Załącznik
do Zarządzenia Nr 38.2017
Dyrektora CCŚ
z dnia 25.10.2017 r.

# PROCEDURA ZWIĄZANA Z ZAPEWNIENIEM FUNKCJONOWANIA KONTROLI ZARZĄDCZEJ W CZĘSTOCHOWSKIM CENTRUM ŚWIADCZEŃ W CZĘSTOCHOWIE

## I. Postanowienia ogólne

### § 1.

1. Niniejsza procedura określa zakres, zasady i sposób funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Częstochowskim Centrum Świadczeń w Częstochowie.
2. Kontrola zarządcza w Częstochowskim Centrum Świadczeń w Częstochowie sprawowana jest z zachowaniem przepisów:
   1) art. 68 i art. 69 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 885 z późn. zm.),
   2) Komunikatu Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. M.F. Nr 15, poz. 84),
   3) Komunikatu Nr 3 Ministra Finansów z dnia 16 lutego 2011 r. w sprawie szczegółowych wytycznych w zakresie samooceny kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (Dz. Urz. M.F. Nr 2, poz. 11),
   4) Komunikatu Nr 6 Ministra Finansów z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania działalności zarządzania ryzykiem (Dz. Urz. M.F. poz. 65).

### § 2.

**1.** Użyte w procedurze określenia oznaczają:
   **1)** **CCŚ** – Częstochowskie Centrum Świadczeń w Częstochowie,
   **2)** **Dyrektor** – Dyrektor Częstochowskiego Centrum Świadczeń,
   **3)** **komórka organizacyjna** – należy przez to rozumieć wymienione w Regulaminie Organizacyjnym CCŚ komórki organizacyjne, składające się na organizację wewnętrzną CCŚ,
   **4)** **samoocena** – to proces, w którym dokonywana jest ocena kontroli zarządczej przez pracowników i kierownictwo jednostki,
   **5)** **Pełnomocnik Dyrektora ds. Kontroli Zarządczej** – rozumie się przez to osobę wyznaczoną przez Dyrektora, której Dyrektor powierza określone obowiązki dotyczące koordynowania prac w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej w CCŚ,
   **6)** **ryzyko** – prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia lub działania, które może wpłynąć na osiąganie celów i realizację nałożonych na CCŚ zadań, może mieć ono charakter negatywnego zagrożenia lub pozytywnej możliwości. Możliwość wystąpienia zdarzenia, które będzie miało wpływ na realizację założonych celów,
   **7)** **zarządzanie ryzykiem** – należy przez to rozumieć proces ograniczania ryzyka poprzez jego identyfikację, ocenę potencjalnego wpływu i prawdopodobieństwa wystąpienia oraz racjonalny dobór środków przeciwdziałających skutkom ryzyka,
   **8)** **mechanizmy kontrolne** – to metody, polityki, standardy, procedury, fizyczne środki oraz działania stosowane w celu zahamowania lub zmniejszenia negatywnych skutków ryzyka,
   **9)** **czynniki ryzyka** – to cechy charakterystyczne dla danego procesu, które wskazują na możliwość wystąpienia zdarzenia, mogącego niekorzystnie wpłynąc na osiągnięcie określonego celu;
   **10)** **prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka** – to szacowane prawdopodobieństwo lub możliwość wystąpienia zdarzenia lub działania, które wpłynie na zdolność do realizacji celów,
   **11)** **wpływ ryzyka** – to oddziaływanie zdarzenia lub działania na zdolność do realizacji celów,
   **12)** **właściciel ryzyka** – to osoba odpowiedzialna za identyfikację danego ryzyka, która jest rozliczana ze skuteczności zarządzania tym ryzykiem,
   13) **poziom ryzyka** – to poziom odzwierciedlający wagę ryzyka, jego nasilenie i prawdopodobieństwo wystąpienia,

14) **akceptowalny poziom ryzyka** – to poziom ryzyka możliwy do zaakceptowania przez Dyrektora lub osobę upoważnioną,
15) **nieakceptowalny poziom ryzyka** – to poziom punktowej oceny ryzyka, którego iloczyn≥15 punktów,
16) **rejestr ryzyka** – to dokument zawierający wszystkie informacje o ryzyku powiązanym z realizowanymi celami, stanowiący podstawę do zarządzania ryzykiem w CCŚ.

