WÓJT
GMINY MARKOWA
pow. łańcucki
woj. podkarpackie

Zarządzenie Nr 11/14
Wójta Gminy Markowa
z dnia 5 listopada 2014 r.

w sprawie Procedury kontroli zarządczej w Urzędzie Gminy Markowa

Na podstawie art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 885 z późń. zm.), art. 33 ust. 3 i 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2013 r., poz. 594 z późn. zm.)

zarządzam, co następuje:

§ 1

Wprowadzam Procedurę kontroli zarządczej w Urzędzie Gminy Markowa w brzmieniu stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Wykonanie zarządzenia powierzam Pełnomocnikowi ds. Kontroli Zarządczej.

§ 3

Traci moc zarządzenie nr 8/10 Wójta Gminy Markowa z dnia 29.12.2010 r. w sprawie wprowadzenia Procedury kontroli zarządczej w Urzędzie Gminy Markowa.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

WÓJT GMINY MARKOWA

Wójt Gminy
mgr inż. Tadeusz Bar

WÓJT
GMINY MARKOWA
pow. łańcucki
woj. podkarpackie

załącznik nr 1
do zarządzenie Nr 11/14
Wójta Gminy Markowa
z dnia 5 listopada 2014 r.

Procedura kontroli zarządczej w Urzędzie Gminy Markowa

Niniejszy dokument określa zasady jednolitego systemu kontroli zarządczej w Urzędzie Gminy Markowa z uwzględnieniem Standardów Kontroli Zarządczej ogłoszonych przez Ministra Finansów.

ROZDZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Słownik pojęć

Użyte w Procedurze kontroli zarządczej określenia oznaczają:

1) **Jednostka, Urząd** – Urząd Gminy Markowa,
2) **kierownika jednostki** – Wójta Gminy Markowa,
3) **kierujący** – kierujący pracą w Urzędzie tj. kierownicy komórek organizacyjnych i osoby na samodzielnych stanowiskach,
4) **skarbnik/główny księgowy** – należy przez to rozumieć Skarbnika Gminy Markowa, Głównego Księgowego,
5) **zespół/pełnomocnika** – Zespół ds. Kontroli Zarządczej w Urzędzie/Pełnomocnik ds. Kontroli Zarządczej ,
6) **ryzyko** – prawdopodobieństwo wystąpienia określonego zagrożenia wywołanego przez czynniki ryzyka, które będzie miało negatywny wpływ na realizację założonych celów,
7) **czynniki ryzyka** – działania, zaniechania działań i wydarzenia zewnętrzne oraz wewnętrzne sprzyjające wystąpieniu ryzyka,
8) **zarządzania ryzykiem** – obejmujący całą organizację proces identyfikacji, kontrolowania i eliminacji lub ograniczania prawdopodobieństwa zaistnienia zdarzeń, które mogą mieć wpływ na realizację założonych celów,
9) **poziom ryzyka wysoki** – duża istotność i/lub niezgodność z przepisami, procedurami (reakcja niezbędna),
10) **poziom ryzyka średni** – średnia istotność i/lub niezgodność z przepisami, procedurami (monitorować),
11) **poziom ryzyka niski** – mała istotność i/lub niezgodność z przepisami, procedurami (akceptacja),
12) **kwestionariusz** – kwestionariusz ryzyka służący do identyfikacji, analizy i oceny ryzyka, załącznik nr 1,
13) **rejestr ryzyka** – zhierarchizowane/uporządkowane ryzyka według przyznanej skali ocen od najwyższej do najniższej, załącznik nr 2,

14) **kwestionariusz samooceny kontroli zarządczej** – narzędzie pozwalające badać stan kontroli zarządczej w Urzędzie, załącznik nr 4,

15) **mechanizmy kontroli** – na mechanizmy kontroli składają się regulaminy, instrukcje, czynności oraz zasady działania za pomocą których, zapewniona jest prawidłowa realizacja zadań. Mechanizmy kontroli powinny się odnosić do wyników analizy ryzyka, a ich celem powinno być ograniczenie zidentyfikowanego ryzyka, którego jednostka nie może zaakceptować,

16) **misja** – szczególny powód istnienia Urzędu.

§ 2

Cele i ogólne zasady funkcjonowania kontroli zarządczej

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

2. Kontrola zarządcza jest narzędziem zarządzania jednostką we wszystkich obszarach jej działalności.

3. Zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej należy do obowiązków kierownika jednostki, który realizuje ją przy współudziale kierujących.

