencje zawodowe** - Zatrudnieni pracownicy Urzędu posiadają taki poziom wiedzy, umiejętności i doświadczenia, który pozwala im skutecznie i efektywnie wykonywać powierzone zadania. Zatrudnianie nowych pracowników odbywa się poprzez wybór najlepszego kandydata. Każdy z pracowników ma możliwość brania udziału w szkoleniach, celem pogłębiania wiedzy i umiejętności zawodowych na zajmowanym stanowisku. Każdy pracownik w sposób ciągły doskonali swoje umiejętności i na bieżąco analizuje zmiany w przepisach celem prawidłowej realizacji powierzonych zadań poprzez dostęp do Internetu i aktualnych przepisów prawa.

3) **struktura organizacyjna** – Struktura organizacyjna jest załącznikiem do regulaminu organizacyjnego i powinna być na bieżąco aktualizowana w zakresie stanowisk pracy. Regulamin organizacyjny jak i struktura organizacyjna powinna być znana wszystkim pracownikom. Na bieżąco powinny być wprowadzane zmiany w zakresach czynności, potwierdzone przez pracownika przyjęciem do wiadomości w zakresie obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności.

4) **delegowanie uprawnień** – wójt może przekazać uprawnienia (upoważnienia) dla pracowników do podpisywania niektórych dokumentów np. podpisy na fakturach VAT,

decyzje w sprawie wymiaru podatków, upomnienia, tytuły wykonawcze i inne w zastępstwie. Przy przekazywaniu uprawnień należy przestrzegać przepisów ustawy o finansach publicznych i ustawy o rachunkowości i dokładnie określić zakres uprawnień pracownika. Każde upoważnienie powinno być rejestrowane. Przyjęcie delegowanych uprawnień powinno być potwierdzone podpisem.

## **§12. Cele i zarządzanie ryzykiem.**

Osiągnięcie celów wynikających z realizacji zadań Urzędu Gminy Szydłowo jak i podległych jednostek organizacyjnych wiąże się z ryzykiem. Zarządzanie ryzykiem ma na celu zwiększenie prawdopodobieństwa osiągnięcia celów, wykonania planowanych do realizacji zadań. W tym celu:

1. W Urzędzie jak i podległych jednostkach organizacyjnych opracowuje się roczny plan finansowy, który jest podstawą działalności finansowej dla pracowników. Kierownicy jednostek organizacyjnych dla swoich jednostek otrzymują do wiadomości zabezpieczenie środków na realizację zadań statutowych. Pracownicy Urzędu w trakcie roku obrachunkowego na bieżąco otrzymują do wiadomości zabezpieczenie środków finansowych na realizację zadań na swoim stanowisku i na bieżąco dokonują analizy realizacji planu. Monitorowanie zadań i ocena ryzyka na bieżąco prowadzona jest przez kierowników jednostek i pracowników w zakresie wykonywanych zadań a przede wszystkim skarbnika gminy. Skarbnik gminy przedstawia wójtowi i omawia minimum raz na kwartał informację z wykonania planu finansowego Urzędu Gminy Szydłowo i planów finansowych podległych jednostek organizacyjnych, wskazując na zagrożenia wykonania strony dochodowej i możliwości realizacji wydatków. W przypadku wystąpienia prawdopodobieństwa ryzyka dokonuje się analizy i dostosowuje realizację zadań do możliwości finansowej gminy. Może to być wycofanie się z realizacji zadania, ograniczenie realizacji do części zadania, lub dokonanie przeniesień w planie finansowym i realizowanie zadania bez ryzyka. Realizację zadań podległych jednostek organizacyjnych ocenia się na podstawie miesięcznych, kwartalnych, półrocznych i rocznych sprawozdań finansowych. Informacje z realizacji zadań jednostki organizacyjne gminy mają obowiązek przedstawiać wójtowi na każde żądanie co daje możliwość oceny prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka działalności zadań danej jednostki i na bieżąco można oceniać czy ryzyko jest do zaakceptowania, czy kierownik jest w stanie pomimo trudności zrealizować swoje zadania, czy niezbędna jest pomoc ze strony gminy.

2. Cele Urzędu Gminy Szydłowo oraz mierniki celów na kolejny rok określa corocznie przyjęta uchwała budżetowa zgodnie z procedurą projektowania budżetu.

3. Cele dodatkowe, uzupełniające już uwzględnione w uchwale budżetowej może w sposób doraźny na polecenie wójta w drodze osobnego zarządzenia określić zespół ds. kontroli zarządczej powołany zarządzeniem wójta, z wykorzystaniem analizy SWOT szans i zagrożeń stojących przed Urzędem oraz mocnych i słabych stron wewnętrznych Urzędu w oparciu o załącznik nr 4 do niniejszego regulaminu.

## **Identyfikacja, szacowanie ryzyka i reakcja na ryzyko w Urzędzie Gminy Szydłowo**

### **1. Identyfikacja ryzyka**

Raz w roku dokonywana jest identyfikacja ryzyk w odniesieniu do celów ustalonych w trybie określonym w §12.

Zarządzanie ryzykiem odbywa się poprzez:

- identyfikację ryzyka,
- analizę ryzyka i podejmowanie działań zaradczych,
- monitorowanie realizacji zadań

W procesie identyfikacji ryzyka wykorzystuje się ustalenia kontroli wewnętrznej oraz wyniki ocen i kontroli zewnętrznych. Identyfikacji ryzyk dokonują w swoich zakresach kierownicy referatów oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach. Ponowna identyfikacja ryzyk jest przeprowadzana również przypadku istotnej zmiany warunków. Zidentyfikowane ryzyka są wpisywane w formularzu nr 1 do Procedury Zarządzania Ryzykiem stanowiącej załącznik nr 5 do niniejszego regulaminu.

## **2. Analiza ryzyka**

Zidentyfikowane ryzyka poddawane są analizie, mającej na celu określenie możliwych skutków wystąpienia danego ryzyka. Analizy ryzyka dokonują w swoich zakresach kierownicy referatów oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach. Przewidywane skutki wystąpienia ryzyka są wpisywane w formularzu nr 1 do Procedury Zarządzania Ryzykiem stanowiącej załącznik nr 5 do niniejszego regulaminu.

## **3. Reakcja na ryzyko**

Członkowie zespołu ds. kontroli zarządczej na podstawie wyników analizy ryzyka i przewidywanych skutków wystąpienia danego ryzyka określają rodzaj możliwych reakcji na ryzyko (tolerowanie, przeniesienie, wycofanie się, działanie). Członkowie zespołu ds. kontroli zarządczej określają działania, które należy podjąć w celu zmniejszenia danego ryzyka do akceptowanego poziomu. Opisy działań w reakcji na ryzyko są wpisywane w formularzu nr 2 do Procedury Zarządzania Ryzykiem stanowiącej załącznik nr 5 do niniejszego regulaminu. Odpowiedzialność za realizację działań mających na celu zmniejszenie ryzyka do akceptowanego poziomu ponosi wójt i osoby odpowiedzialne za realizację celów Urzędu za dany rok.

## **§13. Mechanizmy kontroli.**

1. Mechanizm kontroli powinien zmierzać do ograniczania ryzyka.
2. System kontroli w Urzędzie jak i podległych jednostkach funkcjonuje w postaci procedur kontroli, instrukcji, zarządzeń, zakresów czynności w formie dokumentu i wszyscy pracownicy mają do niego łatwy dostęp.
3. Wszystkie operacje finansowe, gospodarcze i inne znaczące zdarzenia powinny być prawidłowo dokumentowane i na bieżąco rejestrowane zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz powinny być łatwo dostępne dla upoważnionych osób.
4. Wszelkie operacje finansowe podlegają zatwierdzeniu przez wójta lub sekretarza przed ich realizacją. Skarbnik swoim podpisem potwierdza zapewnienie środków na realizację proponowanych zadań.
5. Zadania Urzędu podzielone są na zatrudnionych pracowników. Obowiązki poszczególnych pracowników zawarte są w zakresach czynności, instrukcji kontroli i obiegu dokumentów

oraz w niniejszych procedurach kontroli i zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami.

6. Operacje finansowe weryfikowane są przed ich realizacją w ramach kontroli wstępnej i po realizacji a ramach kontroli bieżącej, a stan zapasów, środków pieniężnych, sald rozrachunków weryfikowany poprzez inwentaryzację.

7. Wprowadza się nadzór w hierarchii służebnej polegający na tym, że w zakresach czynności ustalono dla każdego pracownika uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność a co najmniej raz na rok następuje obowiązkowa ocena pracownika. Ponadto ocena pracownika przez wójta następuje na podstawie bieżącej i terminowej realizacji zadań podczas składania podpisu na przedkładanych przez pracownika dokumentach.

8. Wszelkie przypadki, które wymagają odstępstwa od ustalonych procedur, instrukcji lub wytycznych wymagają uzasadnienia, udokumentowania i powinny być zatwierdzone przez wójta lub sekretarza.

9. Praca Urzędu w zakresie realizacji zadań zorganizowana jest w sposób zapewniający ciągłość działania. Zachowana jest ciągłość ewidencji dokumentów finansowych i gospodarczych.