**§ 3.**

1. Kontrolę zarządczą w CCŚ stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.
2. Celem kontroli zarządczej w CCŚ jest zapewnienie w szczególności;
   1) zgodności działalności z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi,
   2) skuteczności i efektywności działania oraz realizacji zadań (w szczególności oszczędne i efektywne wykorzystywanie zasobów majątkowych i ludzkich),
   3) wiarygodności sprawozdań,
   4) ochrony zasobów (w zakresie zabezpieczenia składników majątku przed zniszczeniem, utratą i defraudacją, w tym danych osobowych i informacji niejawnych),
   5) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
   6) efektywności i skuteczności przepływu informacji (dla zapewnienia osobom zarządzającym i pracownikom informacji niezbędnych do wykonywania przez nic obowiązków oraz skutecznej komunikacji zewnętrznej),
   7) zarządzania ryzykiem (dla zwiększenia prawdopodobieństwa osiągnięcia celów i realizacji zadań poprzez zapobieganie niekorzystnym zajwiskom w działalności jednostek, wskazanie sposobu iśrodków zapobiegających powstawaniu nieprawidłowości, jak również umożliwienie likwidacji nieprawidłowości).
3. Sprawowanie kontroli zarządczej w CCŚ zawiera się w pięciu grupach odpowiadających poszczególnym elementom kontroli zarządczej:
   1) środowisko wewnętrzne,
   2) cele i zarządzanie ryzykiem,
   3) mechanizmy kontroli,
   4) informacja i komunikacja,
   5) monitorowanie i ocena.
4. Kontrola zarządcza w CCŚ odbywa się na podstawie niniejszego zarządzenia oraz wewnętrznych regulacji wymienionych w załączniku nr 1 do niniejszej procedury.
5. Za prowadzenie szczegółowego rejestru regulacji wewnętrznych, o których mowa w ust. 4 oraz dokonywanie raz w roku jego aktualizacji odpowiedzialna jest Sekcja Nadzoru i Administracji.

**§ 4.**

1. Za zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej w CCŚ odpowiedzialny jest Dyrektor.
2. Za koordynację prac związanych z właściwym funkcjonowaniem kontroli zarzadczej w CCŚ odpowiedzialny jest Pełnomocnik Dyrektora ds. Kontroli Zarządczej.
3. Kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach ponoszą odpowiedzialność za zapewnienie funkcjonowania kontroli zarządczej w kierowanych przez siebie komórkach i na zajmowanych stanowiskach, w tym za ogół działań podejmowanych w zakresie nadzoru i kontroli zachodzących procesów, w sposób dający Dyrektorowi zapewnienie, że:
   1) podejmowane działania są zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, zasadami przyjętymi w CCŚ oraz procedurami wewnętrznymi,
   2) założone cele i zadania są osiągane,
   3) poziom ryzyk związanych z realizacją zadań jest identyfikowany, monitorowany oraz podejmowane są działania mające na celu zmniejszenie danego ryzyka oraz podejmowane są działania mające na celu zmniejszenie danego ryzyka do akceptowanego poziomu,
   4) zasady etycznego postępowania są przestrzegane i promowane,
   5) przepływ informacji jest efektywny i skuteczny,
   6) przestrzegane są zasady ochrony i właściwego wykorzystania dostępnych zasobów.
4. Za realizację zadań w zakresie kontroli zarządczej w CCŚ odpowiedzialność ponoszą wszyscy pracownicy CCŚ poprzez właściwe wykonywanie powierzonych im obowiązków.
5. Każdy pracownik CCŚ ma obowiązek zgłaszania swoim przełożonym uwag dotyczących funkcjonowania i usprawnienia systemu kontroli zarządczej.

6. Kierownicy komórek zobowiązani są do podejmowania działań naprawczych w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w działaniu kontroli zarządczej lub zidentyfikowaniu możliwości poprawy sposobu jej funkcjonowania.