4. W sprawowaniu kontroli zarządczej kierownika jednostki wspiera zespół/pełnomocnik, który w imieniu kierownika jednostki sprawuje nadzór nad stanem kontroli zarządczej w jednostce.

5. Celem kontroli zarządczej jest zapewnienie w szczególności:
   1) zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi;
   2) skuteczności i efektywności działania;
   3) wiarygodności sprawozdań;
   4) ochrony zasobów;
   5) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania;
   6) efektywności i skuteczności przepływu informacji;
   7) zarządzania ryzykiem.

6. Ocena stanu kontroli zarządczej w jednostce ma na celu uzyskanie informacji o stopniu zapewnienia przez kontrolę zarządczą osiągania celów, o których mowa w ust. 5.

7. W jednostce w oparciu o cele i zadania sporządzana jest uchwała budżetowa, która zawiera w szczególności: cele, zadania służące realizacji celów oraz mierniki określające stopień ich realizacji wraz z planowanymi wartościami.

8. Kontrola zarządcza w jednostce wykonywana jest w oparciu o następujące standardy:
   1) środowisko wewnętrzne;
   2) cele i zarządzanie ryzykiem;

3) mechanizmy kontroli;
4) informacja i komunikacja;
5) monitorowanie i ocena.

ROZDZIAŁ II
STOSOWANIE STANDARDÓW KONTROLI ZARZĄDCZEJ W JEDNOSTCE

A. Środowisko wewnętrzne

§ 3
Przestrzeganie wartości etycznych

1. Pracownicy zobowiązani są do przestrzegania zasad i wartości etycznych zawartych w przepisach prawa oraz powszechnie akceptowanych standardach postępowania.
2. Pracownicy obowiązani są również do respektowania zasad etyki wynikających z postanowień Regulaminu Pracy.

§ 4
Kompetencje zawodowe

1. Podstawę funkcjonowania oraz prawidłowej realizacji zadań i celów jednostki stanowią wysokie kompetencje zawodowe pracowników.
2. Pracownicy posiadają taki poziom wiedzy, umiejętności i doświadczenia, który pozwala im na skuteczne i efektywne wypełnianie powierzonych zadań i obowiązków.
3. W jednostce stosuje się zasady naboru kandydatów do pracy zapewniające transparentność procesu zatrudnienia nowych pracowników oraz wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy.
4. Kierownik jednostki, w ramach posiadanych środków, zapewnia możliwość rozwoju zawodowego oraz podnoszenia kompetencji zawodowych pracowników jednostki.
5. Pracownicy jednostki są obowiązani do udziału w szkoleniach wewnętrznych oraz zewnętrznych mających na celu podniesienie kompetencji zawodowych.

§ 5
Struktura organizacyjna i delegowanie uprawnień

1. Struktura organizacyjna jednostki, zakres nadzoru i stałych uprawnień kierownika jednostki oraz kierujących, a także szczegółowy zakres działania komórek organizacyjnych/samodzielnych stanowisk pracy są określone w Regulaminie organizacyjnym jednostki.
2. Regulamin organizacyjny jednostki podlega przeglądom i aktualizacjom, w celu zapewnienia dostosowania struktury organizacyjnej jednostki do aktualnych celów i zadań.

3. Aktualny zakres czynności dla pracowników jest sporządzany w formie pisemnej.
4. Zapoznanie się z zakresem czynności jest potwierdzane podpisem pracownika.
5. Delegowanie uprawnień do podejmowania decyzji i wykonywania czynności, niewynikających dla danego pracownika z Regulaminu organizacyjnego jednostki, zakresu czynności, następuje w drodze pisemnego upoważnienia.
6. Uprawnienia delegowane są w zakresie adekwatnym do wagi podejmowanych decyzji, stopnia ich skomplikowania, ryzyka z nimi związanego oraz zakresu ponoszonej odpowiedzialności.
7. Powierzenie uprawnień lub obowiązków dokonywane jest w formie pisemnej, a ich przyjęcie, za wyjątkiem uprawnień lub obowiązków wynikających z aktów wewnętrznych wydawanych przez kierownika jednostki, jest potwierdzane podpisem osoby przyjmującej.
8. Rejestr udzielonych upoważnień prowadzony jest w kadrach.

§ 6
Misja

1. Misją Gminy jest zaspokajanie spraw publicznych o znaczeniu lokalnym, niezastrzeżonych ustawami na rzecz innych podmiotów.
2. Gmina wykonuje zadania publiczne w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność.
3. Do zadań własnych Gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty.
4. Mieszkańcy Gminy tworzą z mocy prawa wspólnotę samorządową.