10. Dostęp do programów komputerowych odbywa za pomocą haseł znanych wyłącznie pracownikowi na danym stanowisku pracy. Zasady archiwizacji danych na nośnikach komputerowych oraz zasady dotyczące ochrony danych osobowych zawartych w systemach informatycznych w Urzędzie określa odrębne zarządzenie Wójta w sprawie Polityki Ochrony Danych w Urzędzie. Zasady odpowiedzialności za mienie, zawarte są w postaci upoważnienia lub oświadczenia w indywidualnych aktach osobowych każdego pracownika urzędu i kierowników jednostek organizacyjnych.

11. Celem zabezpieczenia danych z ewidencji komputerowej i zachowania ciągłości ewidencji, dane finansowo- księgowo kopiowane są codziennie. Dokumenty, pliki zapisywane przez pracowników w katalogu dokumenty danego użytkownika zapisywane są jednocześnie na serwerze.

Zakres dokumentacji kontroli zarządczej wyznaczają między innymi:

- 1) statut gminy;
  - 2) regulamin organizacyjny Urzędu;
  - 3) dokument wyboru wójta i umowa pracy sekretarza, powołanie skarbnika;
  - 4) regulacje w zakresie prawa pracy ( regulamin organizacyjny, regulamin pracy, regulamin wynagradzania, upoważnienia, zakresy czynności, kodeks etyczny itp.);
  - 5) regulamin zakładowego funduszu świadczeń pracowniczych;
  - 6) zasady obiegu i kontroli dokumentów finansowo-księgowych;
  - 7) zasady polityki rachunkowości i plan kont;
  - 8) instrukcja kasowa;
  - 9) instrukcja przeprowadzania inwentaryzacji;
  - 10) instrukcja w sprawie ewidencji i poboru podatków i opłat;
  - 11) procedury kontroli finansowej;
  - 12) regulaminy zamówień publicznych;
  - 13) plany finansowe;
  - 14) instrukcji w sprawie procedury nadzoru w zakresie gromadzenia, wydatkowania i zwrotu środków publicznych;
  - 15) zarządzenia w sprawie zasad rachunkowości dotyczących planu kont realizowanych projektów z udziałem środków Unii Europejskiej;
  - 16) zarządzenia Wójta;
  - 17) uchwały Rady Gminy Szydłowo ;
- oraz inne dokumenty.

W podległych jednostkach organizacyjnych dokumentację kontroli zarządczej wyznaczają zarządzenia, instrukcje i inne przepisy wewnętrzne wprowadzone przez kierowników tych jednostek.

#### **§14. Informacja i komunikacja.**

1. Wójt, Skarbnik i Sekretarz oraz kierownicy referatów i kierownicy jednostek podległych Gminy są zobowiązani do zapewnienia stałego dostępu do informacji niezbędnych do wykonywania obowiązków służbowych. Informacje te powinny być rzetelne i efektywne oraz przekazywane w odpowiednim czasie i formie. System komunikacji powinien zapewnić przepływ informacji pomiędzy przełożonym, a pracownikiem i odwrotnie. Forma i sposób komunikacji uzależniony jest od rangi informacji, mając na względzie jej efektywność tj. właściwe zrozumienie informacji przez odbiorców ( narady kierownictwa, spotkania, pismo okólne, przesyłanie komunikatów za pomocą sieci informatycznej i inne).

2. Kierownicy referatów organizacyjnych Urzędu i kierownicy jednostek organizacyjnych Gminy określają sposób i formę komunikacji z pracownikami, biorąc pod uwagę specyfikę i strukturę danej jednostki oraz efektywność, tj. właściwe zrozumienie informacji przez odbiorców ( zakresy czynności i obowiązków, polecenia służbowe, spotkania robocze, warsztaty, rozmowy, korespondencja wewnętrzna, przesyłanie komunikatów za pomocą sieci informatycznej i inne)

3. Przepływ informacji w Urzędzie niezbędny do wykonywania obowiązków odbywa się poprzez zapoznanie pracowników z obowiązującymi w Urzędzie przepisami wewnętrznymi. Pracownik posiadający dostęp do komputera zapoznaje się z przepisami wewnętrznymi poprzez zbiór przepisów umieszczony na serwerze w katalogu „Pracownicy”. Pracownik składa oświadczenie, iż na bieżąco będzie zapoznawał się z umieszczonymi przepisami w katalogu. Oświadczenie zostanie wpięte w akta osobowych. Pracownicy nie posiadający dostępu do komputera składają przy każdorazowej zmianie przepisów oświadczenie potwierdzając podpisem o zapoznaniu się z przepisami wewnętrznymi. Osobami odpowiedzialnymi za umieszczanie przepisów wewnętrznych w folderze „Pracownicy” są kierownicy referatów. Odpowiedzialnym za przekazanie przepisów wewnętrznych i zebraniu oświadczeń o zapoznaniu się od osób, które nie posiadają dostępu do komputera jest inspektor ds. kadr i płac.

4. Przekazywanie bieżących informacji odbywa się również na organizowanych przez wójta spotkaniach pracowników, na których przepływ potrzebnych informacji odbywa się zarówno w kierunku pionowym jak i poziomym. Przepisy wewnętrzne wprowadzane zarządzeniami wójta ogłaszane są w BIP do którego dostęp mają wszyscy pracownicy, ponadto kierownik referatu, w którym wydano przepisy wewnętrzne powiadamia mailowo osoby, których wprowadzony przepis dotyczy.

5. Urząd realizuje komunikację zewnętrzną poprzez formalną korespondencję z interesariuszami regulowaną przez akty wyższego rzędu, konsultacje społeczne wybranych planowanych projektów i przedsięwzięć, stronę internetową BIP oraz [www.sztydlowo.pl](http://www.sztydlowo.pl), pocztę elektroniczną przypisaną konkretnym stanowiskom pracy, ogłoszenia i komunikaty prasowe. Pozyskiwanie informacji zewnętrznej odbywa się również poprzez:

1) udział Wójta, Skarbnika i Sekretarza oraz kierowników referatów organizacyjnych Urzędu lub wyznaczonych przez nich pracowników w sesjach i Komisjach Rady Gminy.

- 2) przyjmowanie interesantów, rozpatrywanie petycji, skarg i wniosków mieszkańców, przygotowanie odpowiedzi na zapytania i interpelacje radnych oraz wystąpienia Komisji Rady Gminy, wnioski sołtysów.
- 3) spotkania Wójta, Sekretarza i Skarbnika oraz kierowników referatów organizacyjnych z kierownikami jednostek organizacyjnych Gminy
- 4) korespondencję prowadzoną z podmiotami zewnętrznymi.

#### **IV. Kontrola finansowa.**

- §15.** 1. Kontrola finansowa stanowi jeden z elementów kontroli zarządczej.  
2. Kontroli finansowej podlegają wszystkie jednostki organizacyjne gminy.

**§16.** Kontrola finansowa obejmuje:

- 1) zapewnienie przestrzegania procedur kontroli oraz przeprowadzanie wstępnej oceny celowości zaciągania zobowiązań finansowych i dokonywania wydatków,
- 2) badanie i porównanie stanu faktycznego ze stanem wymaganym w zakresie dotyczącym procesów pobierania i gromadzenia środków publicznych, zaciągania zobowiązań finansowych i dokonywania wydatków ze środków publicznych, udzielania zamówień publicznych oraz zwrotu środków publicznych,
- 3) prowadzenie gospodarki finansowej oraz stosowanie procedur dotyczących procesów, o których mowa w pkt. 1 i 2.

**§17.** 1. Podstawowe kryteria doboru do kontroli finansowej ustala się na podstawie:

- a) analizy sprawozdań okresowych,
- b) analizy wniosków i zaleceń pokontrolnych wydanych przez kontrole instytucjonalne,
- c) konieczności przeprowadzenia kontroli krzyżowej (w urzędzie gminy i w innej jednostce organizacyjnej lub finansowanej albo dofinansowywanej z budżetu gminy),
- d) analizy wniosków jednostek podległych i nadzorowanych przez wójta o zwiększenie środków przekazanych do dyspozycji na podstawie planów finansowo-rzeczowych,
- e) otrzymanych dotacji o różnym charakterze (kontrola prawidłowości wykorzystania otrzymanej dotacji).

2. Innych informacji zarządczych z otoczenia wewnętrznego i zewnętrznego Urzędu.

**§18.** 1. W przypadkach wymagających specjalnych kwalifikacji do kontroli, wójt może powołać rzeczoznawcę lub biegłego rewidenta.

2. Rzeczoznawca lub biegły rewident, powołany do udziału w czynnościach kontrolnych, otrzymuje wynagrodzenie wynikające z podpisanej umowy cywilno-prawnej.

