

Zarządzenie nr 32/2022
Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej
w Świętochłowicach
z dnia 28 października 2022 r.

w sprawie: wprowadzenia Regulaminu kontroli zarządczej, Procedury zarządzania ryzykiem, Zasady dokonywania samooceny funkcjonowania systemu samokontroli zarządczej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świętochłowicach i jednostce podległej.

Na podstawie § 17 ust. 3 Statutu Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach oraz art. 69 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1634 z późn. zm.),

zarządzam, co następuje:

§ 1

Wprowadzić Regulamin kontroli zarządczej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świętochłowicach i jednostce podległej, stanowiący **Załącznik Nr 1** do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Wprowadzić Politykę zarządzania ryzykiem w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świętochłowicach i jednostce podległej, stanowiącą **Załącznik Nr 2** do niniejszego zarządzenia.

§ 3

Wprowadzić Zasady dokonywania samooceny funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świętochłowicach i jednostce podległej, stanowiące **Załącznik Nr 3** do niniejszego zarządzenia.

§ 4

Ustalić Harmonogram działań w ramach kontroli zarządczej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świętochłowicach i jednostce podległej, stanowiący **Załącznik Nr 4** do niniejszego zarządzenia.

§ 5

Traci moc zarządzenie nr 29/2015 Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach z dnia 28.12.2015 r. w sprawie zarządzania ryzykiem.

§ 6

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

DYREKTOR
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Świętochłowicach

Agnieszka Kilka

Radca Prawny
Krzysztof Załęczny
K7-4102

Regulamin kontroli zarządczej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świętochłowicach i jednostce podległej

ROZDZIAŁ I Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia niniejszego regulaminu dotyczą sposobu i zasad wykonywania kontroli zarządczej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świętochłowicach, zwanym dalej „Ośrodkiem”.

§ 2

Kontrolę zarządczą stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w Ośrodku w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.

§ 3

1. Podstawowym zadaniem jednostki w ramach systemu kontroli zarządczej jest wyznaczanie, w rocznej perspektywie, celów i zadań oraz monitorowanie ich realizacji.
2. Określone w ramach systemu kontroli zarządczej cele i zadania powinny być:
 - a) istotne, czyli ważne dla realizacji misji;
 - b) precyzyjne, czyli formułowane w sposób jasny i zapewniający jednoznaczną interpretację;
 - c) spójne, czyli zapewniające wzajemną zgodność i brak powielania się;
 - d) realistyczne, czyli uwzględniające ryzyka związane z ich realizacją;
 - e) zapewniające efektywne wykorzystanie zasobów.

§ 4

Funkcjonowanie systemu kontroli zarządczej w Ośrodku jest procesem ciągłym, realizowanym w oparciu o wyciągane wnioski wynikające z bieżącej działalności oraz obowiązujące regulacje wewnętrzne i zewnętrzne.

§ 5

Kontrola zarządcza w jednostce organizacyjnej jaką jest Ośrodek, stanowi pierwszy - podstawowy poziom kontroli zarządczej. Za funkcjonowanie podstawowego poziomu kontroli odpowiedzialność ponosi Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach.

ROZDZIAŁ II

Odpowiedzialność i obowiązki w zakresie kontroli zarządczej

§ 6

Dyrektor Ośrodka odpowiada za zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej w zarządzanej jednostce.

§ 7

Dyrektor Ośrodka ponosi odpowiedzialność za prawidłowe i rzetelne wykonywanie zadań wynikających z niniejszego Regulaminu.

§ 8

Dyrektor Ośrodka ponosi odpowiedzialność za podejmowane działania, których celem jest nadzorowanie i kontrolowanie procesów zachodzących w kierowanej przez niego jednostce w sposób dający zapewnienie, że:

- 1) działania te są zgodne z obowiązującymi przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi;
- 2) zadania są realizowane efektywnie i skutecznie, plany, zamierzenia i cele są osiąganym;
- 3) ryzyka związane z realizacją zadań są na bieżąco identyfikowane i monitorowane celem ciągłej poprawy procesów;
- 4) zasady etycznego postępowania pracowników są przestrzegane i promowane;
- 5) przepływ informacji jest skuteczny i efektywny;
- 6) posiadane zasoby są właściwie zabezpieczone i chronione;
- 7) dane i informacje publikowane lub udostępniane wewnątrz i na zewnątrz są aktualne, rzetelne i wiarygodne.

§ 9

Każdy pracownik Ośrodka uczestniczy w funkcjonowaniu systemu kontroli zarządczej poprzez właściwe wykonywanie powierzonych mu obowiązków, realizację uprawnień i odpowiedzialności.

ROZDZIAŁ III

Zasady funkcjonowania kontroli zarządczej

§ 10

Celem kontroli zarządczej jest zapewnienie:

- 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.

§ 11

Kontrola zarządcza powinna być:

- 1) adekwatna – zgodna z zasadami określonymi w obowiązujących aktach prawnych oraz z regulaminem, dokładnie odpowiadająca założonym celom;
- 2) skuteczna – tak skonstruowana, aby faktycznie zabezpieczała Ośrodek przed wystąpieniem lub skutkami danego ryzyka;
- 3) efektywna – umożliwiająca osiągnięcie założonych celów, ograniczająca ryzyko w pożądanym stopniu przy wykorzystaniu najmniejszych możliwych nakładów.