## II. System wyznaczania i monitorowania realizacji celów

**§ 5.**

1. Misja Częstochowskiego Centrum Świadczeń brzmi następująco:
   „Misją Częstochowskiego Centrum Świadczeń jest służba oraz realizacja statutowych zadań ukierunkowanych na świadczenie usług zaspokajających potrzeby mieszkańców i wspieranie rodzin”.
   Misja CCŚ została wprowadzona odrębnym zarządzeniem Dyrektora.
2. Misja CCŚ sprzyja ustaleniu hierarchi celówi zadań oraz efektywnemu zarządzaniu ryzykiem.
3. Decyzję o zmianie misji podejmuje Dyrektor.

**§ 6.**

1. Cele i zadania są wyznaczane jasno i w co najmniej rocznej perspektywie. Ich wykonanie monitorowane jest za pomocą wyznaczonych mierników.
2. Kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach zobowiązani są do wyznaczenia celów i zadań na dany rok, zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej procedury, a następnie po akceptacji bezpośredniego przełożonego przekazują cele i zadania do Pełnomocnika Dyrektora ds. Kontroli Zarządczej w terminie do 15 stycznia każdego roku począwszy od 2018 r.
3. Pełnomocnik Dyrektora ds. Kontroli Zarządczej na podstawie uzyskanych informacji sporządza Plan działalności na dany rok, zgodnie z załącznikiem nr 3 do niniejszej procedury, uwzględniając podział na komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska oraz przekazuje Dyrektorowi do zatwierdzenia w terminie do 31 stycznia każdego roku, począwszy od 2018 r.
4. Sporządzenie w 2017 r. celów i zadań nastąpi w terminie 3 tygodni od dnia wejścia w życie niniejszej procedury.
5. Sporządzenie w 2017 r. Planu działalności nastąpi w terminie 14 dni od momentu uzyskania informacji, o których mowa w ust. 4.
6. Określone cele i zadania powinny być:
   1) istotne – czyli ważne dla realizacji misji CCŚ oraz obejmujące najważniejsze obszary działalności CCŚ,
   2) proste – sformułowane jednoznacznie i nie pozostawiające miejsca na swobodną, interpretację, powinny odnosić sie bezpośrednio do zamierzonego wyniku realizacji celu,
   3) realne - czyli możliwe do osiągnięcia,
   4) mierzalne – czyli takie, które możemy zmierzyć za pomocą wyznaczonych mierników oraz ocenić czy zostały osiągnięte,
   5) określone w czasie – powinny mieć dokładnie określony horyzont czasowy, w jakim zamierzamy je osiągnąć.

**§ 7.**

1. Kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach odpowiedzialni są za bieżące monitorowanie przypisanych im celów i zadań za pomocą wyznaczonych mierników.
2. Przypisane poszczególnym celom i zadaniom mierniki powinny być:
   1) mierzalne – czyli umożliwiające określenie stopnia realizacji celów i zadań oraz ich planowanie wartości,
   2) określone w perspektywie roku, w którym dany cel lub zadanie ma być zrealizowane.
3. Kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach zobowiązani są do sporządzania informacji o stopniu realizacji wyznaczonych na dany rok celów i zadań oraz wartości osiągniętych mierników zgodnie z załącznikiem nr 4 do niniejszej procedury, a następnie po akceptacji bezpośredniego przełożonego przekazują do Pełnomocnika Dyrektora ds. Kontroli Zarządczej w terminie do **31 grudnia** każdego roku.
4. W terminie do **5 stycznia** każdego roku Pełnomocnik Dyrektora ds. Kontroli Zarządczej przekazuje Dyrektorowi informację o stopniu realizacji Planu działalności CCŚ oraz wartości osiągniętych mierników.

## III. Proces zarządzania ryzykiem

**§ 8.**

Proces zarządzania ryzykiem w CCŚ ma na celu przyczynienie się do poprawy zarządzania wszystkich obszarów działalności CCŚ i zwiększenia prawdopodobieństwa osiągania celów i realizacji zadań.