B. Cele i zarządzanie ryzykiem

§ 7
Określenie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji

1. Cele i zadania osiągane są w sposób zgodny z obowiązującymi aktami prawnymi oraz przepisami prawa wewnętrznego.

2. Zadania jednostki określają:
   1) Statut Gminy Markowa,
   2) Regulamin organizacyjny jednostki,
   3) ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym.

3. Najważniejsze cele, przypisane im mierniki określające stopień realizacji celów wraz z ich planowanymi wartościami, a także najważniejsze zadania służące realizacji tych celów wraz z odniesieniem do dokumentów o charakterze strategicznym określane są w uchwale budżetowej, wieloletnim planie finansowym, wieloletnim planie inwestycyjnym.

1. **Identyfikacja ryzyka**

   Nie rzadziej niż raz w roku kierownik jednostki dokonuje identyfikacji ryzyka związanego z celami i zadaniami Urzędu, dotyczącego zarówno działalności całej Gminy, jak i realizowanych przez Gminę konkretnych programów, projektów czy zadań.

   Urząd prowadzi rejestr ryzyka.

   Wskazane jest opracowanie katalogu ryzyk oraz standaryzacji systemu zarzadzania ryzykiem w odniesieniu do określonych w rocznej perspektywie celów i zadań Urzędu.

2. **Analiza ryzyka**

   Zidentyfikowane ryzyka należy poddawać analizie mającej na celu określenie możliwych skutków i prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka.

   Po przeprowadzeniu analizy ryzyka i ocenie jego istotności, kierownik jednostki określa akceptowany poziom ryzyka.

3. **Reakcja na ryzyko**

   W stosunku do każdego istotnego ryzyka należy określić działania w celu ograniczenia go do akceptowalnego poziomu.

   1. Po przeprowadzeniu analizy ryzyka i ocenie jego istotności, kierownik jednostki określa stopień ryzyka jaki Urząd jest gotowy podjąć aby zrealizować swoje cele i zadania.
   2. Ryzykiem akceptowalnym jest ryzyko o poziomie istotności niskim.
   3. Ryzyko przekraczające akceptowalny 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 akceptowalnym poziomie ryzyka dla Urzędu można również wskazać odpowiednie działania służące wdrożeniu określonego rodzaju reakcji na ryzyko.

Określone są procedury dotyczące systemu zarządzania ryzykiem oraz dokumentuje się przebieg procesu.

C. Mechanizmy kontroli

§ 8

1. **Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej.**

   1. Dokumentacja systemu kontroli zarządczej obejmuje w szczególności:

   a) procedury wewnętrzne,

   b) instrukcje,

c) wytyczne,

d) zakresy obowiązków uprawnień i odpowiedzialności pracowników.

2. Dokumentacja powinna być spójna i dostępna dla wszystkich osób, dla których jest niezbędna. Wskazane jest udostępnianie dokumentacji pracownikom urzędu.

2. Nadzór

1. W Urzędzie prowadzony jest właściwy nadzór, którego celem jest upewnienie się, iż zadania wynikające z przyjętego systemu kontroli zarządczej są przestrzegane i należycie realizowane.
2. Nadzór sprawowany jest w szczególności poprzez akceptację warunków pracy w kluczowych punktach oraz zatwierdzanie projektów i dokumentów.
3. Zakres nadzoru powinien być określony w regulaminie organizacyjnym.

3. Ciągłość działalności

1. W celu zapewnienia niezakłóconej i sprawnej realizacji zadań w jednostce funkcjonuje system zastępstw i upoważnień.

2. Ustanawianie zastępstw oraz udzielanie upoważnień następuje na podstawie Regulaminu organizacyjnego jednostki lub ogólnie obowiązujących przepisów prawa.

3. Na podstawie Regulaminu organizacyjnego kierownik jednostki wyznacza, w formie pisemnej, zastępcę wójta lub sekretarza do zastępowania go podczas jego nieobecności.

4. Każdy pracownik w toku załatwiania spraw jest zobowiązany do znakowania i przechowywania dokumentacji prowadzonych spraw w sposób umożliwiający szybki i łatwy dostęp do sprawy podczas jego nieobecności.

5. Sprawy są rejestrowane, znakowane i archiwizowane zgodnie z instrukcją kancelaryjną oraz instrukcją archiwalną.

6. Ciągłość działania jednostki zapewnia stosowanie obowiązujących w jednostce procedur i instrukcji dotyczących rachunkowości i finansów.