§ 12

1. Dla monitorowania osiągnięcia wyznaczonych celów sporządza się:
 - a) roczny plan działania, obejmujący dany rok kalendarzowy;
 - b) sprawozdania z realizacji rocznego planu działania.
2. Roczny plan działania sporządza Z-ca Dyrektora Ośrodka.
3. Roczny plan działania obejmuje:
 - a) zestawienie nie więcej niż 5 najważniejszych celów przyjętych do realizacji,
 - b) najważniejsze zadania służących realizacji tych celów,

- c) wskaźniki realizacji zadań,
 - d) planowane wartości do osiągnięcia.
4. Roczny plan działania sporządza się wg wzoru stanowiącego **załącznik nr 1** niniejszego regulaminu w terminie do dnia 28 lutego danego roku.
5. Przypisane poszczególnym celom i zadaniom wskaźniki powinny być:
- a) mierzalne, czyli umożliwiające określenie stopnia realizacji celów i zadań;
 - b) określone w perspektywie roku, w którym dany cel lub zadanie ma być zrealizowane.
6. Na zasadach wyjątku, dopuszcza się zastosowanie wskaźników opisowych, niespełniających wymogu mierzalności.
7. Właściciele celów i zadań odpowiedzialni są za bieżące monitorowanie ich realizacji.
8. Sprawozdania z realizacji rocznego planu działania według wzoru stanowiącego **załącznik nr 2** dokonuje się jednorazowo w terminie do 15 lutego kolejnego roku za rok poprzedni.
9. Sprawozdanie z realizacji rocznego planu działania obejmuje oprócz pozycji wymienionych w ust. 3 także wartości osiągnięte w danym roku w odniesieniu do przyjętych celów i zadań.

ROZDZIAŁ IV

System kontroli zarządczej w Ośrodku

§ 13

System kontroli zarządczej w Ośrodku zbudowany jest w oparciu o standardy kontroli zarządczej, które obejmują pięć grup odpowiadających poszczególnym elementom kontroli zarządczej:

- 1) środowisko wewnętrzne;
- 2) cele i zarządzanie ryzykiem;
- 3) mechanizmy kontroli;
- 4) informacja i komunikacja;
- 5) monitorowanie i ocena.

§ 14

Właściwe środowisko wewnętrzne w Ośrodku w sposób zasadniczy wpływa na jakość kontroli zarządczej.

§ 15

W ramach środowiska wewnętrznego wdrożono następujące zasady i obowiązki:

- 1) przestrzeganie wartości etycznych – osoby zarządzające i podlegli pracownicy zobowiązani są do przestrzegania wartości etycznych przyjętych w Ośrodku i kierowania się nimi przy wykonywaniu powierzonych zadań. Osoby zarządzające wspierają i promują przestrzeganie wartości etycznych dając dobry przykład codziennym postępowaniem i podejmowanymi decyzjami;
- 2) kompetencje zawodowe – wymagane jest, aby osoby zarządzające i pracownicy posiadali wiedzę, umiejętności i doświadczenie pozwalające skutecznie i efektywnie wypełniać powierzone zadania. Proces zatrudnienia jest prowadzony w sposób zapewniający wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy;
- 3) struktura organizacyjna – struktura organizacyjna Ośrodka jest dostosowana do aktualnych celów i zadań. Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności komórek organizacyjnych, oraz zakres podległości pracowników w sposób przejrzysty i spójny określa regulamin organizacyjny Ośrodka. Aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności jest określony dla każdego pracownika w sposób precyzyjny, adekwatny do wagi podejmowanych decyzji, stopnia ich skomplikowania i ryzyka z nimi związanego. Ponadto w Ośrodku obowiązuje regulamin pracy ustalający organizację i porządek w procesie pracy oraz związane z tym prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników;
- 4) delegowanie uprawnień – zakres uprawnień delegowanych poszczególnym osobom zarządzającym i pracownikom jest precyzyjnie określony. Zakres delegowanych uprawnień jest

odpowiedni do wagi podejmowanych decyzji, stopnia ich skomplikowania i ryzyka z nimi związanego. Obowiązki i uprawnienia pracowników Ośrodka określone są w indywidualnych zakresach czynności i obowiązków (przyjętych podpisem pracownika). Zakres delegowanych uprawnień dla osób zarządzających i pracowników komórek organizacyjnych wynika z pełnomocnictw i upoważnień nadanych przez kierownika. Pełnomocnictwa i upoważnienia podlegają bieżącej aktualizacji;

5) wszystkie zadania realizowane w Ośrodku są zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, uchwałami Rady Miejskiej, zarządzeniami Prezydenta Miasta, zarządzeniami Dyrektora, wprowadzonymi procedurami i innymi regulacjami wewnętrznymi.

§ 16

Zarządzanie ryzykiem ma na celu zwiększenie prawdopodobieństwa osiągnięcia celów i realizacji zadań.

§ 17

Celem wdrożenia mechanizmów kontroli zarządczej jest zapobieganie urzeczywistnieniu się ryzyka (lub ograniczenie strat). Każdy zastosowany mechanizm kontrolny stanowi odpowiedź na konkretne ryzyko. Mechanizmy kontroli nie tworzą zamkniętego katalogu, ponieważ system kontroli zarządczej powinien być elastyczny i dostosowany do specyficznych potrzeb Ośrodka.