**§ 9.**

Celem zarządzania ryzykiem w CCŚ jest ograniczenie ryzyka oraz zabezpieczenie się przed jego skutkami poprzez:

1) właściwą identyfikację ryzyka, określenie rodzajów ryzyka, które wiążą się z działalnością CCŚ i dokonywanie ich pomiaru,
2) ocenę ryzyka przy pomocy mierników, których wybór zależy od rodzaju, jaki podlega ocenie,
3) zarządzanie ryzykiem, które polega na badaniu efektywności i skuteczności podejmowanych działań, poprzez system kontroli instytucjonalnej i zewnętrznej,
4) ocenę zastosowanych metod redukcji ryzyka, prowadząca do skutecznego i efektywnego realizowania celów i zadań;
5) zapewnienie Dyrektorowi wczesnej informacji o zagrożeniach dla realizacji wyznaczonych celów i zadań.

**§ 10.**

1. Odpowiedzialni za prawidłowy przebieg procesu zarządzania ryzykiem są:
   1) Dyrektor - odpowiada za prawidłowe zorganizowanie systemu zarządzania ryzykiem oraz nadzór nad efektywnością i skutecznocią systemu, także za wprowadzenie niezbędnych zmian w systemie i wybór działań kontrolujących ryzyko nieakceptowalne,
   2) Zastępca dyrektora oraz Główny Księgowy – za nadzór nad efektywnością i skutecznością systemu w podległych im komórkach organizacyjnych, a także za wprowadzenie niezbędnych zmian w systemie oraz współpracę z Dyrektorem w wyborze działań kontrolujących ryzyko nieakceptowalne,
   3) Kierownicy komórek organizacyjnych – za zapewnienie zgodności działań z zakresem określonym w procesie zarządzania ryzykiem, a w szczególności za:
      a) określenie celów i zadań,
      b) identyfikację i analizę ryzyka,
      c) przeprowadzenie oceny ryzyka,
      d) opracowanie i wdrożenie mechanizmów kontrolnych,
      e) utworzenie i aktualizację kwestionariusza zarządzenia ryzykiem,
      f) zapewnienie by pracownicy byli świadomi wagi procesu zarządzania ryzykiem,
      g) wyznaczenie osób odpowiedzialnych za realizację działań eliminujących bądź zmniejszających ryzyko nieakceptowalne,
      h) zapewnienie wszystkim podległym pracownikom możliwości formalnego zgłaszania zmian w zakresie identyfikowanego przez nich ryzyka lub innych istotnych problemów,
   4) Pełnomocnik Dyrektora ds. Kontroli Zarządczej – odpowiada za koordynację procesu zarządzania ryzykiem, w szczególności za:
      a) weryfikację otrzymanych Kwestionariuszy zarządzania ryzykiem, o których mowa w §15 ust.1,
      b) wspieranie kierowników komórek organizacyjnych oraz pracowników na samodzielnych stanowiskach w analizie i ocenie ryzyka,
      c) sporządzenie Rejestru ryzyk, o którym mowa w art. §15 ust. 3, w oparciu o weryfikację otrzymanych Kwestionariuszy zarządzania ryzykiem,
      d) gromadzenie informacji z zakresu zarządzania ryzykiem i przekazywania ich Dyrektorowi,
   5) Pracownicy CCŚ – za stosowanie wdrożonych mechanizmów kontrolnych oraz zgłaszanie przełożonym informacji o pojawiających się ryzykach lub innych istotnych problemach.

**§ 11**.

1. Identyfikacja i ocena ryzyka oraz ustalenie metody przeciwdziałania ryzyku dokonywane jest w okresach rocznych przez kierowników komórek organizacyjnych oraz pracowników na samodzielnych stanowiskach.
2. W przypadku istotnej zmiany warunków, w których funkcjonuje CCŚ oraz zmiany wyznaczonych celów i zadań należy dokonać ponownej identyfikacji ryzyka.
3. W procesie identyfikacji ryzyk należy wziąć pod uwagę:

1) wyznaczone cele i zadania,
2) wyniki monitoringu realizacji wyznaczonych celów i zadań,
3) informacje na temat realizacji celów i zadań z lat ubiegłych,
4) ustalenia z przeprowadzonych audytów i kontroli
5) zagrożenia, związane z osiąganiem celów i realizowaniem zadań wraz z ich wewnętrznymi i zewnętrznymi przyczynami oraz możliwymi scenariuszami zdarzeń.