#### **Monitorowanie i samoocena kontroli zarządczej oraz kontrola wewnętrzna.**

**§19.** Przebieg samooceny kontroli zarządczej

1. W Urzędzie Gminy Szydłowo funkcjonuje zasada ciągłej oceny systemu kontroli zarządczej.
2. Wójt lub sekretarz oraz skarbnik w ramach wykonywania bieżących obowiązków monitorują system kontroli zarządczej i na bieżąco rozwiązują zidentyfikowane problemy.
3. Koordynację kontroli zarządczej prowadzi pracownik zatrudniony na stanowisku

Inspektor ds. kontroli wewnętrznej analiz i sprawozdawczości budżetowej, zwany w dalszej treści niniejszego regulaminu koordynatorem.

4. Koordynator w imieniu wójta sprawuje bezpośredni nadzór nad stanem kontroli zarządczej w jednostkach organizacyjnych gminy w oparciu o przedkładane przez wszystkich kierowników jednostek informacji o stanie kontroli zarządczej za dany rok. Wzór formularza „Informacja o stanie kontroli zarządczej za rok .....” określa załącznik nr 8 do niniejszego regulaminu.

5. Koordynator organizuje system kontroli zarządczej i sprawuje ogólny nadzór nad skutecznością działania tego systemu i prawidłowością wykorzystywania sygnałów pochodzących z prowadzonych działań kontrolnych.

6. Koordynator co najmniej raz na przełomie roku dokonuje okresowej oceny stanu kontroli zarządczej w oparciu o anonimową ankietę skierowaną do pracowników urzędu, której wzór stanowi załącznik nr 6 do niniejszego regulaminu. Wyniki samooceny wpisywane są przez koordynatora kontroli zarządczej po naradzie z zespołem ds. kontroli zarządczej w protokole samooceny, który stanowi załącznik nr 7 do niniejszego regulaminu. Protokół samooceny jest przedstawiany wójtowi przez koordynatora kontroli zarządczej po zakończonym procesie samooceny. Wójt może na podstawie wyników samooceny kontroli zarządczej podjąć dalsze działania doskonalące kontrolę zarządczą.

7. Koordynator lub osoby przeprowadzające kontrole zobowiązane są na bieżąco do przekazywania wójtowi wszelkich informacji, które mogą mieć wpływ na ocenę działalności Urzędu oraz podległych jednostek a w szczególności dotyczące:

- różnic inwentaryzacyjnych,
- wykrytych oszustw i manipulacji,
- uwag zewnętrznych organów kontroli.

8. Wyniki kontroli i oceny służą do:

1) ustalenia czy nie nastąpiło naruszenie dyscypliny finansów publicznych czy innych aktów prawnych i procedur wynikających z przepisów wewnętrznych w zakresie gromadzenia, zaciągania zobowiązań i realizacji wydatków oraz gospodarowania mieniem,

2) wszczęcia postępowania wyjaśniającego i dyscyplinarnego w przypadku wystąpienia nieprawidłowości,

3) podjęcia działań w celu usunięcia nieprawidłowości oraz zapobiegania ich powstaniu w przyszłości,

4) doprowadzenia do zgodności postępowania z ogólnie obowiązującymi przepisami prawa, wewnętrznymi instrukcjami i regulaminami.

9. Każdy pracownik ma możliwość zgłaszania uwag na temat funkcjonowania kontroli zarządczej oraz sugestii jej usprawnienia czy modyfikacji.

### **Przebieg kontroli.**

**§20.** 1. W urzędzie opracowywany jest przez zespół ds. kontroli zarządczej pod kierownictwem koordynatora ds. kontroli zarządczej roczny plan kontroli (załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu) zawierający planowane czynności kontrolne.

2. Plan kontroli zatwierdzany jest przez wójta.

3. Plan kontroli obejmuje podstawowy zakres kontroli.

4. Plan kontroli może być w każdym czasie zmieniony przez wójta poprzez dodanie innych, wynikających z bieżących potrzeb czynności.

- §21.** 1. Przeprowadzone czynności kontrolne w ramach upoważnienia do kontroli (załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu) należy udokumentować w postaci protokołu pokontrolnego – załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.
2. W przypadku braku uchybień, można odstąpić od sporządzenia protokołu i ograniczyć się do sporządzenia notatki służbowej wg wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszego zarządzenia.
3. W przypadku kontroli bieżącej w ramach nadzoru, przy braku uchybień dopuszcza się stosowanie na kontrolowanych dokumentach daty z adnotacją ” sprawdzono „lub „skontrolowano” i podpis.
4. Jeżeli w wyniku kontroli zostały stwierdzone uchybienia w działalności kontrolowanej jednostki, należy sporządzić protokół kontroli i zalecenia pokontrolne.
5. W przypadku sformułowania w protokole uwag, wniosków bądź zaleceń pokontrolnych, oprócz osoby kontrolującej i kierownika jednostki kontrolowanej protokół przedkłada się do podpisu wójtowi lub osobie przez niego upoważnionej. Protokół traktowany jest w tym przypadku jako wystąpienie pokontrolne.
6. Kopie protokołu wydaje się wszystkim zainteresowanym wymienionym w protokole. Fakt odbioru powinni oni potwierdzić poprzez złożenie podpisu.
7. Kierownik jednostki kontrolowanej może odmówić podpisania protokołu, składając pisemne wyjaśnienie przyczyn odmowy.
8. Odmowa podpisania protokołu przez kierownika jednostki kontrolowanej nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez osoby kontrolujące i nie wstrzymuje toku dalszych czynności kontrolnych. Informację o odmowie podpisania i jej przyczynach zamieszcza się w protokole.
9. Kierownik kontrolowanej jednostki (lub kontrolowany pracownik urzędu) zobowiązany jest niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, wykonać zalecenia pokontrolne, jak również pisemnie powiadomić wójta o podjętych działaniach. W informacji winien odnieść się także do sformułowanych uwag i wniosków pokontrolnych mających usprawnić funkcjonowanie jednostki (pracy na stanowisku).

**§22.** Protokół z kontroli powinien zawierać co najmniej:

- 1) pełne brzmienie nazwy jednostki kontrolowanej lub imię i nazwisko oraz stanowisko pracy pracownika kontrolowanego,
- 2) okres prowadzenia kontroli,
- 3) imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe przeprowadzającego kontrolę oraz analogiczne dane pracowników udzielających wyjaśnień,
- 4) określenie przedmiotu kontroli i okres objęty kontrolą,
- 5) termin poprzedniej kontroli (przeprowadzonej przez kontrolującego) i stopień realizacji zaleceń pokontrolnych,
- 6) ustalenia z przebiegu kontroli,
- 7) określenie wydanych w toku kontroli wniosków i zaleceń,
- 8) wzmiankę o prawie zgłoszenia pisemnych zastrzeżeń i wyjaśnień do treści protokołu w ciągu 7 dni od daty jego podpisania,
- 9) wyszczególnienie załączników,
- 10) określenie ilości egzemplarzy i podanie komu je dostarczono,
- 11) miejsce i datę sporządzenia protokołu oraz podpisy osób kontrolujących, kierownika jednostki kontrolowanej oraz wójta – na zasadach określonych w §21 ust. 6.

**§23.** Stosuje się dwa tryby przeprowadzania kontroli:

1) **Tryb roboczy** – kiedy wstępnie badamy obszar kontroli. Jeżeli nie stwierdzi się uchybień, błędów, nie przechodzi się do trybu protokolarnego. Sporządza się wtedy notatkę służbową dokumentującą przeprowadzenie kontroli lub adnotacje zgodnie z § 21,

2) **Tryb protokolarny** – stosuje się w przypadku stwierdzenia błędów i nadużyć w celu ewentualnego powiadomienia zewnętrznych organów kontroli instytucjonalnej. Sprawdzenie obszaru kontroli i jej udokumentowanie realizuje się na zasadach kontroli instytucjonalnej.

**§24.** 1. Książkę kontroli prowadzonych przez zewnętrzne, uprawnione do tego instytucje kontrolne (RIO, NIK, PIP, Sanepid, ZUS, UKS itp.) prowadzi sekretarz gminy.

2. Sekretarz gminy ma obowiązek okazywania książki kontroli na każde żądanie osobom upoważnionym do dokonywania kontroli.

3. Sekretarz gminy przechowuje i archiwizuje wszystkie protokoły kontroli zewnętrznej.

**§25.** Jeżeli w toku kontroli okaże się, że potrzebne jest zbadanie zagadnień należących do właściwości rzeczowej organu kontroli specjalistycznej, kontrolujący może zwrócić się do wójta o sporządzenie wniosku do tego organu czy instytucji o udział w czynnościach kontrolnych lub jej przeprowadzenie.

**§26.** 1. Kontrolujący jest uprawniony do wstępu oraz poruszania się na terenie jednostki kontrolowanej na podstawie upoważnienia podpisanego przez wójta lub osoby przez niego upoważnionej.

2. Kontrolujący podlega przepisom o bezpieczeństwie i higienie pracy oraz przepisom o postępowaniu z wiadomościami zawierającymi tajemnicę państwową i służbową, obowiązującymi w jednostce kontrolowanej.

3. Kontrolujący, w związku z wykonywaniem czynności objętych upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli, jest zwolniony z obowiązku potwierdzania pobytu w jednostce kontrolowanej na blankiecie wyjazdu służbowego.