§ 18

Podstawowe mechanizmy kontroli zarządczej stosowane w Ośrodku:

- 1) dokumentowanie systemu kontroli zarządczej – w ramach tego systemu działają procedury wewnętrzne, instrukcje, wytyczne, dokumenty określające zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników oraz inne dokumenty wewnętrzne stanowiące dokumentację systemu kontroli zarządczej. Dokumentacja jest spójna i dostępna dla wszystkich osób, dla których jest niezbędna;
- 2) nadzór – w Ośrodku prowadzony jest nadzór nad wykonywaniem zadań w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji;
- 3) ciągłość działalności – funkcjonują mechanizmy służące utrzymaniu ciągłości działalności Ośrodka poprzez system zastępstw, delegowania uprawnień, upoważnień i innych regulacji wewnętrznych;
- 4) ochrona zasobów – dostęp do zasobów finansowych, materialnych i informacyjnych jednostki mają wyłącznie upoważnione osoby. Osoby zarządzające i podlegli pracownicy są odpowiedzialni za zapewnienie ochrony i właściwe wykorzystanie zasobów jednostki. Pracownikom powierzono odpowiedzialność materialną za przekazane składniki majątkowe. Mienie jednostki oraz sprzęt oddany do użytkowania pracownikom jest ubezpieczony. Stan mienia jest systematycznie weryfikowany i porównywany ze stanem ewidencyjnym w drodze inwentaryzacji;
- 5) szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych – w Ośrodku funkcjonują mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych, a w tym:
 - a) rzetelne i pełne dokumentowanie i rejestrowanie operacji finansowych i gospodarczych,
 - b) zatwierdzanie (autoryzacja) operacji finansowych przez Dyrektora Ośrodka lub osoby przez niego upoważnionej,
 - c) podział kluczowych obowiązków,
 - d) weryfikacja operacji finansowych i gospodarczych przed i po realizacji;
- 6) mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych – w Ośrodku funkcjonują mechanizmy służące zapewnieniu bezpieczeństwa danych i systemów informatycznych. Składają się na nie mechanizmy kontroli dostępu do zasobów informatycznych, sprzętu, systemu, aplikacji, danych, mające na celu ich ochronę przed nieautoryzowanymi zmianami, czy utratą.

§ 19

Osoby zarządzające oraz podlegli pracownicy mają zapewniony dostęp do informacji niezbędnych do wykonywania przez nich obowiązków. System komunikacji umożliwia przepływ potrzebnych informacji wewnątrz i na zewnątrz Ośrodka

§ 20

Informacja i komunikacja obejmuje:

- 1) informację bieżącą – osobom zarządzającym i podległym pracownikom zapewnione są, w odpowiedniej formie i czasie, właściwe oraz rzetelne informacje potrzebne do realizacji zadań;
- 2) komunikację wewnętrzną – zapewnione są efektywne mechanizmy przekazywania ważnych informacji w obrębie struktury organizacyjnej Ośrodka;
- 3) komunikację zewnętrzną – zapewniony jest efektywny system wymiany ważnych informacji z podmiotami zewnętrznymi mającymi wpływ na osiągnięcie celów i realizację zadań. W ramach komunikacji zewnętrznej wykorzystuje się głównie następujące sposoby przekazywania informacji: strona internetowa Ośrodka oraz Biuletyn Informacji Publicznej, przyjmowanie skarg i wniosków zainteresowanych przez Z-cę Dyrektora Ośrodka.

§ 21

System kontroli zarządczej w Ośrodku podlega bieżącemu monitorowaniu i ocenie.

§ 22

W Ośrodku wprowadzono następujące systemy monitorowania i oceny kontroli zarządczej:

- 1) monitorowanie systemu kontroli zarządczej – monitorowana jest skuteczność poszczególnych elementów systemu kontroli zarządczej, co umożliwia bieżące rozwiązywanie zidentyfikowanych problemów. Kierownicy komórek organizacyjnych są zobowiązani do wykonywania bieżącej oceny systemu kontroli zarządczej, w szczególności w stosunku do komórki, w której pracują;
- 2) samoocena – raz w roku przeprowadzana jest samoocena systemu kontroli zarządczej. Odrębny regulamin określa sposób przeprowadzania samooceny;
- 3) Dyrektor Ośrodka składa Prezydentowi Miasta Świętochłowice oświadczenie o stanie kontroli zarządczej w terminie do dnia 20 lutego każdego roku. Oświadczenie określa, że:
 - a) w wystarczającym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza, lub;
 - b) nie funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

§ 23

Doskonalenie mechanizmów kontroli zarządczej w Ośrodku jest procesem ciągłym, realizowanym w oparciu o jego zasady funkcjonowania.

§ 24

Dyrektor Ośrodka zobowiązany jest do aktualizacji regulaminów, procedur oraz pozostałych regulacji wewnętrznych, które składają się na system kontroli zarządczej.

§ 25

Zobowiązuje się kierowników komórek organizacyjnych do zapoznania podległych pracowników z treścią niniejszego Regulaminu.

§ 26

Zobowiązuje się wszystkich Pracowników Ośrodka do przestrzegania postanowień zawartych w niniejszym Regulaminie.

**Roczny plan działania Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach
na rok**

L. p.	Cel	Zadanie	Wskaźnik	Wartość docelowa
1				
2				
3				
4				
5				

Rada Prawa
Krystyna Zala
KT-4



**Sprawozdanie z realizacji rocznego planu Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach
za rok**

L. p.	Cel	Zadanie	Wskaźnik	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	Uwagi
1						
2						
3						
4						
5						

PROCEDURA ZARZĄDZANIA RYZYKIEM DLA DZIAŁALNOŚCI OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W ŚWIĘTOCHŁOWICACH I JEDNOSTCE PODLEGŁEJ

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Ustala się zasady zarządzania ryzykiem dla działalności Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach.
2. Celem zastosowania procedury zarządzania ryzykiem jest:
 - 1) usprawnienie procesu zarządzania jednostką;
 - 2) zwiększenie prawdopodobieństwa realizacji zadań i osiągnięcia założonych celów;
 - 3) zapewnienie odpowiednich mechanizmów kontroli zarządczej;
 - 4) zapewnienie Dyrektorowi Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach otrzymania na czas wczesnej informacji na temat zagrożenia dla funkcjonowania jednostki oraz realizacji założonych celów i zadań.
3. Za zarządzanie ryzykiem odpowiadają właściciele ryzyka tj. wyznaczeni pracownicy Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach.
4. Niniejsza procedura określa zasady i formy identyfikacji ryzyka i analizy ryzyka, a także przebieg tego procesu w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świętochłowicach.
5. System zarządzania ryzykiem podlega w sposób ciągły elastycznemu dostosowaniu do zmieniających się potrzeb i uwarunkowań prawnych.