4. W identyfikacji czynników ryzyka na poziomie operacyjnych biorą udział wszyscy pracownicy CCŚ. Weryfikacji tych czynników dokonuje bezpośredni przełożony.
5. Pracownicy CCŚ mają obowiązek zgłaszać przełożonym wszelkie odstępstwa od obowiązujących w jednostce zasad i procedur.
6. Każde zidentyfikowane ryzyko polega na analizie pod kątem jego znaczenia dla osiągnięcia założonych celów i zadań.
7. Analizując ryzyko, można wyróżnić jego następujące kategorie:

1) **ryzyko finansowe** – budżetowe, podlegające ubezpieczeniu, zamówień publicznych i zlecenia zadań publicznych, odpowiedzialności, płynności, realizacji programów współfinansowanych za środków UE, inwestycji, sprawozdawczości finansowej,
2) **ryzyko prawne** – wynikające za stosowania przepisów ustawowych lub wykonawczych,
3) **ryzyko społeczne** – narastające niezadowolenia społecznego na działania pomocy społecznej oraz działania jednostki,
4) **ryzyko systemów informatycznych** – zagrożenie, iż technologia informatyczna stosowana w organizacji nie spełnia wymogów organizacji, nie zapewnia odpowiedniej integralności, bezpieczeństwa oraz dostępności danych, nie została odpowiednio wdrożona i nie działa zgodnie z założeniami,
5) **ryzyko dotyczące zasobów ludzkich** – pracownicy, kierownicy, zarządzanie zasobami ludzkimi, BHP,
6) **ryzyko działalności** – organizacyjne, kontroli instytucjonalnej, informacji, wizerunku, innowacyjności, prowadzonych projektów, nowych zadań i programów,
7) **ryzyko zewnętrzne** – infrastruktura, środowisko prawne, środowisko naturalne, warunki ekonomiczne i polityczne, inne zagrożenia i naciski zewnętrzne.

8. Postępowanie przy identyfikowaniu i analizie ryzyka polega na wykonaniu następujących kolejno po sobie czynności:
   1) dokonaniu identyfikacji ryzyka w odniesieniu do ustalonych celów i zadań,
   2) określeniu zidentyfikowanego ryzyka,
   3) przeanalizowaniu każdego ryzyka w celu oszacowania:
      a) prawdopodobieństwa jego wystąpienia – ocena punktowa w skali od 1 do 15,
      b) wpływu (skutku) jaki będzie miało ewentualne wystąpienie ryzyka – ocena punktowa w skali od 1 do 15,
   4) określeniu występujących mechanizmów kontrolnych dla zidentyfikowanego ryzyka,
   5) określeniu koniecznych do wprowadzenia mechanizmów kontrolnych/działań w celu zminimalizowania zidentyfikowanego ryzyka,
   6) wskazaniu właściciela ryzyka, czyli osoby odpowiedzialnej za wdrożenie działań, o których mowa w pkt 5.

**§ 12.**

Stopień prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka określa się poprzez następujące wartości punktowe :

1) **1 – rzadkie prawdopodobieństwo – do 20%** szans, że ryzyko wystąpi w nadchodzącym roku, o ile nie zostanie zmniejszone (jego przypadki będą sporadyczne),
2) **2 – małe prawdopodobieństwo – od 21 do 40%** szans, że ryzyko wystąpi w nadchodzącym roku, o ile nie zostanie zmniejszone (lub: jego przypadki będą pojedyncze lub będzie ich kilka),
3) **3 – średnie prawdopodobieństwo – od 41 do 60%** szans, że ryzyko wystąpi w nadchodzącym roku, o ile nie zostanie zmniejszone (lub: ryzyko będzie się krystalizować okazjonalnie bądź w wyniku równoczesnego wystąpienia różnych problemów i okoliczności),
4) **4 – wysokie prawdopodobieństwo – od 61 do 80%** szans,że ryzyko wystąpi w nadchodzącym roku, o ile nie zostanie zmniejszone (lub: ryzyko będzie się krystalizować dość często bądź w wyniku równoczesnego wystąpienia różnych problemów i okoliczności),
5) **5 – najwyższe prawdopodobieństwo – od 81 do 100%** szans, że ryzyko wystąpi w nadchodzącym roku, o ile nie zostanie zmniejszone (lub: ryzyko będzie się krystalizować systematycznie narastać).