**§27.** Pracownicy przeprowadzający czynności kontrolne winni być objęci systematycznym szkoleniem w ramach doskonalenia kadr administracji samorządowej.

**§28.** W stosunku do osób, które nie będą przestrzegały procedury kontroli wewnętrznej wyciągane będą konsekwencje służbowe zgodnie z art. 108 Kodeksu Pracy.

**§29.** 1. W sprawach nieuregulowanych niniejszym zarządzeniem, zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 2019 poz.869 ze zm.) oraz standardy kontroli zarządczej dla sektora finansowców publicznych zawarte w Załączniku do Komunikatu Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 roku.



## UPOWAŻNIENIE

NR.....

Działając na podstawie Zarządzenia Nr..... Wójta Gminy Szydłowo z dnia..... w sprawie określenia sposobu prowadzenia kontroli zarządczej w Urzędzie Gminy Szydłowo i jednostkach organizacyjnych Gminy Szydłowo oraz zasad jej koordynacji:

**Upoważniam:** .....

*(imię i nazwisko)*

..... /\*

*(stanowisko służbowe)*

zatrudnionego w Urzędzie Gminy Szydłowo, legitymującą/ego się dowodem osobistym o numerze .....

b) ..... /\*

*(podmiot gospodarczy lub osoba fizyczna działająca na zlecenie w formie umowy cywilno-prawnej)*

Do przeprowadzenia kontroli ..... w .....

*(rodzaj kontroli)*

.....

*(pełna nazwa jednostki podlegającej kontroli)*

w zakresie: .....

.....

.....

Termin rozpoczęcia przeprowadzenia działań kontrolnych i orientacyjny termin ich zakończenia: .....

/\* – wypełnić właściwie

.....  
(podpis Wójta lub osoby  
przez niego upoważnionej)

**Notatka służbowa**

z przeprowadzonej kontroli wewnętrznej w Urzędzie Gminy Szydłowo lub jednostce  
organizacyjnej Gminy Szydłowo

1. Data przeprowadzenia kontroli

.....

2. Stanowisko .....

3. Imię i nazwisko kontrolowanego pracownika (jednostki organizacyjnej gminy)

.....

4. Zakres tematyczny kontroli i okres objęty kontrolą

.....

.....

.....

Podpis pracownika

Podpis osoby kontrolującej i kontrolowanej

.....

.....

.....

ANALIZA SWOT

| <b>WEWNĘTRZNE</b>   |                     |
|---------------------|---------------------|
| <b>Mocne Strony</b> | <b>Słabe strony</b> |
| 1.                  | 1.                  |
| 2.                  | 2.                  |
| 3.                  | 3.                  |
| 4.                  | 4.                  |
| 5.                  | 5.                  |
| 6.                  | 6.                  |
| 7.                  | 7.                  |
| 8.                  | 8.                  |
| <b>ZEWNĘTRZNE</b>   |                     |
| <b>Szanse</b>       | <b>Zagrożenia</b>   |
| 1.                  | 1.                  |
| 2.                  | 2.                  |
| 3.                  | 3.                  |
| 4.                  | 4.                  |
| 5.                  | 5.                  |
| 6.                  | 6.                  |
| 7.                  | 7.                  |
| 8.                  | 8.                  |

**CELE STRATEGICZNE I OPERACYJNE NA ROK .....**

| <b>CEL STRATEGICZNY</b>             | <b>CELE OPERACYJNE</b> | <b>ZADANIA</b> | <b>HORYZONT CZASOWY</b> | <b>OSOBA ODPOWIEDZIALNA</b> | <b>MIERNIKI</b> | <b>NADZÓR</b> |
|-------------------------------------|------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------|
| <b>OBSZAR - ZASOBY LUDZKIE</b>      |                        |                |                         |                             |                 |               |
|                                     |                        |                |                         |                             |                 |               |
| <b>OBSZAR - PLANOWANIE I ROZWÓJ</b> |                        |                |                         |                             |                 |               |
|                                     |                        |                |                         |                             |                 |               |
| <b>OBSZAR - INFRASTRUKTURA</b>      |                        |                |                         |                             |                 |               |
|                                     |                        |                |                         |                             |                 |               |

## CEL

### 1.1 Cel procedury:

Celem niniejszej procedury jest ustalenie jednolitych zasad i trybu postępowania w zakresie identyfikacji, szacowania ryzyka oraz działań w odpowiedzi na istotne ryzyko.

## 2. PRZEDMIOT I ZAKRES

### 2.1 Przedmiotem procedury jest proces zarządzania ryzykiem, na który składa się:

- identyfikacja obszarów związanych z ryzykiem nieosiągnięcia założonych celów organizacji,
- szacowanie ryzyka w zidentyfikowanych obszarach,
- wskazanie poziomu akceptowalnego ryzyka,
- określenie reakcji urzędu na ryzyko nieakceptowane, tj. podejmowanie działań korygujących i zapobiegawczych,
- okresowe ponawianie szacowania ryzyka,
- analiza skuteczności podjętych działań zapobiegawczych.

### 2.2 Procedura obowiązuje we wszystkich komórkach organizacyjnych i dotyczy pracowników realizujących zadania w zakresie przyjętego przez Kierownictwo systemu kontroli zarządczej.

## 3. TERMINOLOGIA, DEFINICJE

Dla potrzeb niniejszej procedury obowiązują definicje i terminologia:

**Ryzyko** - prawdopodobieństwo, że określone zagrożenie, zdarzenie, działanie lub brak działania negatywnie wpłynie na zdolność organizacji do osiągnięcia wyznaczonych celów.

**Ryzyko szczątkowe** - ryzyko, które pozostaje po wprowadzeniu zabezpieczeń (nigdy nie wyeliminujemy ryzyka do "0").

**Szacowanie ryzyka** - całościowy proces analizy ryzyka i oceny ryzyka.

**Analiza ryzyka** - systematyczne korzystanie z informacji w celu zidentyfikowania źródeł i oceny ryzyka.

**Ocena ryzyka** - proces porównywania estymowanego ryzyka z założonymi kryteriami ryzyka w celu wyznaczenia wagi ryzyka.

**Zarządzanie ryzykiem** - skoordynowane działania w celu kierowania i kontroli organizacji z uwzględnieniem ryzyka.

**Postępowanie z ryzykiem** - proces polegający na wyborze i wdrożeniu środków modyfikujących ryzyko.

**Redukowanie ryzyka** - działania podjęte, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo i/lub negatywne konsekwencje związane z ryzykiem.

**Akceptacja ryzyka** - decyzja aby zaakceptować ryzyko.

**Kryteria ryzyka** - punkty odniesienia wg których szacuje się wagę ryzyka.

**Unikanie ryzyka** - decyzja, aby nie pozostawać w sytuacji ryzyka, albo działanie w celu wycofania się z takiej sytuacji.

**Transfer ryzyka** - podzielenie się ze stroną trzecią ciężarem lub korzyścią z ryzyka; może tworzyć ryzyka lub modyfikować istniejące.

**Zabezpieczenie** - praktyka, procedura lub mechanizm redukujący ryzyko; może dzielić się na: techniczne, proceduralno-organizacyjne.

**Uprawnienie** – prawo nadane do działania, wykonywania określonych czynności.

**Pracownik merytoryczny** – ilekroć mowa w procedurze o pracownikach merytorycznych dotyczy to osób zatrudnionych.

**Kierownik komórki organizacyjnej** – ilekroć mowa o kierowniku dotyczy to Sekretarza, Skarbnika, Kierowników komórek organizacyjnych .

**System Kontroli Zarządczej** – ilekroć mowa o SKZ dotyczy to przyjętego w Urzędzie sposobu postępowania systemowego i towarzyszącego mu zbioru procedur, instrukcji, formularzy, zarządzeń oraz uchwał.

**Koordinator**- pracownik zatrudniony na stanowisku Inspektor ds. kontroli wewnętrznej analiz i sprawozdawczości budżetowej

## 4. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

### 4.1 Wójt odpowiedzialny jest za:

- ustalenie procesu zarządzania ryzykiem,
- powołanie zespołu do spraw SKZ,
- zatwierdzanie działań korygujących i zapobiegawczych.

### 4.2 Koordynator jest odpowiedzialny za:

- nadzór merytoryczny, organizacyjny i operacyjny nad pracą Zespołu ds. SKZ,
- akceptacja zakresu zadań i obowiązków związanych z działalnością Zespołu ds. SKZ,
- analiza ryzyka związanego z zakresem powierzonych czynności i zadań.

### 4.3 Zespół ds. SKZ, odpowiedzialny jest za:

- coroczną identyfikację obszarów związanych z ryzykiem niezrealizowania założonych przez urząd celów,
- szacowanie ryzyka w obszarach zagrożonych ryzykiem niezrealizowania założonych przez urząd celów,
- wskazanie działań korygujących, zapobiegawczych lub innej reakcji na stwierdzone ryzyko nieakceptowane,
- przygotowanie zakresu zadań i obowiązków związanych z działalnością Zespołu ds. SKZ,
- uproszczenie i przegląd inicjatyw z zakresu zarządzania ryzykiem na szczeblu operacyjnym i strategicznym,
- sprawozdania dot. inicjatyw i działań z zakresu zarządzania ryzykiem oraz ich wyników,
- informowanie o zagadnieniach z zakresu zarządzania ryzykiem,
- coroczny przegląd zarządzania ryzykiem, by zapewnić jego stosowność do potrzeb organizacji.