§ 2

Ileokroć w niniejszej Procedurze jest mowa o:

- 1) **Dyrektorze jednostki** – należy przez to rozumieć Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach;
- 2) **Jednostce, Ośrodku** – należy przez to rozumieć Ośrodek Pomocy Społecznej w Świętochłowicach oraz jednostkę podległą
- 3) **Pracownikach** – należy przez to rozumieć pracowników zatrudnionych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świętochłowicach oraz jednostce podległej;
- 4) **Ryzyku** – należy przez to rozumieć prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, które będzie miało negatywny wpływ na realizację zadań jednostki bądź osiągnięcie założonych celów.

§ 3

Ustala się następujące etapy zarządzania ryzykiem w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świętochłowicach i jednostce podległej:

- 1) identyfikacja ryzyka;
- 2) analiza zidentyfikowanego ryzyka;
- 3) punktowa ocena ryzyka;
- 4) określenie reakcji na ryzyko;
- 5) monitorowanie poziomu występującego ryzyka.

§4

Identyfikacja ryzyka

1. W Ośrodku proces identyfikacji ryzyka odbywa się corocznie do 28 lutego każdego roku. W przypadku zaistnienia zmian organizacyjnych jednostki, zmian przepisów prawa obejmujących działalność jednostki, oraz warunków funkcjonowania jednostki skutkujących wystąpieniem nowego rodzaju ryzyka - możliwe jest dokonanie dodatkowej identyfikacji ryzyka.

2. Identyfikacja ryzyka w Ośrodku polega również na przeglądzie realizowanych celów i zadań przyjętych w planie działalności na dany rok w kontekście szans oraz zagrożeń dla ich realizacji, występujących zarówno czynników wewnętrznych i zewnętrznych.

3. Przy identyfikacji ryzyka brane są pod uwagę następujące czynniki zewnętrzne i wewnętrzne:

CZYNNIKI ZEWNĘTRZNE	CZYNNIKI WEWNĘTRZNE
1. Zmieniające się oczekiwania lub potrzeby mieszkańców gminy. 2. Zmiany przepisów prawa. 3. Zmiany gospodarcze. 4. Zmiany technologii. 5. Zagrożenia naturalne.	1. Charakter działalności 2. Dostępne środki finansowe. 3. Komunikacja w jednostce. 4. Liczba pracowników i ich kwalifikacje. 5. Liczba, rodzaj i wielkość dokonywanych operacji finansowych 6. Systemy informatyczne.

4. Przy identyfikacji ryzyka brane są pod uwagę informacje wynikające z:

- 1) sprawozdań z audytów i kontroli;
- 2) skarg wpływających do jednostki;
- 3) opracowań budżetu i finansów Ośrodka;
- 4) rejestru zdarzeń (dzienniki wypadków);
- 5) realizowanych projektów/programów;
- 6) ankiet.

5. W procesie identyfikacji ryzyka uczestniczą Zastępca Dyrektora, Główny Księgowy, Kierownicy Działów/Sekcji. Identyfikacja ryzyka odbywa się poprzez wypełnienie ankiety zgodnie z **załącznikiem nr 1** do niniejszej procedury.

6. Dla zidentyfikowanego ryzyka Dyrektor prowadzi rejestr ryzyka zgodnie z **załącznikiem nr 2** do niniejszej procedury, na podstawie ankiet wypełnionych przez pracowników jednostki.

7. Do każdego ryzyka przypisuje się właściciela – osobę odpowiedzialną za zapewnienie, iż ryzyko jest zarządzane i monitorowane.

8. Każdy pracownik ma prawo i obowiązek zgłaszania bezpośrednio przełożonemu ryzyka zidentyfikowanych podczas wykonywania swoich obowiązków i przydzielonych zadań.

§5

Analiza zidentyfikowanego ryzyka

1. Analiza zidentyfikowanego ryzyka oznacza:

- 1) ocenę siły oddziaływania (skutku) ryzyka poprzez przypisanie każdemu z ryzyka wartości punktowej;
- 2) ocenę prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka poprzez przypisanie każdemu z ryzyka wartości punktowej.

2. Istotność ryzyka jest iloczynem skali prawdopodobieństwa jego wystąpienia i wartości oszacowanych potencjalnych skutków.

$$R = P \times S$$

gdzie:

R – poziom ryzyka

P – Prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia

S – Skala oddziaływania w przypadku wystąpienia zdarzenia (Skutek)

3. Oceniając prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka uwzględnia się możliwą częstotliwość wystąpienia zdarzenia. W odniesieniu do czynności powtarzalnych (spraw występujących cyklicznie lub wielokrotnie) uwzględnia się liczbę możliwych powtórzeń (ile razy względem ogólnej liczby spraw zdarzenie może mieć miejsce).