7. W jednostce wdrożono mechanizmy służące utrzymaniu ciągłości pracy systemu informatycznego. W celu zapewnienia prawidłowej pracy sprzętu komputerowego (np. serwery, komputery, drukarki, urządzenia aktywne sieci), sprzęt ten zabezpieczono w zasilanie z dedykowanej sieci elektrycznej. Ciągłość działania serwerów, urządzeń aktywnych sieci oraz komputerów, na których przetwarzane są dane osobowe, zabezpieczono poprzez zastosowanie urządzeń podtrzymujących napięcie (UPS).

8. W ramach standardu „Ciągłość działalności" w jednostce obowiązują procedury tworzenia kopii zapasowych zbiorów danych oraz programów i narzędzi programowych służących do ich przetwarzania, a także procedury wykonywania przeglądów i konserwacji systemów oraz nośników informacji służących do przetwarzania danych.

4. Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych

1. Zasady ewidencji operacji gospodarczych i finansowych oraz kontroli merytorycznej oraz formalno-rachunkowej dokumentacji finansowo-księgowej w jednostce określa polityka rachunkowości oraz instrukcja obiegu i kontroli dokumentów finansowo-księgowych.

2. Obowiązujące w jednostce mechanizmy kontroli obejmują w szczególności:
   1) rzetelne i pełne dokumentowanie oraz rejestrowanie operacji finansowych i gospodarczych;
   2) zatwierdzenie (autoryzację) operacji finansowych przez kierownika jednostki lub osoby przez niego upoważnione;
   3) przydzielanie zadań w zakresie prowadzenia, zatwierdzania, rejestrowania i sprawdzania operacji finansowych, gospodarczych i innych zdarzeń związanych z pozyskiwaniem i wydatkowaniem środków publicznych zgodnie z podziałem obowiązków pomiędzy pracownikami;
   4) weryfikację operacji finansowych przed i po realizacji.

3. W jednostce wprowadzono sformalizowane zasady dotyczące zasad i trybu udzielania zamówień publicznych.

5. Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych

1. W jednostce funkcjonują mechanizmy kontroli dotyczące dostępu do zasobów informatycznych, w szczególności: sprzętu, systemów i sieci informatycznych, aplikacji wewnętrznych i zewnętrznych, baz danych, mające na celu ich ochronę przed nieautoryzowanymi zmianami, utratą lub ujawnieniem informacji nieupoważnionym osobom.

2. Mechanizmy kontroli dotyczące zasobów informatycznych obejmują w szczególności:
   1) określenie zasad korzystania z powierzonego sprzętu komputerowego;
   2) definiowanie użytkowników, grup użytkowników oraz haseł;
   3) archiwizowanie danych na urządzeniach archiwizujących i ich przechowywanie;
   4) zapisywanie wszystkich zbiorów informatycznych na dysku komputera głównego-serwera;
   5) bieżącą ochronę przed wirusami serwerów i stacji roboczych za pomocą zainstalowanych programów kontrolujących zawartość zbiorów uruchamianych razem z komputerem;
   6) bieżącą ochronę sieci przed atakiem z zewnątrz za pomocą zainstalowanych programów i urządzeń typu Firewall (UTM).

3. W jednostce określono politykę bezpieczeństwa w zakresie systemów i zasobów

informatycznych.

D. Informacja i komunikacja

§ 9

1. W jednostce w odpowiedniej formie i czasie zapewnia się dostęp do właściwych i rzetelnych informacji niezbędnych do realizacji zadań.
2. Informacje niezbędne do realizacji zadań przez pracowników jednostki są udostępniane na bieżąco z wykorzystaniem ogólnodostępnych kanałów i narzędzi komunikacji w szczególności poprzez: narady i szkolenia, pocztę elektroniczną czy zamieszczenie informacji na tablicy ogłoszeń.
3. Jednostka w celu udostępnienia informacji publicznej w postaci elektronicznej wykorzystuje Biuletyn Informacji Publicznej.
4. Na stronie internetowej jednostki (BIP) zamieszcza się informacje dotyczące m.in.: struktury organizacyjnej, godzin pracy, sposobu przyjmowania i załatwiania spraw, ogłoszeń i przetargów, majątku, naboru kandydatów na wolne stanowiska, zadań jednostki.