### 4.4 Wszyscy pracownicy odpowiedzialni są za:

- wdrażanie zaleconych przez Zespół ds. SKZ działań korygujących i/lub zapobiegawczych w ramach procesu zarządzania ryzykiem,
- udział w szkoleniach związanych z SKZ,
- przekazywanie Koordynatorowi informacji o samodzielnie, tj. nie wskazanych w ramach prac Zespołu ds. SKZ zidentyfikowanych zagrożeniach realizacji celów urzędu.

## 5. OPIS PRZEBIEGU PROCESU ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

### 5.1 Charakterystyka procesu.

#### 1) Cel procesu:

- zapewnienie realizacji założonych przez kierownictwo urzędu celów strategicznych i operacyjnych,
- monitorowanie i przegląd procesu zarządzania ryzykiem w urzędzie,
- identyfikacja ryzyka nieakceptowanego,
- wdrożenie działań obniżających poziom ryzyka nieakceptowalnego do akceptowalnego,
- wskazanie i wdrożenie działań w odpowiedzi na niezidentyfikowane (incydentalne, nieprzewidywalne) ryzyko, zdarzenia, działania czy sytuacje mające niekorzystny wpływ na realizację celów.

#### 2) Właściciel procesu i odpowiedzialność za poszczególne etapy:

- Wójt,
- Koordynator,
- Zespół ds. SKZ.

#### 3) Dane wejściowe do procesu:

- wymagania przepisów prawnych,
- wyznaczone przez najwyższe kierownictwo cele strategiczne i operacyjne.

#### 4) Dane wyjściowe z procesu:

- zidentyfikowane istotne, nieakceptowane ryzyko,
- udokumentowany proces zarządzania ryzykiem,
- działania korygujące i zapobiegawcze w odpowiedzi na zidentyfikowane ryzyko.

#### 5) Zewnętrzny klient procesu:

- państwowe jednostki kontrolujące.

#### 6) Wewnętrzny klient procesu:

- kierownictwo i pracownicy urzędu.

#### 7) Wymagania klienta zewnętrznego:

- spełnienie wymagań ustawowych,
- efektywne gospodarowanie finansami publicznymi.

#### 8) Wymagania klienta wewnętrznego:

- spełnienie wymogów przepisów prawnych,
- umożliwienie realizacji wyznaczonych przez najwyższe kierownictwo celów strategicznych i operacyjnych,
- optymalna organizacyjnie i ekonomicznie realizacja celów,
- minimalizacja ryzyka nieosiągnięcia zakładanych celów,
- określenie zakresu obowiązków i uprawnień w zakresie procesu zarządzania ryzykiem.

#### 9) Cechy zamierzonych wyników procesu:

- pozytywne wyniki kontroli wewnętrznych i zewnętrznych,
- realizacja celów strategicznych i operacyjnych,
- minimalizacja kosztów organizacyjnych i nakładów finansowych towarzyszących realizacji celów,
- wzrost zaangażowania pracowników przy realizacji celów.

#### 10) Cechy niezamierzonych wyników procesu:

- negatywne wyniki kontroli wewnętrznych i zewnętrznych,
- brak realizacji części lub wszystkich celów strategicznych i operacyjnych,
- wzrost kosztów organizacyjnych i nakładów finansowych towarzyszących realizacji celów,
- brak zaangażowania pracowników przy realizacji celów,
- działania korygujące.

**11) Parametry monitorowania procesu, narzędzia pomiaru (sposób monitorowania):**

- Karta identyfikacji ryzyka,
- Karta działań korygujących i zapobiegawczych,
- Określenie ryzyka metodą RISK ASSESSMENT CONDE,
- Coroczna samoocena SKZ przez kierownictwo.

**12) Obowiązująca dokumentacja związana z realizacją niniejszej procedury wymieniona została w pkt. 7.**

**13) Obowiązujące formularze, zakres dokumentowania procesu przedstawione zostały w pkt. 8.**

**5.2 Proces zarządzania ryzykiem.**

Celem procesu zarządzania ryzykiem jest określenie:

- listy głównych celów dotyczących zarządzania ryzykiem oraz sposobu, w jaki łączą się one z celami organizacji oraz charakterem usług przez nią świadczonych,
- struktury zarządzania ryzykiem, w tym danych o wszystkich zespołach i osobach ponoszących odpowiedzialność za ryzyko,
- sposobu praktycznego zarządzania ryzykiem,
- roli i zadań pracowników i kierownictwa, w tym Wójta oraz kierowników wyższego szczebla.

Kwestie te należy rozpatrywać w wymiarze całej organizacji.

**5.3 Identyfikacja obszarów działania urzędu obciążonych ryzykiem.**

Identyfikacja obszarów odbywa się w oparciu o:

- wyznaczone przez kierownictwo cele dla urzędu,
- plan rozwoju urzędu,
- zidentyfikowane procesy zarządzania, wspomagające i wytwórcze, tj. związane z obsługą interesantów,
- strukturę organizacyjną urzędu oraz schemat podległości,
- doświadczenie zawodowe członków Zespołu ds. SKZ.

5.3.1 Koordynator ds. kontroli zarządczej na podstawie przyjętych do realizacji zadań inicjuje zebranie Zespołu ds. SKZ.

5.3.1.1 Koordynator ds. kontroli zarządczej po wstępnym podziale zadań dla Zespołu ds. SKZ prowadzi kolejne posiedzenia oraz rozlicza postępy prac nad przeglądem procesu zarządzania ryzykiem.

**5.4 Identyfikacja typu, rodzaju ryzyka/zagrożeń.**

5.4.1 Zespół ds. SKZ dokonuje identyfikacji rodzaju ryzyka towarzyszącego realizacji założonych celów na **Karcie identyfikacji ryzyka Formularz nr 1**. Identyfikacja odbywa się w oparciu o metodologię „burzy mózgów” Zespołu ds. SKZ.

**5.5 Szacowanie prawdopodobieństwa i skutków zidentyfikowanego ryzyka.**

5.5.1 W drodze prac eksperckich Zespół ds. SKZ dokonuje oszacowania ryzyka. Szacując ryzyko związane z zidentyfikowanymi zagrożeniami Zespół ds. SKZ ustala, jakie mogą być szkodliwe następstwa zagrożeń i jakie jest prawdopodobieństwo, że one wystąpią. Etap ten obejmuje przyporządkowanie miar poszczególnym elementom ryzyka – prawdopodobieństwu wystąpienia niekorzystnego/niepożądanego zdarzenia/ czynnika i skutków. Zespół ds. SKZ dokonuje szacowanie ryzyka towarzyszącego realizacji założonych celów na **Karcie identyfikacji ryzyka Formularz nr 1**.

## 5.6 Zliczanie (Scoring) ryzyka metodą RISK ASSESSMENT CONDE

5.6.1 Zespół ds. SKZ dokonuje zliczania ryzyka według poniższych wartości i metodologii celów na **Karcie identyfikacji ryzyka Formularz nr 1**.

$$R = P \times S$$

gdzie:

R – ryzyko

S – skutki,

P – prawdopodobieństwo zdarzenia

Prawdopodobieństwo – P

P = 1 – bardzo mało prawdopodobne

P = 2 – mało prawdopodobne

P = 3 – doraźne wydarzenie zdarzające się rzadko ( raz w roku)

P = 4 – wydarzenie prawdopodobne

P = 5 – wydarzenie wysoce prawdopodobne

P = 6 – wydarzenie, które na pewno nastąpi

Potencjalne skutki – S

S = 1 – bardzo małe

S = 2 – małe

S = 3 – średnie

S = 4 – istotne

S = 5 – bardzo istotne

S = 6 – katastrofa

5.6.2 Oszacowanie ryzyka wynikające z potencjalnych skutków i prawdopodobieństwa zdarzenia

| Wartość liczbowa R | Rodzaj ryzyka      |
|--------------------|--------------------|
| R = 1 – 3          | ryzyko bardzo małe |
| R = 3 – 8          | ryzyko małe        |
| R = 9 – 14         | ryzyko średnie     |
| R = 15 – 18        | ryzyko duże        |
| R = 19 – 36        | ryzyko bardzo duże |

5.6.3 Ustalenie dopuszczalności ryzyka/poziomu akceptowalnego

| Oszacowanie ryzyka | Dopuszczalność ryzyka             | Działania  |
|--------------------|-----------------------------------|--|
| Bardzo małe        | Dopuszczalne (akceptowalne)       | Nie jest konieczne prowadzenie żadnych działań poza bieżącym monitoringiem   |
| Małe               | Dopuszczalne (akceptowalne)       | Zaleca się rozważenie możliwości dalszego zmniejszenia poziomu ryzyka lub zapewnienie., że ryzyko pozostanie na tym samym poziomie |
| Średnie            | Dopuszczalne (akceptowalne)       | Zaleca się zaplanowanie i podjęcie działań, których celem jest zmniejszenie ryzyka   |
| Duże               | Niedopuszczalne (nieakceptowalne) | Planowana działania nie mogą być podjęte do czasu zmniejszenia ryzyka do poziomu dopuszczalnego                                    |
| Bardzo duże        | Niedopuszczalne (nieakceptowalne) | Działania nie mogą być podjęte ani kontynuowane do czasu zmniejszenia ryzyka do poziomu dopuszczalnego                             |