4. Sposób oceny prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka:

PRAWDOPODOBIEŃSTWO	ODPOWIEDNIK PUNKTOWY	PRZESŁANKI
Wysokie	3	Przewiduje się, że zdarzenie objęte ryzykiem, zdarzy się wielokrotnie w ciągu roku.
Średnie	2	Przewiduje się, że zdarzenie objęte ryzykiem, zdarzy się kilkakrotnie w ciągu roku.
Niskie	1	Przewiduje się, że zdarzenie objęte ryzykiem, zdarzy się raz lub nie zdarzy się w ciągu roku.

5. Ocena wpływów wystąpienia ryzyka opiera się na oszacowaniu potencjalnych skutków, a więc wyników oddziaływania, jakie zaistnienie danego rodzaju ryzyka może mieć na jednostkę i realizację jej celów i zadań. Uwzględnia się przy tym w szczególności konsekwencje prawne, finansowe i organizacyjne zaistnienia danego zdarzenia oraz jego wpływ na wizerunek jednostki i bezpieczeństwo pracowników.

6. Sposób oceny skutku ryzyka:

SKUTEK WYSTĄPIENIA RYZYKA	ODPOWIEDNIK PUNKTOWY	PRZESŁANKI
Wysokie	3	Poważne zagrożenie realizacji kluczowych zadań albo osiągnięcia założonych celów. Dotkliwa strata finansowa. Znaczny uszczerbek na wizerunku. Długotrwały i trudny proces przywracania stanu poprzedniego.
Średnie	2	Spadek efektywności działania i obniżenie jakości wykonywania zadań. Niewielka strata finansowa. Nieznaczny negatywny wpływ na wizerunek. Trudny proces przywracania stanu poprzedniego.
Niskie	1	Zakłócenie lub opóźnienie w wykonywaniu zadań. Bez uszczerbku dla wizerunku. Skutki łatwe do usunięcia.

7. W celu dokonania oceny ryzyka wykorzystuje się mapę istotności ryzyka, która stanowi macierz prawdopodobieństwo-skutek.

PRAWDOPODOBIENSTWO ↓			
wysoki	3	6	9
średni	2	4	6
niski	1	2	3
SKUTEK →	niski	średni	wysoki

8. Poziomy istotności ryzyka:

ISTOTNOŚĆ	P x S	CHARAKTER RYZYKA	REAKCJA NA RYZYKO
Poważne	6-9	Wysoki wpływ ryzyka, ryzyko prawie pewne lub możliwe; Średni wpływ ryzyka, ryzyko prawie pewne.	W przypadku niemożności odstępiania od realizacji bezzwłocznie zaplanować i zrealizować odpowiedź na ryzyko.
Umiarkowane	3-4	Wysoki wpływ ryzyka, ryzyko incydentalne; Średni wpływ ryzyka, ryzyko możliwe lub incydentalne; Niski	Zaplanować odpowiedź na ryzyko, zaplanowane działania zapobiegawcze zrealizować w

		wpływ ryzyka, ryzyko prawie pewne.	momencie przystąpienia do realizacji określonych działań operacyjnych.
Nieznaczne	1-2	Niski wpływ ryzyka, ryzyko możliwe lub incydentalne.	Monitorować ryzyko, zaplanować i zrealizować odpowiedź na ryzyko w przypadku zaistnienia symptomów wystąpienia określonego ryzyka.

9. Ryzykiem akceptowalnym jest ryzyko nieznaczne.

10. Ryzyko przekraczające akceptowalny poziom wymaga ustalenia i podjęcia działań ograniczających je do poziomu akceptowalnego.

11. Dla ryzyka poważnego o wartości od 6 do 9 punktów konieczne jest wycofanie się z działania do czasu obniżenia poziomu ryzyka.

12. Dla ryzyka umiarkowanego istotnego stosuje się odpowiednie mechanizmy kontroli w celu obniżenia istniejącego ryzyka.

13. Mechanizmy kontrolne to działania zaradcze, które mają na celu ograniczenie ryzyka do akceptowalnego – zarówno prawdopodobieństwo jak i skutek jego wystąpienia.

14. Mechanizmy kontroli obejmują przyjęte w jednostce procedury, instrukcje oraz realizowane działania.

15. Wyniki analizy ryzyka oraz wybór reakcji na ryzyko są udokumentowane w rejestrze ryzyka.

§6

1. Dla każdego istotnego zidentyfikowanego i poddanego analizie ryzyka jego właściciel wskazuje optymalną, jego zdaniem, reakcję:

a) Tolerowanie – w przypadku, gdy możliwość przeciwdziałania jest ograniczona lub koszty podjętych działań mogą przekroczyć przewidywane korzyści, a także gdy poziom ryzyka jest akceptowalny;

b) Przeniesienie – dotyczy to będzie kategorii ryzyka w odniesieniu, do których nastąpi przeniesienie ich na inną instytucję, między innymi poprzez ubezpieczenie lub zlecenie usług na zewnątrz;

c) Działanie – dotyczy to będzie kategorii ryzyka, które wymagać będą podjęcia zdecydowanych, przemyślanych i zaplanowanych działań prowadzących do zminimalizowania ryzyka do akceptowalnego poziomu lub jego likwidacji

d) Wycofanie się – dla zadań, w których nie można zmniejszyć wysokości ryzyka i których niepowodzenie naraża jednostkę na duże straty.

2. Wybór reakcji na ryzyko dokumentuje się w rejestrze ryzyka.
3. Rejestr ryzyka jest sporządzony do 28 lutego danego roku przez Dyrektora Ośrodka.