E. Monitorowanie i ocena

§ 10

1. System kontroli zarządczej w jednostce podlega monitorowaniu i ocenie w celu zidentyfikowania ewentualnych problemów i ich niezwłocznej eliminacji.
2. Monitorowanie i ocena wykonywana jest odpowiednio przez wszystkie osoby na stanowiskach kierowniczych, które mają udział w zarządzaniu jednostką na różnych jego poziomach, we wszystkich obszarach tematycznych i organizacyjnych jednostki.
3. W jednostce analizowane są wszelkie uwagi i informacje kierowane przez organy kontrolne oraz inne podmioty zewnętrzne, mogące wskazywać na niedoskonałości systemu kontroli zarządczej, a także podejmowane są działania zapobiegawcze i korygujące.
4. Kierujący, w ramach wykonywania bieżących obowiązków przełożonego, monitorują skuteczność systemu kontroli zarządczej i jego poszczególnych elementów. Zidentyfikowane problemy są rozwiązywane na bieżąco.
5. Raportowanie dokonywane jest poprzez przedkładanie kierownikowi jednostki sprawozdań, sporządzanych przez wyznaczone w tym celu komórki organizacyjne, zawierających dane dotyczące realizacji zadań przez poszczególne komórki organizacyjne jednostki za dane okresy sprawozdawcze.(np. sprawozdawczość GUS, Rb).

ROZDZIAŁ III

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM W JEDNOSTCE

§ 11
Zarządzanie ryzykiem w Urzędzie

1. Zarządzanie ryzykiem stanowi zadanie Urzędu.
2. Jest ono prowadzone na wszystkich szczeblach kierowniczych i stanowi integralną część codziennej pracy.
3. W procedurze zarządzania ryzykiem stosuje się kwestionariusz identyfikacji ryzyka (załącznik nr 1).
4. Zarządzanie ryzykiem obejmuje:
   1) ustalenie obszarów ryzyka (kwestionariusz – kol. 2,3,4, i 5),
   2) identyfikację ryzyka (kwestionariusz kol 6),
   3) analiza i ocena ryzyka (kwestionariusz – kol. 7,8 i 9),
   4) reakcja na ryzyko i działania zaradcze (zhierarchizowane ryzyka-waga ryzyka (wysokie, średnie, niskie) (kwestionariusz – kol. 10 i 11).

§ 12
Identyfikacja ryzyka

1. Ustalanie obszarów i identyfikacja ryzyka w Urzędzie dokonywana jest oddolnie przez kierujących przy współpracy z podległymi pracownikami.
2. Celem dokonania identyfikacji ryzyka kwestionariusz przekazywany jest przez Zespół/Pełnomocnika do kierujących **w terminie do dnia 31 maja danego roku.**
3. Kierujący odpowiadają za aktualizację kwestionariusza (w kolejnych latach), w części dotyczącej identyfikacji ryzyka. Aktualizacji dokonuje się poprzez dodanie odpowiednich zapisów w tabeli aktualizacji ryzyka w kwestionariuszu (załącznik nr 3).
4. Zaktualizowany kwestionariusz należy przekazać Zespołowi/Pełnomocnikowi **w terminie do dnia 30 czerwca danego roku.**

§ 13
Metodyka analizy i oceny ryzyka

1. Urząd przyjął przedstawiony poniżej system punktowej oceny ryzyka obejmujący prawdopodobieństwo i oddziaływanie ryzyka.

Tabela punktowa prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka.

	1	2	3	4	5
Opis	**Rzadkie**	**Małe prawdopodobieństwo**	**Średnie**	**Prawdopodobne**	**Prawie pewne**
Prawdopodobieństwo	0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%

Tabela punktowa oddziaływania ryzyka

Punktacja	Opis	Kryteria			
		Finansowe	**Organizacyjne**	**Ochrona zdrowia i bezpieczeństwo osób**	**Reputacja**
5	Katastrofalne	Strata finansowa>500.000 PLN	Brak realizacji kluczowych celów	Utrata życia	Doniesienia prasowe w całym kraju
4	Poważne	Strata finansowa 100.000PLN<500.000 PLN	Brak realizacji kluczowych celów	Poważne obrażenia	Pewne informacje w mediach ogólnokrajowych
3	Średnie	Strata finansowa10.000PLN< 100.000PLN	Zakłócenia w działalności	Pewne obrażenia	Pewne informacje w mediach lokalnych i regionalnych
2	Małe	Strata finansowa<1.000PLN	Niewielkie zakłócenia w działalności	Niewielkie obrażenia	Ograniczone informacje w mediach lokalnych lub regionalnych
1	Nieznaczne	Strata finansowa<100PLN	Krótkotrwałe zakłócenia w działalności	Niewielkie obrażenia	Ubogie informacje w mediach lokalnych lub regionalnych