## **5.7 Wskazywanie działań korygujących i/lub zapobiegawczych.**

- 5.7.1 Zespół ds. SKZ w ostatnim etapie analizy ryzyka formułuje działania korygujące i zapobiegawcze, co stanowi odpowiedź na istotne, nieakceptowalne ryzyko uniemożliwiające lub znacząco utrudniające realizację celów operacyjnych i osiąganie celów strategicznych. Zespół ds. SKZ przedstawia Koordynatorowi ds. kontroli zarządczej propozycje działań redukujących ryzyko do poziomu akceptowalnego na **Karcie działań korygujących i zapobiegawczych Formularz nr 2.**
- 5.7.2 Działania takie dokonywane są m.in. poprzez:
- opracowanie szczegółowych procedur postępowania pomimo zagrożenia,
  - zapewnienie personelowi urzędu wiedzy, umiejętności oraz sprzętu/infrastruktury pozwalającej na realizację celów operacyjnych umożliwiających osiągnięcie celów strategicznych.
- 5.7.3 Koordynator ds. kontroli zarządczej przedstawia Wójtowi wyniki przeglądu zarządzania ryzykiem oraz propozycje działań korygujących i zapobiegawczych na **Karcie działań korygujących i zapobiegawczych Formularz nr 2.**
- 5.7.4 Wójt opiniuje zaproponowane przez Zespół ds. SKZ pod kierownictwem Koordynatora ds. kontroli zarządczej działania obniżające ryzyko do poziomu akceptowalnego na **Karcie działań korygujących i zapobiegawczych Formularz nr 2.** W drodze opiniowania Wójt może zaakceptować propozycje działań lub zlecić zespołowi ds. SKZ dalsze działania analityczne lub samodzielnie podjąć decyzje co do alternatywnych działań korygujących polecając ich wykonanie konkretnym członkom personelu urzędu.
- 5.7.5 W przypadku braku akceptacji przez Wójta propozycji działań korygujących Zespół ds. SKZ przedstawia alternatywne propozycje na **Karcie działań korygujących i zapobiegawczych Formularz nr 2.** W przypadku braku dalszej akceptacji ze strony Wójta, Wójt w porozumieniu z Sekretarzem, Skarbnikiem oraz Koordynatorem ds. kontroli zarządczej podejmuje ostateczne, wiążące decyzje co do działań korygujących co dokumentuje w formie notatki służbowej załączonej do dokumentacji przeglądu zarządzania ryzykiem w danym roku kalendarzowym. Po kolegialnym podjęciu decyzji co do zakresu działań korygujących Wójt deleguje działania na konkretnych członków personelu urzędu w celu obniżenia ryzyka do poziomu akceptowalnego.

### **5.8 Zapisy.**

Wszystkie dokumenty dotyczące zarządzania ryzykiem wymienione w poszczególnych punktach niniejszej procedury są zapisami. Zapisy przechowuje się nie krócej niż trzy lata dla celów analitycznych od daty dokonania szacowania ryzyka.

## **6. PRZYPADKI SZCZEGÓLNE (stosowanie odstępstw)**

Niniejszej procedury nie dotyczy.

## **7. DOKUMENTY ZWIĄZANE**

- 7.1 Przepisy prawa zgodne z wykazem dotyczące pracodawcy oraz:
- 7.1.1 Ustawa o finansach publicznych ( Dz.U. 2019.869 ze zm.),
  - 7.1.2 Komunikat nr 23 Ministra finansów z 16.12.2009 w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych.

## **8. WYKAZ I WZORY FORMULARZY**

- 8.1 Wykaz i wzory formularzy stosowanych w niniejszej procedurze:
- Formularz nr 1** Karta identyfikacji ryzyka,
  - Formularz nr 2** Karta działań korygujących i zapobiegawczych.

# Karta identyfikacji, szacowania i zarządzania ryzykiem

Formularz nr 1 do Procedury Zarządzania Ryzykiem

Skład zespołu identyfikującego ryzyko

| Imię i nazwisko | stanowisko | data i podpis |
|-----------------|------------|---------------|
| 1. ....         | .....      | .....         |
| 2. ....         | .....      | .....         |
| 3. ....         | .....      | .....         |
| 4. ....         | .....      | .....         |
| 5. ....         | .....      | .....         |
| 6. ....         | .....      | .....         |
| 7. ....         | .....      | .....         |
| 8. ....         | .....      | .....         |
| 9. ....         | .....      | .....         |
| 10. ....        | .....      | .....         |

| Identyfikacja ryzyka/wskaźnik                  | Występowanie<br>ryzyka<br>Tak/ Nie | Opis ryzyka | prawdopodobieństwo<br>wzdarzenia<br>P 1-6 | potencjalne<br>skutki<br>S1-6 | Ryzyko<br>R = P x S | Dopuszczalne<br>1- 14<br>Nieakceptowalne<br>15 -36 |
|--|------------------------------------|-------------|---|-------------------------------|---------------------|--|
| <b>Potencjał i możliwości organizacji</b>      |                                    |             |   |                               |                     |  |
| Duża liczba wolnych etatów                     |                                    |             |   |                               |                     |  |
| Nieobsadzone główne stanowiska                 |                                    |             |   |                               |                     |  |
| Duży wskaźnik zachorowalności                  |                                    |             |   |                               |                     |  |
| Zbyt wielu pracowników                         |                                    |             |   |                               |                     |  |
| Duży odsetek długotrwałych zwolnień lekarskich |                                    |             |   |                               |                     |  |
| Niska motywacja i morale personelu             |                                    |             |   |                               |                     |  |
| Zbyt niski poziom zatrudnienia                 |                                    |             |   |                               |                     |  |
| Brak możliwości zatrudniania                   |                                    |             |   |                               |                     |  |

| Identyfikacja ryzyka/wskaźnik | Występowanie ryzyka<br>Tak/ Nie | Opis ryzyka | prawdopodobieństwo zdarzenia<br>P 1-6 | potencjalne skutki<br>S1-6 | Ryzyko<br>R = P x S | Dopuszczalne<br>1- 14<br>Nieakceptowalne<br>15 -36 |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|--|
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|--|

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| pracowników   |  |  |  |  |  |  |
| Wysoka rotacja pracowników  |  |  |  |  |  |  |
| Niestaranność personelu   |  |  |  |  |  |  |
| Brak pracowników posiadających odpowiednia kwalifikacje, umiejętności lub doświadczenia |  |  |  |  |  |  |
| Słaby program szkoleń   |  |  |  |  |  |  |
| Negatywne raporty z zakresu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa osób                       |  |  |  |  |  |  |
| Regularnie niedotrzymywanie terminów  |  |  |  |  |  |  |
| Zbyt mały budżet  |  |  |  |  |  |  |
| Rosnące wymagania płacowe   |  |  |  |  |  |  |
| Brak zaangażowania w pracę organizacji  |  |  |  |  |  |  |
| Częste protesty związkowe mogące zakłócić świadczenie usług                             |  |  |  |  |  |  |
| Niedopracowane procesy zarządcze lub niewykwalifikowana kadra kierownicza               |  |  |  |  |  |  |
| Identyfikacja problemów w ramach oceny pracowników                                      |  |  |  |  |  |  |
| Rosnący lub niedopuszczalny poziom skarg  |  |  |  |  |  |  |
| Wysoki poziom wykrywanych oszustw   |  |  |  |  |  |  |
| Informowanie o wykrytych oszustwach   |  |  |  |  |  |  |

| Identyfikacja ryzyka/wskaźnik | Występowanie ryzyka<br>Tak/ Nie | Opis ryzyka | prawdopodobieństwo zdarzenia<br>P 1- 6 | potencjalne skutki<br>S1-6 | Ryzyko<br>R = P x S | Dopuszczalne 1- 14<br>Nieakceptowalne 15 -36 |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|--|----------------------------|---------------------|--|
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|--|----------------------------|---------------------|--|