§ 7

1. Zidentyfikowane ryzyko oraz ustalone metody jego ograniczenia są na bieżąco analizowane przez kierownictwo jednostki w ramach bieżącego zarządzania jednostką.
2. Wyniki oceny i analizy ryzyka wykorzystywane są na bieżąco do poprawy efektywności zarządzania ryzykiem oraz usprawnienia systemu zarządzania jednostką.

§ 8.

1. Do 20 lutego danego roku sporządza się sprawozdanie z zarządzania ryzykiem za poprzedni rok, w którym określa się, czy dane ryzyko wystąpiło, jakie działania zostały podjęte oraz jakie działania są planowane (jeśli są planowane) na podstawie informacji przekazanych od właścicieli różnych rodzajów ryzyka określonych w rejestrze ryzyka.
2. Sprawozdanie, w którym mowa w ust. 1 dołącza się do rejestru ryzyka na rok, którego dotyczy. Wzór sprawozdania stanowi **załącznik nr 3** do niniejszej procedury.

DYREKTOR
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Sułetichłowicach
Agnieszka Kilka

Radca Prawny
Krystian Załączny
KT-4102

.....
(data)

ZAŁĄCZNIK NR 1 do Procedury
zarządzania ryzykiem dla działalności
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Świętochłowicach

Wzór ankiety służącej do identyfikacji ryzyka

Lp.	RYZYKO	UWAGI
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

.....
(czytelny podpis)

ZAŁĄCZNIK NR 2 do Procedury zarządzania
ryzykiem dla działalności Ośrodka Pomocy
Społecznej w Świętochłowicach

REJESTR RYZYKA

Lp.	Ryzyko	Właściciel ryzyka	Ocena ryzyka przed podjęciem działań profilaktycznych			Reakcja na ryzyko	Działania profilaktyczne mające na celu wieliminowanie lub zmniejszenie ryzyka	Mechanizmy kontrolne
			Prawdopodobieństwo 4	Skutek 5	Istotność 6			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
3.								
4.								

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Podpis Dyrektora)

ZAŁĄCZNIK NR 3 do Procedury zarządzania
ryzykiem dla działalności Ośrodka Pomocy Społecznej
w Świętochłowicach

SPRAWOZDANIE Z ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

Lp.	Ryzyko	Właściciel ryzyka	Istotność ryzyka przed podjęciem działań profilaktycznych	Rekcja na ryzyko	Ocena ryzyka przed podjęciem działań profilaktycznych			Czy ryzyko się zmaterializowało?	Uwagi na rok następny
					Prawdopodobieństwo	Skutek	Istotność		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.									
2.									
3.									
4.									

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Podpis Dyrektora)

Zasady dokonywania samooceny funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świętochłowicach i jednostce podległej

§ 1

Niniejszy dokument określa zasady i tryb dokonywania samooceny funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świętochłowicach zwanym dalej „Ośrodkiem”.

§ 2

Proces samooceny jest jednym z narzędzi stosowanych w monitoringu kontroli zarządczej w Ośrodku, a jego celem jest uzyskanie informacji o funkcjonowaniu kontroli zarządczej.

§ 3

1. Samoocena w Ośrodku przeprowadzana jest poprzez udzielenie odpowiedzi na pytania sformułowane w kwestionariuszu - „tak”, „nie”, „nie wiem”.
2. Samoocena jest skierowana do osób zarządzających w Ośrodku tj.: Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej, Zastępcy Dyrektora, Głównego Księgowego, Kierowników Działów/Sekcji.
3. Dla pozostałych pracowników, samooceny dokonuje się anonimowo i bierze w niej udział co najmniej 25% kadry Ośrodka nie wliczając osób zarządzających.

§ 4

1. Wzór kwestionariusza samooceny dla osób zarządzających w Ośrodku stanowi załącznik nr 1 do niniejszych zasad.
2. Wzór kwestionariusza samooceny dla pozostałych pracowników Ośrodka stanowi załącznik nr 2 do niniejszych zasad.

§ 5

1. Termin przeprowadzenia samooceny funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Ośrodku ustala się do 20 lutego każdego roku za rok poprzedni.
2. Samoocenę funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Ośrodku przeprowadza Zastępca Dyrektora.
3. Przeprowadzana corocznie samoocena dotyczy zawsze roku ubiegłego.

§ 6

1. Zastępca Dyrektora przedstawia Dyrektorowi Ośrodka pisemny raport z dokonanej samooceny.
2. Raport z dokonanej samooceny winien zawierać: ogólną ocenę stanu kontroli zarządczej, zidentyfikowane ryzyka, słabości kontroli zarządczej, proponowane działania naprawcze.
3. Wzory kwestionariuszy wykorzystane w procesie samooceny dołącza się do raportu.

§ 7

1. Próg wskazujący na słabość kontroli zarządczej w danym obszarze wynosi 50% negatywnych odpowiedzi spośród wszystkich otrzymanych na pojedyncze pytanie.
2. Dyrektor Ośrodka zobowiązany jest wdrożyć program naprawczy w przypadku stwierdzenia słabości wprowadzonej kontroli zarządczej.

§ 8

1. Zobowiązuje się wszystkich pracowników Ośrodka do zapoznania z treścią niniejszych Zasad.
2. Zobowiązuje się wszystkich pracowników Ośrodka do przestrzegania postanowień zawartych w niniejszych Zasadach.