**§ 13.**

Stopień oddziaływania wystąpienia ryzyka określa się poprzez następujące wartości punktowe:

1) **1 – niewielki wpływ ryzyka** – rozwiązanie problemu będzie wymagało nieznacznego nakładu czasu/zasobów, lecz problem nie spowoduje trwałej szkody i wywrze minimalny wpływ na wyniki finansowe (np. strata finansowa nie przekroczy 100 zł). Może spowodować krótkotrwałe zakłócenia w działalności ;
2) **2 – mały wpływ ryzyka** – rozwiązanie problemu będzie wymagało pewnego nakładu czasu/zasobów, lecz problem nie spowoduje trwałej szkody i wywrze mały wpływ na wyniki finansowe (np. strata finansowa nie przekroczy 1.000 zł). Może spowodować krótkotrwałe zakłócenia w działalności;
3) **3 – średni wpływ ryzyka** - rozwiązanie problemu będzie wymagało umiarkowanego nakładu czasu/zasobów. Usunięcie skutków będzie wymagało czasu. Może wywrzeć wpływ na wyniki finansowe
4) **4 – poważny wpływ ryzyka** – rozwiązanie problemu będzie wymagało dużego nakładu czasu/zasobów w tym podjęcia decyzji o sposobie rozwiązywania problemu przez kierownictwo wyższego szczebla. Usunięcie skutków będzie bardzo trudne. Może wywrzec poważny wpływ na wyniki finansowe (np. strata finansowa przewyższy 10.000 zł). Może nastąpić brak realizacji kluczowych celów;
5) **5 – krytyczny wpływ ryzyka** – rozwiązanie problemu będzie wymagało bardzo dużego nakładu czasu/zasobów w tym podjęcia decyzji o sposobie rozwiązywania problemu przez kierownictwo wyższego szczebla. Skutki ryzyka będą nieodwracalne. Może wywrzeć istotny wpływ na wyniki finansowe (np.strata finansowa przekroczy 100.000 zł). Spowoduje brak realizacji kluczowych celów.

**§ 14.**

1. Punktowa ocena ryzyka umożliwia uporządkowanie rodzajów ryzyka wg ich wagi w sposób przedstawiony poniżej.

| Oddziaływanie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Katastrofalne (5) | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | |
| Poważne (4) | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | |
| Średnie (2) | 3 | 6 | 9 | 12 | 15 | |
| Małe (2) | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 | |
| Nieznaczne (1) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Rzadkie (1) | Małe (2) | Średnie (3) | Wysokie (4) | Najwyższe (5) | **Prawdopo-dobieństwo** |

2. Waga ryzyka stanowi iloczyn prawdopodobieństwa wystąpienia i siły oddziaływania. Przyjmuje się, iż natychmiastowej reakcji w postaci uruchomienia mechanizmów mających na celu zapobieganie niepożądanym skutkom są ryzyka, których waga wynosi ≥ 15 punktów.
3. Wskazana powyżej metoda umożliwia określenie rodzaju działań podejmowanych w celu zmniejszenia ryzyka :
   1) ryzyka znajdujące się w prawym, górnym rogu wymagają pilnej uwagi,
   2) ryzyka znajdujące się w środku matrycy należy omówić i monitorować,
   3) ryzyka znajdujące się w lewym, dolnym rogu to najniższe zagrożenia.