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Informacje o naruszeniu zasad zachowania                    |  |  |  |  |  |  |
| Informacje o naruszeniu zasad procedur finansowych          |  |  |  |  |  |  |
| Informacje o naruszeniu regulaminu organizacyjnego          |  |  |  |  |  |  |
| Niska wydajność pracowników                                 |  |  |  |  |  |  |
| <b>Wyniki organizacji</b>                                   |  |  |  |  |  |  |
| Słabe przygotowanie i planowanie                            |  |  |  |  |  |  |
| Brak realizacji celów organizacyjnych                       |  |  |  |  |  |  |
| Brak identyfikacji przyczyn słabej wydajności               |  |  |  |  |  |  |
| Brak standardów wydajności                                  |  |  |  |  |  |  |
| Brak poprawy słabej wydajności lub niskich standardów       |  |  |  |  |  |  |
| Brak monitorowania postępów w realizacji planów lub działań |  |  |  |  |  |  |
| Słaba komunikacja   |  |  |  |  |  |  |
| Niejasne priorytety organizacji                             |  |  |  |  |  |  |
| Słabe planowanie organizacyjne                              |  |  |  |  |  |  |
| Brak wewnętrznego zaufania do organizacji                   |  |  |  |  |  |  |
| Brak zewnętrznego zaufania do organizacji                   |  |  |  |  |  |  |
| Zła prasa/ niekorzystne doniesienia medialne                |  |  |  |  |  |  |
| Niekorzystne raporty zewnętrznych organów kontrolnych       |  |  |  |  |  |  |

| Identyfikacja ryzyka/wskaźnik | Występowanie ryzyka<br>Tak/ Nie | Opis ryzyka | prawdopodobieństwo zdarzenia<br>P 1-6 | potencjalne skutki<br>S1-6 | Ryzyko<br>R = P x S | Dopuszczalne<br>1- 14<br>Nieakceptowalne<br>15 -36 |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|--|
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|--|

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Rosnący poziom złych wyników   |  |  |  |  |  |  |
| Brak planowania ciągłości działalności                               |  |  |  |  |  |  |
| Niesprawdzone plany ciągłości działalności                           |  |  |  |  |  |  |
| Wysoki stopień uzależnienia od zewnętrznych organizacji partnerskich |  |  |  |  |  |  |
| <b>Kwestie prawne</b>  |  |  |  |  |  |  |
| Rosnąca liczba pozwów lub spraw sądowych                             |  |  |  |  |  |  |
| Rosnący poziom przegranych spraw sądowych                            |  |  |  |  |  |  |
| Informacje o działaniach niezgodnych z prawem                        |  |  |  |  |  |  |
| Rosnący poziom niezgodności z przepisami                             |  |  |  |  |  |  |
| Brak identyfikacji nowych wymagań prawnych                           |  |  |  |  |  |  |
| Ciągnące się sprawy sądowe   |  |  |  |  |  |  |
| Niezachowanie staranności/ zaniedbania                               |  |  |  |  |  |  |
| Czy występuje „kultura obwiniania”                                   |  |  |  |  |  |  |
| Niekorzystne relacje z innymi organizacjami                          |  |  |  |  |  |  |
| Niekorzystne umowy   |  |  |  |  |  |  |
| Brak identyfikacji / poprawy niewłaściwej realizacji umowy           |  |  |  |  |  |  |
| <b>Kwestie finansowe</b>   |  |  |  |  |  |  |
| Zła sytuacja finansowa   |  |  |  |  |  |  |
| Duża liczba wykrytych  |  |  |  |  |  |  |

| Identyfikacja ryzyka/wskaźnik | Występowanie ryzyka<br>Tak/ Nie | Opis ryzyka | prawdopodobieństwo zdarzenia<br>P 1- 6 | potencjalne skutki<br>S1-6 | Ryzyko<br>R = P x S | Dopuszczalne 1- 14<br>Nieakceptowalne 15 -36 |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|--|----------------------------|---------------------|--|
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|--|----------------------------|---------------------|--|

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| nieprawidłowości podczas kontroli finansowej                                      |  |  |  |  |  |  |
| Nieprawidłowe działanie kontroli wewnętrznej                                      |  |  |  |  |  |  |
| Niekorzystne raporty z audytu wew lub zew   |  |  |  |  |  |  |
| Rosnąca liczba błędów rachunkowych  |  |  |  |  |  |  |
| Niedostateczne i nadmierne wydatki budżetowe                                      |  |  |  |  |  |  |
| Zbyt mały budżet  |  |  |  |  |  |  |
| Źle określony budżet  |  |  |  |  |  |  |
| Niezgoda z polityką i standardami rachunkowości                                   |  |  |  |  |  |  |
| Braki w doświadczeniu finansowym  |  |  |  |  |  |  |
| Wysoki poziom operacji gotówkowych  |  |  |  |  |  |  |
| Wysoki poziom zadłużenia  |  |  |  |  |  |  |
| Wysoka liczba transakcji zwiększających prawdopodobieństwo powtórzenia się błędów |  |  |  |  |  |  |
| Wysoka liczba transakcji na dużą kwotę  |  |  |  |  |  |  |
| Niedostateczny przepływ środków pieniężnych                                       |  |  |  |  |  |  |
| Brak planowania finansowego   |  |  |  |  |  |  |
| Rosnące koszty  |  |  |  |  |  |  |
| Dochody i wydatki nie pokrywają się z wydatkami ponoszonymi przez podobne         |  |  |  |  |  |  |

| Identyfikacja ryzyka/wskaźnik | Występowanie ryzyka<br>Tak/ Nie | Opis ryzyka | prawdopodobieństwo zdarzenia<br>P 1-6 | potencjalne skutki<br>S1-6 | Ryzyko<br>R = P x S | Dopuszczalne<br>1- 14<br>Nieakceptowalne<br>15 -36 |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|--|
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|--|

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| organizacje  |  |  |  |  |  |  |
| Wysoki poziom inwestycji/finansowania innych organizacji       |  |  |  |  |  |  |
| Brak kontroli rozbieżności finansowych                         |  |  |  |  |  |  |
| Słaba sprawozdawczość finansowa                                |  |  |  |  |  |  |
| Wysoki poziom szkód ubezpieczeniowych                          |  |  |  |  |  |  |
| Rodzaj szkody ubezpieczeniowej                                 |  |  |  |  |  |  |
| Dziedziny w których organizacja nie może wykupić ubezpieczenia |  |  |  |  |  |  |
| Nadmierne koszty ubezpieczenia                                 |  |  |  |  |  |  |
| Poziom nieubezpieczonych szkód                                 |  |  |  |  |  |  |
| <b>Działalność operacyjna</b>                                  |  |  |  |  |  |  |
| Brak definicji ról i zadań                                     |  |  |  |  |  |  |
| Decyzje podejmowane w nieodpowiednim terminie                  |  |  |  |  |  |  |
| Niezadawalający proces decyzyjny                               |  |  |  |  |  |  |
| Brak zdefiniowanych procesów i procedur                        |  |  |  |  |  |  |
| Brak identyfikacji nieskuteczności                             |  |  |  |  |  |  |
| Utrzymująca się nieskuteczność                                 |  |  |  |  |  |  |
| Brak planów rozwojowych / rozwój nie uwzględniony w            |  |  |  |  |  |  |

| Identyfikacja ryzyka/wskaźnik | Występowanie ryzyka<br>Tak/ Nie | Opis ryzyka | prawdopodobieństwo zdarzenia<br>P 1-6 | potencjalne skutki<br>S1-6 | Ryzyko<br>R = P x S | Dopuszczalne<br>1- 14<br>Nieakceptowalne<br>15 -36 |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|--|
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|--|

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| procesie planowania organizacji  |  |  |  |  |  |  |
| Niewłaściwe systemy informatyczne  |  |  |  |  |  |  |
| Niedostateczna jakość informacji zarządczej  |  |  |  |  |  |  |
| Zgłoszone luki w bezpieczeństwie   |  |  |  |  |  |  |
| Obrażenia lub śmierć pracowników   |  |  |  |  |  |  |
| Obrażenia lub śmierć klientów/ innych osób korzystających z usług lub obiektów publicznych |  |  |  |  |  |  |
| Niewłaściwa obsługa skarg  |  |  |  |  |  |  |
| Brak odpowiedniej eskalacji problemów w organizacji  |  |  |  |  |  |  |
| Obszary w których konieczna jest pomoc   |  |  |  |  |  |  |
| Brak kontroli wykorzystania zapasów  |  |  |  |  |  |  |
| Wysoki poziom zapasów  |  |  |  |  |  |  |
| Brak utrzymania Śródków trwałych   |  |  |  |  |  |  |
| Wysoki poziom środków trwałych   |  |  |  |  |  |  |
| Utrzymywane zapasy i środki trwałe nieproporcjonalne do prowadzonej działalności           |  |  |  |  |  |  |
| Wrażliwość polityczna  |  |  |  |  |  |  |
| Wymagany wysoki poziom poufności   |  |  |  |  |  |  |
| Wysoki poziom transakcji z osobami prywatnymi, z którymi                                   |  |  |  |  |  |  |

| Identyfikacja ryzyka/wskaźnik | Występowanie ryzyka<br>Tak/ Nie | Opis ryzyka | prawdopodobieństwo zdarzenia<br>P 1-6 | potencjalne skutki<br>S1-6 | Ryzyko<br>R = P x S | Dopuszczalne<br>1- 14<br>Nieakceptowalne<br>15 -36 |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|--|
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|--|