DYREKTOR
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Świętochłowicach
Agnieszka Kilka

Radca Prawny
Krystian Załęczny
K7-4102

.....
Stanowisko

.....
Data

**Kwestionariusza samooceny dla osób zarządzających
w Ośrodku Pomocy Społecznej**
(należy wstawić x w odpowiedniej ramce)

L.p.	PYTANIE	TAK	NIE	NIE WIEM
1.	Czy pracownicy są informowani o zasadach etycznego postępowania?			
2.	Czy Pani/Pan wie jak należy się zachować, w przypadku gdy będzie Pani/Pan świadkiem poważnych naruszeń zasad etycznych obowiązujących w OPS?			
3.	Czy bierze Pan/Pani udział w szkoleniach w wystarczającym stopniu, aby skutecznie realizować powierzone zadania?			
4.	Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej zostały pisemnie ustalone wymagania w zakresie wiedzy, umiejętności i doświadczenia konieczne do wykonywania zadań na poszczególnych stanowiskach pracy (np. zakresy obowiązków, opisy stanowisk pracy)?			
5.	Czy dokonuje Pani/Pan okresowej oceny pracy pracowników z Pani/Pana komórki organizacyjnej?			
6.	Czy pracownicy zostali zapoznani z kryteriami, za pomocą których dokonuje Pani/Pan oceny wykonywania przez nich zadań? – należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie nr 5 brzmi TAK			
7.	Czy pracownicy w Pani/Pana komórce organizacyjnej mają zapewniony w wystarczającym stopniu dostęp do szkoleń niezbędnych na zajmowanych przez nich stanowiskach pracy?			
8.	Czy pracownicy w Pani/Pana komórce organizacyjnej posiadają wiedzę i umiejętności konieczne do skutecznego realizowania przez nich zadań?			
9.	Czy istniejące w OPS procedury zatrudniania prowadzą do zatrudniania osób, które posiadają pożądane na danym stanowisku pracy wiedzę i umiejętności?			
10.	Czy struktura organizacyjna Pani/Pana komórki organizacyjnej jest dostosowana do aktualnych jej celów i zadań?			
11.	Czy struktura organizacyjna Pani/Pana komórki organizacyjnej jest okresowo analizowana i w miarę potrzeb aktualizowana?			
12.	Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej zatrudniona jest odpowiednia liczba pracowników, w tym osób zarządzających, w odniesieniu do celów i zadań komórki?			
13.	Czy przekazanie zadań i obowiązków pracownikom w Pani/Pana komórce organizacyjnej następuje zawsze w drodze pisemnej?			
14.	Czy uprawnienia do podejmowania decyzji, zwłaszcza tych o bieżącym charakterze, są delegowane na niższe szczeble Pani/Pana komórki organizacyjnej?			
15.	Czy został określony ogólny cel istnienia OPS np. w postaci misji (poza statutem lub ustawą powołującą jednostkę)?			
16.	Czy w OPS zostały określone cele do osiągnięcia lub zadania do realizacji w bieżącym roku w innej formie niż regulamin organizacyjny czy statut (np. jako plan pracy, plan działalności itp.)?			
17.	Czy cele i zadania OPS na bieżący rok mają określone mierniki, wskaźniki bądź inne kryteria, za pomocą których można sprawdzić czy cele i zadania zostały zrealizowane? – należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie nr 16 brzmi TAK			
18.	Czy Pani/Pan wyznacza cele do osiągnięcia i zadania do zrealizowania przez pracowników Pani/Pana komórki organizacyjnej w bieżącym roku?			
19.	Czy na bieżąco monitoruje Pani/Pan stan zaawansowania realizacji powierzonych pracownikom zadań?			
20.	Czy przygotowuje Pani/Pan okresowe informacje nt. stopnia realizacji powierzonych do wykonania zadań?			
21.	Czy w Pani/Pana 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)? (jeśli TAK – proszę przejść do następnych pytań, jeśli NIE proszę przejść do pytania nr 25)			
22.	Czy w przypadku każdego ryzyka został określony poziom ryzyka, jaki można zaakceptować?			
23.	Czy wśród zidentyfikowanych zagrożeń/ryzyk wskazuje się zagrożenia/ryzyka istotne, które w znaczący sposób mogą przeszkodzić w realizacji celów i zadań Pani/Pana komórki organizacyjnej?			
24.	Czy w stosunku do każdego istotnego ryzyka został określony sposób radzenia sobie z tym ryzykiem (tzw. reakcja na ryzyko)?			
25.	Czy pracownicy w Pani/Pana komórce organizacyjnej mają bieżący dostęp do procedur/instrukcji obowiązujących w OPS (np. poprzez intranet)?			
26.	Czy w OPS zostały zapewnione mechanizmy (procedury) służące utrzymaniu ciągłości działalności na wypadek awarii (np. pożaru, powodzi, poważnej awarii)? (jeśli TAK – proszę przejść do następnego pytania, jeśli NIE proszę przejść do pytania nr 28)			
27.	Czy pracownicy Pani/Pana komórki organizacyjnej zostali zapoznani z mechanizmami (procedurami) służącymi utrzymaniu działalności na wypadek awarii?			
28.	Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej są ustalone zasady zastępstw zapewniających sprawną pracę komórki w przypadku nieobecności poszczególnych pracowników?			
29.	Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji wewnątrz Pani/Pana komórki organizacyjnej?			

30.	Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi w OPS?			
31.	Czy w OPS funkcjonuje efektywny system wymiany ważnych informacji z podmiotami zewnętrznymi (np. z innymi urzędami, dostawcami, klientami) mającymi wpływ na osiągnięcie celów i realizację zadań Pani/Pana komórki organizacyjnej?			
32.	Czy Pani/Pana komórka organizacyjna utrzymuje efektywne kontakty z podmiotami zewnętrznymi, które mają wpływ na realizację jej zadań (np. z innymi urzędami, dostawcami, klientami)?			
33.	Czy pracownicy w Pani/Pana komórce organizacyjnej zostali poinformowani o zasadach obowiązujących w OPS w kontaktach z podmiotami zewnętrznymi (np. wnioskodawcami, dostawcami, oferentami)?			
34.	Czy zachęca Pani/Pan pracowników do sygnalizowania problemów i zagrożeń w realizacji powierzonych im zadań?			