2. W Urzędzie wdrożony jest następujący system:
   1) punktacja od 1 do 5 umożliwia przeprowadzenie świadomej oceny i wychwycenie wysokiego ryzyka, które może mieć istotny negatywny wpływ na organizację i uniemożliwić jej osiągnięcie wyznaczonych celów operacyjnych,
   2) stosując kryteria oceny punktowej, obszary najwyższego ryzyka winny zostać sklasyfikowane w górnym pułapie, np. ryzyko dotyczące drobnych wydatków w wysokości 500 zł może być istotne dla systemu drobnych wydatków, lecz nie jest to ryzyko, którym winien się zajmować kierownik jednostki. Z kolei poważne ograniczenie świadczonych usług lub utrata kwoty 100 tys. zł leży już w gestii kierownika jednostki, jeśli prawdopodobieństwo tego ryzyka jest równie wysokie,

3) wdrożenie systemu umożliwia kierownikowi jednostki określenie niezbędnych działań, w oparciu o hierarchię ryzyka. Przy niskim ryzyku, działania są zbędne, gdyż prowadzą do marnowania zasobów.

Matryca punktowej oceny ryzyka

ODDZIAŁYWANIE					
Katastrofalne	5	10	15	20	25
Poważne	4	8	12	16	20
Średnie	3	6	9	12	15
Małe	2	4	6	8	10
Nieznaczne	1	2	3	4	5
	Rzadkie	**Mało prawdopodobne**	**Średnie**	**Prawdopodobne**	**Prawie pewne**
			PRAWDOPODOBIEŃSTWO		

(liczbowe oceny punktowe oddziaływania i prawdopodobieństwa mnoży się, by uzyskać łączną punktową ocenę ryzyka, np. jeśli ocena punktowa oddziaływania i prawdopodobieństwa wynosi 5 punktów, ocena ryzyka wynosi 25 tj. 5 X 5).

3. Hierarchizacja ryzyka polega na:
   1) uporządkowaniu ryzyka według przyznanych ocen (rejestr ryzyka załącznik nr 2 – kol. 7 i 8)
   2) określenie odpowiedzi na ryzyko (rejestr ryzyka załącznik nr 2 – kol. 9,10 i 11).
4. Zarządzanie ryzykiem obejmuje działania podejmowane w zakresie:
   1) zminimalizowania ryzyka gdy zachodzi taka potrzeba,
   2) zapewnienia skuteczności funkcjonujących mechanizmów kontrolnych,
   3) składania raportów i monitorowania działań podejmowanych w ramach programu zarządzania ryzykiem,
   4) zastosowanie najlepszej praktyki zarządzania ryzykiem.

§ 14
Analiza i ocena ryzyka

1. Analiza i ocena ryzyka na poziomie komórek organizacyjnych dokonywana jest przez kierujących.
2. Czynności o których mowa w ust. 1 wykonuje się w następujących etapach:
   1) kwestionariusz (załącznik nr 1) w celu analizy i oceny ryzyka przekazywany jest do kierujących **do dnia 31 lipca danego roku;**

2) analiza jest dokonywana w kwestionariuszu w kolumnie 7, 8 i 9, gdzie wskazane jest prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka (7) – rzadkie, mało prawdopodobne, średnie, prawdopodobne, prawie pewne oraz skutki czyli oddziaływanie (8) – nieznaczne, małe średnie, poważne, katastrofalne oraz istotność (9) zgodnie z tabelą punktową prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka § 13.

3) uzupełniony kwestionariusz należy przekazać Zespołowi/Pełnomocnikowi **w terminie do 20 września danego roku.**

3. Analiza i ocena ryzyka na poziomie Urzędu dokonywana jest przez Zespół/Pełnomocnika na podstawie otrzymanych kwestionariuszy.
4. Czynności, o których mowa w ust. 3 wykonuje się w następujących etapach:
   1) **w ciągu 14 dniu od upływu terminu,** o którym mowa w § 14 ust. 2 pkt 3 procedury kontroli zarządczej, dokonywana jest w oparciu o dostarczone kwestionariusze zbiorcza analiza ryzyka w Urzędzie;
   2) realizując cel określony w pkt 1 Zespół/Pełnomocnik:
      a) dokonuje hierarchizacji ryzyk poprzez uporządkowanie otrzymanych wyników od najwyższych do najniższych (załącznik Nr 1 kol.10). **Ryzyka o wartościach niskich określają akceptowalny poziom ryzyka i są pomijane w dalszej analizie oraz nie są ujmowane w Rejestrze ryzyka. Jest to określony dla jednostki apetyt na ryzyko 5 pkt.**
      b) dokonuje oszacowania ryzyka w oparciu o matrycę punktowej oceny ryzyka według przyjętej skali:
      - ryzyko wysokie – od 16-25 punktów,
      - ryzyko średnie – od 6-15 punktów,
      - ryzyko niskie – od 1 do 5 punktów.