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| wiąże się ryzyko   |  |  |  |  |  |  |
| Złożoność systemów informatycznych   |  |  |  |  |  |  |
| Zajmowane miejsce nieproporcjonalne do prowadzonej działalności            |  |  |  |  |  |  |
| Potrzeba wprowadzenia nowej technologii                                    |  |  |  |  |  |  |
| Awarie informatyczne   |  |  |  |  |  |  |
| Naruszenie bezpieczeństwa  |  |  |  |  |  |  |
| Słabe punkty zidentyfikowane przez inspektorów/ audyt                      |  |  |  |  |  |  |
| Wysokie zagrożenie terrorystyczne  |  |  |  |  |  |  |
| Wysokie zagrożenie ze strony zorganizowanych grup przestępczych            |  |  |  |  |  |  |
| Nałożenie kary przez organy regulacyjne w wyniku niezgodności z przepisami |  |  |  |  |  |  |





**Ankieta do samooceny kontroli zarządczej – kierownicy komórek organizacyjnych**

| L.p. | PYTANIE   | TAK | NIE | Uwagi |
|------|---|-----|-----|-------|
| 1.   | Czy pracownicy zostali poinformowani w udokumentowany sposób o zasadach etycznego postępowania?   |     |     |       |
| 2.   | Czy wiesz jak należy się zachować, w przypadku gdy będziesz świadkiem poważnych naruszeń zasad etycznych obowiązujących w urzędzie?                                       |     |     |       |
| 3.   | Czy bierzesz udział w szkoleniach w wystarczającym stopniu, aby skutecznie realizować powierzone zadania?   |     |     |       |
| 4.   | Czy pracownicy w Twojej komórce organizacyjnej posiadają wiedzę i umiejętności konieczne do skutecznego realizowania przez nich zadań?                                    |     |     |       |
| 5.   | Czy Twoim zdaniem istniejące w urzędzie procedury zatrudniania prowadzą do zatrudniania osób, które posiadają pożądane na danym stanowisku pracy wiedzę i umiejętności?   |     |     |       |
| 6.   | Czy struktura organizacyjna Twojej komórki organizacyjnej jest dostosowana do aktualnych jej celów i zadań?   |     |     |       |
| 7.   | Czy przekazanie pracownikom w Twojej komórce organizacyjnej zadań i obowiązków, z których wynika odpowiedzialność majątkowa lub karna następuje zawsze w drodze pisemnej? |     |     |       |
| 8.   | Czy znasz zasady zarządzania ryzykiem w Twojej komórce organizacyjnej?  |     |     |       |
| 9.   | Czy w urzędzie zostały zapewnione mechanizmy (procedury) służące utrzymaniu ciągłości działalności na wypadek awarii (np. pożaru, powodzi, poważnej awarii)?              |     |     |       |
| 10.  | Czy w Twojej komórce organizacyjnej są ustalone zasady zastępstw zapewniających sprawną pracę komórki w przypadku nieobecności poszczególnych pracowników?                |     |     |       |
| 11.  | Czy Twoim zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji wewnątrz Twojej komórki organizacyjnej?  |     |     |       |
| 12.  | Czy Twoim zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi w urzędzie?  |     |     |       |

|     |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|
| 13. | Czy zachęcasz pracowników do sygnalizowania problemów i zagrożeń w realizacji powierzonych im zadań? |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|

### Ankieta do samooceny kontroli zarządczej – pracownicy jednostki

| L.p | PYTANIE  | TAK | NIE | Uwagi |
|-----|--|-----|-----|-------|
| 1.  | Czy wiesz jakie zachowania pracowników uznawane są w urzędzie za nieetyczne?   |     |     |       |
| 2.  | Czy wiesz jak należy się zachować w przypadku, gdy będziesz świadkiem poważnych naruszeń zasad etycznych obowiązujących w urzędzie ?   |     |     |       |
| 3.  | Czy Twoim zdaniem osoby na stanowiskach kierowniczych przestrzegają i promują własną postawą i decyzjami etyczne postępowanie?   |     |     |       |
| 4.  | Czy bierzesz udział w szkoleniach w wystarczającym stopniu, aby skutecznie realizować powierzone zadania?  |     |     |       |
| 5.  | Czy zostałeś poinformowany przez bezpośredniego przełożonego o kryteriach okresowej oceny Twojej pracy?  |     |     |       |
| 6.  | Czy w Twojej komórce organizacyjnej zostały określone cele do osiągnięcia lub zadania do realizacji w bieżącym roku w innej formie niż regulamin organizacyjny (np. jako plan pracy, plan działalności itp.)?  |     |     |       |
| 7.  | Czy w Twojej komórce organizacyjnej w udokumentowany sposób identyfikuje się zagrożenia/ryzyka, które mogą przeszkodzić w realizacji celów i zadań komórki organizacyjnej (np. poprzez sporządzanie rejestru ryzyka lub innego dokumentu zawierającego zidentyfikowane zagrożenia/ryzyka)? |     |     |       |
| 8.  | Czy posiadasz bieżący dostęp do procedur/instrukcji obowiązujących w urzędzie (np. poprzez intranet)?  |     |     |       |
| 9.  | Czy obowiązujące w Twojej pracy procedury/instrukcje są aktualne, tzn. zgodne z obowiązującymi przepisami prawa i regulacjami wewnętrznymi (np. regulaminem organizacyjnym, innymi procedurami)?   |     |     |       |
| 10. | Czy wiesz jak postępować w przypadku wystąpienia sytuacji nadzwyczajnej np. pożaru, powodzi, poważnej awarii?  |     |     |       |
| 11. | Czy w Twojej komórce organizacyjnej są ustalone zasady zastępstwa na Twoim stanowisku pracy?   |     |     |       |
| 12. | Czy dokumenty/materiały/zasoby informatyczne, z których korzystasz w swojej pracy są Twoim zdaniem odpowiednio chronione przed utratą lub zniszczeniem?  |     |     |       |

|     |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|
| 13. | Czy postawa osób na stanowiskach kierowniczych w Twojej komórce organizacyjnej zachęca pracowników do sygnalizowania problemów i zagrożeń w realizacji zadań komórki organizacyjnej? |  |  |  |
| 14. | Czy Twoim zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji wewnątrz Twojej komórki organizacyjnej?   |  |  |  |
| 15. | Czy Twoim zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi w urzędzie?   |  |  |  |
| 16. | Czy przełożeni na co dzień zwracają wystarczającą uwagę na przestrzeganie przez pracowników obowiązujących w urzędzie zasad, procedur, instrukcji itp.?                              |  |  |  |

**Protokół z samooceny kontroli zarządczej za rok .....**

| Element systemu kontroli zarządczej      | W wystarczającym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza | W ograniczonym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza | Nie funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza |
|--|--|--|---|
| Środowisko wewnętrzne                    |  |  |   |
| Cele działalności i zarządzanie ryzykiem |  |  |   |
| Mechanizmy kontroli                      |  |  |   |
| Informacja i komunikacja                 |  |  |   |
| Monitorowanie i ocena                    |  |  |   |

a) Zastrzeżenia dotyczą:

.....

b) Zostaną podjęte następujące działania w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej:

.....

a) Zastrzeżenia i braki dotyczą:

.....

b) Zostaną podjęte następujące działania w celu wdrożenia kontroli zarządczej (podać termin):

.....

Niniejszy protokół opiera się na wynikach samooceny kontroli zarządczej przeprowadzonej na ..... (liczba ankiet) ankietach wypełnionych w okresie od ..... do .....

Skład zespołu podsumowującego samoocenę kontroli zarządczej

|    | Imię i nazwisko | stanowisko | data i podpis |
|----|-----------------|------------|---------------|
| 1. | .....           | .....      | .....         |
| 2. | .....           | .....      | .....         |
| 3. | .....           | .....      | .....         |
| 4. | .....           | .....      | .....         |

### Informacja o stanie kontroli zarządczej za rok .....

Jako osoba odpowiedzialna za zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, tj. działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.

Informuję, że w kierowanej przez mnie jednostce:

.....

| Element systemu kontroli zarządczej | <i>Należy znakiem X zaznaczyć faktyczną realizację elementu systemu kontroli zarządczej</i> |  |   |
|-------------------------------------|---|--|---|
|                                     | W wystarczającym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza  | W ograniczonym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza | Nie funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza |
| Środowisko wewnętrzne               |   |  |   |
| Cele działalności                   |   |  |   |
| zarządzanie ryzykiem                |   |  |   |
| Mechanizmy kontroli                 |   |  |   |
| Informacja i komunikacja            |   |  |   |
| Monitorowanie i ocena               |   |  |   |

Przy zastrzeżeniach, brakach i deklarowaniu podjęcia działania należy odnieść się do poszczególnych elementów

a) Zastrzeżenia i braki dotyczą:

.....

b) Zostaną podjęte następujące działania w celu wdrożenia kontroli zarządczej (podać termin):

.....

Niniejsze oświadczenie opiera się na:

*(Należy znakiem X zaznaczyć źródła wiedzy, na których opiera się oświadczenie)*

- 
- 
- Monitoringu realizacji celów i zadań
- Wynikach samooceny kontroli zarządczej
- Opinii kontroli zewnętrznych, zewnętrznych, audytu
- Innych źródeł informacji .....

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis i pieczęć kierownika jednostki)