.....
czytelny podpis

.....
Data

**Kwestionariusza samooceny dla pozostałych
pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej**
-kwestionariusz anonimowy-
(*należy wstawić x w odpowiedniej ramce*)

L.p.	PYTANIE	TAK	NIE	NIE WIEM
1.	Czy Pani/Pan wie jakie zachowania pracowników uznawane są w OPS za nieetyczne?			
2.	Czy Pani/Pan wie jak należy się zachować w przypadku, gdy będzie Pani/Pan świadkiem poważnych naruszeń zasad etycznych obowiązujących w OPS ?			
3.	Czy Pani/Pana zdaniem osoby na stanowiskach kierowniczych przestrzegają i promują własną postawą i decyzjami etyczne postępowanie?			
4.	Czy bierze Pani/Pan udział w szkoleniach w wystarczającym stopniu, aby skutecznie realizować powierzone zadania?			
5.	Czy szkolenia, w których Pan/Pani uczestniczył/a były przydatne na zajmowanym stanowisku?			
6.	Czy jest Pani/Pan informowany przez bezpośredniego przełożonego o wynikach okresowej oceny Pani/Pana pracy?			
7.	Czy istnieje dokument, w którym zostały ustalone wymagania w zakresie wiedzy, umiejętności i doświadczenia konieczne do wykonywania zadań na Pani/Pana stanowisku pracy (np. zakres obowiązków, opis stanowiska pracy)?			
8.	Czy posiada Pani/Pan aktualny zakres obowiązków określony na piśmie lub inny dokument o takim charakterze?			
9.	Czy są Pani/Panu znane kryteria, za pomocą których oceniane jest wykonywanie Pani/Pana zadań?			
10.	Czy bezpośredni przełożeni w wystarczającym stopniu monitorują na bieżąco stan zaawansowania powierzonych pracownikom zadań?			
11.	Czy zna Pani/Pan najważniejsze cele istnienia OPS ?			
12.	Czy w Pani/Pana 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.)?			
13.	Czy cele i zadania Pani/Pana komórki organizacyjnej na bieżący rok mają określone mierniki, wskaźniki bądź inne kryteria, za pomocą których można sprawdzić czy cele i zadania zostały zrealizowane? – <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie nr 12 brzmi TAK</i>			
14.	Czy w Pani/Pana 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)?			
15.	Czy wśród zidentyfikowanych zagrożeń/ryzyk wskazuje się zagrożenia/ryzyka istotne, które w znaczący sposób mogą przeszkodzić w realizacji celów i zadań komórki organizacyjnej?			
16.	Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej podejmuje się wystarczające działania mające na celu ograniczenie zidentyfikowanych zagrożeń/ryzyk, w szczególności tych istotnych?			
17.	Czy posiada Pani/Pan bieżący dostęp do procedur/instrukcji obowiązujących w OPS (np. poprzez intranet)?			
18.	Czy istniejące procedury w wystarczającym stopniu opisują zadania realizowane przez Panią/Pana?			
19.	Czy obowiązujące Panią/Pana procedury/instrukcje są aktualne, tzn. zgodne z obowiązującymi przepisami prawa i regulacjami wewnętrznymi (np. regulaminem organizacyjnym, innymi procedurami)?			
20.	Czy nadzór ze strony przełożonych zapewnia skuteczną realizację zadań?			
21.	Czy wie Pani/Pan jak postępować w przypadku wystąpienia sytuacji nadzwyczajnej np. pożaru, powodzi, poważnej awarii?			
22.	Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej są ustalone zasady zastępstw na Pani/Pana stanowisku pracy?			
23.	Czy dokumenty/materiały/zasoby informatyczne, z których korzysta Pani/Pan w swojej pracy są Pani/Pana zdaniem odpowiednio chronione przed utratą lub zniszczeniem?			
24.	Czy ma Pani/Pan dostęp do wszystkich informacji i danych niezbędnych do realizacji powierzonych Pani/Panu zadań?			
25.	Czy postawa osób na stanowiskach kierowniczych w Pani/Pana komórce organizacyjnej zachęca pracowników do sygnalizowania problemów i zagrożeń w realizacji zadań komórki organizacyjnej?			
26.	Czy w przypadku wystąpienia trudności w realizacji zadań zwraca się Pani/Pan w pierwszej kolejności do bezpośredniego przełożonego z prośbą o pomoc?			
27.	Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji wewnątrz Pani/Pana komórki organizacyjnej?			
28.	Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi w OPS?			
29.	Czy zna Pani/Pan zasady kontaktów pracowników OPS z podmiotami zewnętrznymi (np. wnioskodawcami, dostawcami, oferentami) oraz swoje			

	uprawnienia i obowiązki w tym zakresie?			
30.	Czy Pani/Pana komórka organizacyjna utrzymuje efektywne kontakty z podmiotami zewnętrznymi, które mają wpływ na realizację jej zadań (np. z innymi urzędami, dostawcami, klientami)?			
31.	Czy przełożeni na co dzień zwracają wystarczającą uwagę na przestrzeganie przez pracowników obowiązujących w OPS] zasad, procedur, instrukcji itp.?			