   3) sporządza rejestr oszacowania ryzyka (załącznik nr 2) na podstawie kwestionariusza (załącznik nr 1).
5. Otrzymane wyniki analizy (Rejestr ryzyka) na poziomie jednostki (zhierarchizowane ryzyka), wraz ze wskazanymi mechanizmami kontroli załączane są do sprawozdania, o którym mowa w § 15 ust. 1.

§ 15
Sprawozdawczość

1. Zespół/Pełnomocnik przedkłada sprawozdanie z przeprowadzonej analizy ryzyka kierownikowi jednostki w terminie **do dnia 30 listopada danego roku.**
2. Zespół/Pełnomocnik sporządza roczny raport z zarządzania ryzykiem w terminie **do dnia 28 lutego roku następnego za rok poprzedni.**

§ 16
Reakcja na ryzyko i działania zaradcze

1. Kierujący są zobowiązani do podejmowania działań w celu zmniejszenia ryzyka, gdy zachodzi taka potrzeba.
2. Rodzaj reakcji na ryzyko może przyjąć formę kontrolowania i ograniczania ryzyka, przeniesienia ryzyka, zakończenia działań obarczonych ryzykiem lub tolerowania ryzyka gdzie poszczególne formy oznaczają:

   a) kontrolowanie i ograniczanie ryzyka (O) – działanie w celu zmniejszenia ryzyka; przykładem tej formy jest wprowadzenie dodatkowych procedur kontrolnych w danym obszarze;

   b) przeniesienie ryzyka (P) – przeniesienie odpowiedzialności za skutki ryzyka na podmiot zewnętrzny; najczęściej przybiera formę ubezpieczenia lub zatrudnienia innego podmiotu do wykonywania określonych działań i przejęcia ryzyka za wynagrodzeniem;

   c) zakończenie działań obarczonych ryzykiem (Z) – polega na rezygnacji z danego rodzaju działalności;

   d) tolerowanie ryzyka (T) – 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.
3. W celu weryfikacji skuteczności funkcjonowania mechanizmów kontroli można zostać przeprowadzona kontrola lub audyt wewnętrzny.
4. Kierujący winni monitorować ryzyko poprzez :
   1) wykonanie przeglądu, w celu określenia, czy ryzyko uległo zmianie,
   2) sprawdzenie, czy punktowa ocena ryzyka jest wciąż odpowiednia,
   3) stworzenie mechanizmów kontroli, w przypadku ich braku,
   4) zapewnienie skuteczności dotychczasowych mechanizmów kontroli,
   5) stworzenie nowych mechanizmów kontroli w przypadku nieskuteczności istniejących mechanizmów kontroli,
   6) mechanizmy kontroli są aktualizowane na bieżąco przez osoby odpowiedzialne tj. właścicieli ryzyka,
   7) przegląd aktów prawa wewnętrznego odbywa się raz do roku przez właścicieli ryzyk w terminie wskazanym przez kierownika jednostki.
5. Monitorowanie ryzyka odbywa się przy wykorzystaniu wyników analizy, o których mowa w § 14 ust. 5.

ROZDZIAŁ IV

UZYSKANIE ZAPEWNIENIA O STANIE KONTROLI ZARZĄDCZEJ

§ 17

Źródłem uzyskania zapewnienia o stanie kontroli zarządczej przez kierownika jednostki powinny być informacje pochodzące z:

1) monitoringu realizacji celów i zadań,
2) samooceny kontroli zarządczej,
3) systemu zarządzania ryzykiem,
4) przeprowadzonych kontroli/audytów zarówno wewnętrznych jak i zewnętrznych,
5) skarg petentów, pracowników, dostawców/wykonawców,
6) oceny procedur wewnętrznych.