**§ 15.**

1. Kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach zobowiązani są udokumentować przeprowadzoną analizę ryzyka poprzez utworzenie Kwestionariusza zarządzania ryzykiem, którego wzór stanowi załącznik nr 5 do niniejszej procedury. Sporządzony Kwestionariusz zarządzania ryzykiem zobowiązani są przekazac do akceptacji bezpośredniego

przełożonego, a następnie do Pełnomocnika Dyrektora ds. Kontroli Zarządczej w terminie do **15 stycznia** każdego roku począwszy od 2018 r.
2. Pełnomocnik Dyrektora ds. Kontroli Zarządczej wykorzystując przekazane Kwestionariusze zarządzania ryzykiem zobowiązany jest poinformować Dyrektora o wynikach przeprowadzonej analizy ryzyka w terminie do **31 stycznia** każdego roku począwszy od 2018 r. Poprzez sporządzenie Rejestru ryzyk, którego wzór stanowi załącznik nr 6.
3. Sporządzenie w 2017 r. Kewstionariusza zarządzania ryzykiem nastąpi w terminie 3 tygodni od dnia wejścia w życie niniejszej procedury.
4. Sporządzenie w 2017 r. Rejestru ryzyk nastąpi w rerminie 14 dni od momentu uzyskania informacji, o których mowa w ust. 3.

**§ 16.**

1. O sposobie postępowiania w odniesieniu do zidentyfikowanego ryzyka:
   1) którego wpływ jest nieznaczny, mały lub średni decyzję podejmują kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach (iloczyn prawdopodobieństwa wystapienia ryzyka i siły jego oddziaływania ≤ 12 punktów),
   2) którego wpływ jest poważny lub krytyczny decyzję podejmuje Dyrektor (iloczyn prawdopodobieństwa wystapienia ryzyka i siły jego oddziaływania ≥ 15 punktów),
2. W stosunku do każdego zidentyfikowanego ryzyka kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach zobowiązani są planować i wdrażać odpowiednie mechanizmy kontrolne.
3. Ustala się następujące sposoby postępowania do zidentyfikowanego ryzyka (reakcja na ryzyko):
   1) tolerowanie – będzie miało miejsce wówczas, gdy nie można przeciwdziałać ryzykom i prowadzić do ich ograniczenia, lub też koszt przeciwdziałania danemy ryzyku będzie zbyt wysoki,
   2) przeniesienie – dotyczyć będzie ryzyk, w odniesieniu do których nastąpi przeniesienie ich na inną instytucję, między innymi poprzez ubezpieczenia czy zlecenia usług na zewnątrz,
   3) wycofanie się - będzie związane z odejściem od działań, które mogą powodować dane ryzyko,
   4) przeciwdziałanie – dotyczyć będzie ryzyk, które wymagać bedą podjęcia zdecydowanych, przemyślanych i zaplanowanych działań prowadząc do likwidacji lub znacznego ograniczenia ryzyka.

**§ 17.**

1. Kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach mają obowiązej dokonywania corocznych przeglądów samego ryzyka w celu uzyskania informacji czy:
   1) ryzyko nadal występuje,
   2) pojawiło się nowe ryzyko,
   3) prawdopodobieństwo i wpływ ryzyka uległy zmianie,
   4) istnieje potrzeba podjęcia działań organiczających poziom ryzyka,
   5) zakładane cele nie zostały zrealizowane.

2. Kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach zobowiązani są do sporządzenia Raportu z zarządzania ryzykiem, którego wzór stanowi załącznik nr 7 do niniejszej procedury, a następnie po akceptacji bezpośredniego przełożonego przekazują do Pełnomocnika Dyrektora ds. Kontroli Zarządczej w terminie do **31 grudnia** każdego roku.
3. Pełnomocnik Dyrektora ds Kontroli Zarządczej zobowiązany jest przekazać Dyrektorowi informację z dokonanego przeglądu ryzyk poprzez sporządzenie w terminie do **5 stycznia** każdego roku Raportu rocznego z zarządzania ryzykiem, którego wzór stanowi załącznik nr 8 do niniejszej procedury.

**§ 18.**

1. Kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach mają obowiązek dokonywania przeglądu wszystkich działań z zakresu zarządzania ryzykiem w celu monitorowania mechanizmów kontrolnych i dokonywania oceny procesów zarządzania ryzykiem w kierowanych przez nich komórkach organizacyjnych.
2. Wyniki oceny, o której mowa w ust. 1, wykorzystywane są do poprawy efektywności zarządzenia ryzykiem oraz usprawnienia systemu kontroli zarządczej.

## IV. Zasady przeprowadzania samooceny oraz składania oświadczenia o stanie kontroli zarządczej

**§ 19.**

1. W celu zapewnienia właściwego funkcjonowania kontroli zarządczej wszyscy pracownicy CCŚ zobowiązani są do dokonania samooceny systemu kontroli zarządczej w następujący sposób:
   1) pracownicy poszczególnych komórek organizacyjnych CCŚ dokonują samooceny systemu kontroli zarządczej poprzez wypełnienie ankiety w terminie do **30 listopada** każdego roku,
   2) pracownicy na samodzielnych stanowiskach dokonują samooceny systemu kontroli zarządczej poprzez wypełnienie ankiety w terminie do **5 stycznia** każdego roku za rok poprzedni,
   3) Kierownicy komórek organizacyjnych zobowiązani sa do dokonania analizy ankiet wypełnionych przez podległych pracowników i na tej podstawie dokonuja samooceny systemu kontroli zarządczej poprzez wypełnienie kwestionariusza samooceny,którego wzór stanowi załącznik nr 9. Wypełnione Kwestionariusze samooceny zobowiązani są przekazac do akceptacji bezpośredniego przełożonego, a następniedo Pełnomocnika Dyrektora ds. Kontroli Zarządczej w terminie do **5 stycznia** każdego roku za rok poprzedni.
2. Pełnomocnik Dyrektora ds. Kontroli Zarządczej zobowiązany jest do dokonania analizy Kwestionariuszy samooceny sporządzonych przez kierowników komórek organizacyjnych, a następnie poinformowania Dyrektora o wynikach przeprowadzonej samooceny kontroli zarządczej w terminie do **14 stycznia** każdego roku.
3. Kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach przy dokonywaniu samooceny systemu kontroli zarządczej zobowiązani są wykorzystać informacje zebrane w wyniku:
   1) monitoringu realizacji celów i zadań,
   2) procesu zarządzania ryzykiem,
   3) sprawowanego nadzoru merytorycznego,
   4) przeprowadzonych działań kontrolnych i audytowych.

**§ 20.**

1. Celem potwierdzenia, że system kontroli zarządczej wdrożony w CCŚ zapewnia realizację celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy we wszystkich procesach zachodzących w CCŚ, Dyrektor przekazuje do Urzędu Miasta Częstochowy Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej w CCŚ.
2. Przy sporządzaniu Oświadczenia o stanie kontroli zarządczej w CCŚ Dyrektor bierze pod uwagę wyniki przeprowadzonych kontroli i audytów, a także informacje przekazane przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Kontroli Zarządczej dotyczące:
   1) wyników samooceny kontroli zarządczej,
   2) stopnia realizacji Planu działalności CCŚ,
   3) procesów zarządzania ryzykiem.

**§ 21.**

Gdyby termin wykonania obowiązków określonych niniejszą Procedurą przypadał na dzień wolny od pracy, wykonanie obowiązku powinno nastąpić w pierwszym dniu roboczym.

**§ 22.**

Integralną część niniejszej Procedury stanowią niżej wymienione załączniki:

1) Załącznik nr 1 – wykaz regulacji wewnętrznych dokumentujących system kontroli zarządczej w Częstochowskim Centrum Świadczeń – w podziale na grupy odpowiadające poszczególnym elementom kontroli zarządczej,
2) Załącznik nr 2 – Cele i zadania oraz mierniki ich realizacji,
3) Załącznik nr 3 – Plan działalności Częstochowskiego Centrum Świadczeń,
4) Załącznik nr 4 – Informacja o stopniu realizacji wyznaczonych celów i zadań oraz wartości osiągniętych mierników,
5) Załącznik nr 5 – Kwestionariusz zarządzania ryzykiem,
6) Załącznik nr 6 – Rejestr ryzyk w Częstochowskim Centrum Świadczeń,
7) Załącznik nr 7 – Raport z zarządzania ryzykiem,
8) Załącznik nr 8 – Raport roczny z zarządzania ryzykiem w Częstochowskim Centrum Świadczeń,
9) Zaląćznik nr 9 – Kwestionariusz samooceny kontroli zarządczej.