§ 18
Ocena systemu kontroli zarządczej

1. Ocena systemu kontroli zarządczej za dany rok kalendarzowy dokonywana jest przez:
   1) instytucje zewnętrzne,
   2) kierujących w kwestionariuszu samooceny kontroli zarządczej (załącznik nr 4),
   3) kwestionariusze samooceny kontroli zarządczej przekazywane są przez Zespół/Pełnomocnika kierującym **w terminie do dnia 31 grudnia danego roku,**
   4) samoocena kontroli zarządczej za dany rok kalendarzowy dokonana przez kierujących przekazywana jest Zespołowi/Pełnomocnikowi w terminie **do dnia 15 stycznia roku następnego.**
2. Zespół/Pełnomocnik przedstawia kierownikowi jednostki wyniki samooceny kontroli zarządczej w rocznym raporcie z zarządzania ryzykiem, o którym mowa w § 15 ust. 2.
3. Ocena systemu kontroli zarządczej może zostać zlecona audytorowi wewnętrznemu spełniającemu wymogi określone w art. 286 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

Integralną część Procedury kontroli zarządczej stanowią następujące załączniki:

Załącznik nr 1 – kwestionariusz analizy i oceny ryzyka

Załącznik nr 2 – rejestr ryzyka

Załącznik nr 3 – kwestionariusz aktualizacji ryzyka

Załącznik nr 4 – kwestionariusz samooceny kontroli zarządczej

Wójt Gminy
mgr inż. Tadeusz Bar

WÓJT
GMINY MARKOWA
pow. łańcucki
woj. podkarpackie

Załącznik nr 1
do Procedury kontroli zarządczej w Urzędzie Gminy Markowa

Kwestionariusz analizy i oceny ryzyka

L.p.	Obszary działania/cele	Właściciel ryzyka	Obszar ryzyka/zadania	Symbol ryzyka	Zidentyfikowane ryzyka	Prawdopodobieństwa	Skutki	Istotność	Zhierarchizowane ryzyka	Waga ryzyka (wysoki, średnie, niskie)
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*

Wójt Gminy
mgr inż. Tadeusz Bar

WÓJT
GMINY MARKOWA
pow. łańcucki
woj. podkarpackie

Załącznik nr 2
do Procedury kontroli zarządczej w Urzędzie Gminy Markowa

Rejestr ryzyka

L.p.	Obszary działania/cele	Właściciel ryzyka	Obszar ryzyka/zadania	Symbol ryzyka	Zidentyfikowane ryzyka	Zhierarchizowane ryzyko	Waga ryzyka (wysokie, średnie, niskie)	Istniejące mechanizmy kontroli	Reakcja na ryzyko	Planowane mechanizmy kontroli i terminy ich realizacji
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*

Wójt Gminy
mgr inż. Tadeusz Bar

WÓJT
GMINY MARKOWA
pow. łańcucki
woj. podkarpackie

Załącznik nr 3
do Procedury kontroli zarządczej w Urzędzie Gminy Markowa

Kwestionariusz aktualizacji ryzyka

L.p.	Obszary działania/cele	Właściciel ryzyka	Obszar ryzyka/zadania	Symbol ryzyka	Zidentyfikowane ryzyka
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*

Wójt Gminy
mgr inż. Tadeusz Bar

WÓJT
GMINY MARKOWA
pow. łańcucki
woj. podkarpackie

Załącznik nr 4
do Procedury kontroli zarządczej w Urzędzie Gminy Markowa

Kwestionariusz samooceny kontroli zarządczej

L.p.	PYTANIE	Tak	Nie	Trudno to 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 wiedze , umiejętności i doświadczenie pozwalające skutecznie i efektywnie wypełniać powierzone zadania?				
4.	Czy proces zatrudniania jest prowadzony w sposób zapewniający 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, uprawień i odpowiedzialności jest określony dla każdego pracownika?				
DELEGOWANIE UPRAWIEŃ					
9.	Czy w jednostce precyzyjnie określono zakres delegowanych uprawień?				
10.	Czy zakres delegowanych uprawień jest odpowiedni do wagi podejmowanych decyzji, stopnia ich skomplikowania i ryzyka z nimi związanego?				
11.	Czy przyjęcie delegowanych uprawień jest potwierdzone 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 wykonywanie 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.	Czy określając cele i zadania wskazano osoby odpowiedzialne bezpośrednio za ich wykonywanie 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 zmniejszania danego ryzyka do akceptowalnego poziomu?				
MECHANIZMY KONTROLI					
DOKUMENTOWANIE SYSTEMU KONTROLI ZARZĄDCZEJ					
23.	Czy dokumentacja kontroli zarządczej jest spójna i dostępna dal wszystkich osób, dla których jest niezbędna?				
NADZÓR					
24.	Czy prowadzony jest nadzór nad wykonywaniem 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 wykorzystywanie 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 komunikacyjnych 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 i kontroli zewnętrznych, innych źródeł informacji (w tym np. wyników przeglądów systemów zarządzania				

.....

(miejscowość i data)

.....

(czytelny podpis osoby sporządzającej)

Wójt Gminy
mgr inż. Tadeusz Bar