Zarządzenie Nr 327

WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO

z dnia 15 listopada 2011 r.

w sprawie kontroli zarządczej w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu

Na podstawie art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.) i art. 17 ustawy o wojewodzie i administracji rządowej w województwie z dnia 23 stycznia 2009 roku (Dz. U. z 2009 r. Nr 31, poz. 206 z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1. W celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania kontroli zarządczej w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu wprowadza się:
1) „Szczegółowe zasady kontroli zarządczej w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu", stanowiące załącznik Nr 1do zarządzenia;
2) „Zasady zarządzania ryzykiem w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu", stanowiące załącznik Nr 2 do zarządzenia;
3) „Ankietę do samooceny kontroli zarządczej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu – kadra kierownicza", stanowiącą załącznik Nr 3 do zarządzenia;
4) „Ankietę do samooceny kontroli zarządczej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu – pracownicy", stanowiącą załącznik Nr 4 do zarządzenia;
5) „Harmonogram czynności związanych z kontrolą zarządczą w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu, stanowiący załącznik Nr 5 do zarządzenia.

§ 2. Ilekroć w zarządzeniu oraz dokumentach wskazanych w § 1 jest mowa o:
1) Urzędzie – należy przez to rozumieć Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu;
2) komórce organizacyjnej – należy przez to rozumieć komórki wskazane w § 7 Statutu Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu;
3) Wojewodzie – należy przez to rozumieć Wojewodę Dolnośląskiego;
4) Dyrektorze Generalnym – należy przez to rozumieć Dyrektora Generalnego Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu;
5) Kierownictwie Urzędu – należy przez to rozumieć Wojewodę Dolnośląskiego, Wicewojewodę Dolnośląskiego, Dyrektora Generalnego Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu oraz dyrektorów wydziałów i biur oraz kierujących komórkami wskazanymi w § 8 ust. 2 Statutu Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu;
6) kierownikach komórek organizacyjnych Urzędu – należy przez to rozumieć dyrektorów wydziałów i biur oraz kierujących komórkami wskazanymi w § 8 ust. 2 Statutu Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu;
7) Regulaminie Urzędu – należy przez to rozumieć Regulamin Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu;
8) Statucie Urzędu – należy przez to rozumieć Statut Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu;
9) Systemie Zarządzania Jakością – należy przez to rozumieć wdrożony, utrzymywany i certyfikowany System Zarządzania jakością zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2009.

§ 3.1. Kontrolę zarządczą stanowi ogół działań podejmowanych przez Kierownictwo Urzędu dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, skuteczny, efektywny, oszczędny i terminowy.

2. Kontrola zarządcza pozostaje w ścisłym powiązaniu z kompleksowo rozumianymi procesami zarządzania Urzędem, przy czym najistotniejszy jej element stanowi System Zarządzania Jakością poprzez realizowany system wyznaczania celów procesów i zadań oraz monitorowania stopnia ich realizacji.

3. Kontrolę zarządczą w Urzędzie stanowi również:

1) kontrola instytucjonalna realizowana przez Najwyższą Izbę Kontroli, Urząd Kontroli Skarbowej, itp.;
2) audyt wewnętrzny rozumiany jako działalność niezależna i obiektywna, w szczególności w zakresie oceny zarządzania ryzykiem w Urzędzie, realizacji celów i zadań oraz czynności doradcze;
3) kontrola funkcjonalna sprawowana przez osoby zajmujące stanowiska kierownicze w urzędzie w odniesieniu do podległych pracowników;
4) kontrola wewnętrzna i zewnętrzna, wykonywana zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach;
5) samokontrola pracownicza, polegająca na kontroli prawidłowości pracy własnej pod kątem zgodności z przepisami prawa, obowiązującymi w Urzędzie uregulowaniami wewnętrznymi i procedurami Systemu Zarządzania Jakością. Do samokontroli zobowiązani są wszyscy pracownicy Urzędu bez względu na zajmowane stanowisko i rodzaj wykonywanej pracy.

§ 4. Celem kontroli zarządczej jest w szczególności 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.

§ 5. Podstawowe funkcje kontroli zarządczej w Urzędzie to:

1) monitorowanie stopnia realizacji ustalonych celów i zadań oraz ocena prawidłowości ich wykonywania;
2) dostarczanie Kierownictwu Urzędu i pracownikom informacji niezbędnych do podejmowania decyzji oraz o występujących nieprawidłowościach, zaniedbaniach i nadużyciach;
3) wskazywanie kierunków prawidłowego działania oraz sposobów likwidacji ewentualnych nieprawidłowości;
4) zapobieganie występowaniu niekorzystnych zjawisk oraz stymulowanie pożądanych zachowań.

§ 6.1. Za zapewnienie funkcjonowania adekwatnej i skutecznej kontroli zarządczej odpowiedzialny jest Wojewoda Dolnośląski.

2. Bezpośredni nadzór nad funkcjonowaniem kontroli zarządczej w Urzędzie sprawuje, w imieniu Wojewody, Dyrektor Generalny.

3. Kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu odpowiadają za skuteczne funkcjonowanie kontroli zarządczej w podległych komórkach organizacyjnych, w szczególności poprzez:

1) realizowanie wyznaczonych zadań i określonych celów w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy;
2) wyznaczanie mierników realizacji celów i zadań oraz monitorowanie stopnia ich realizacji;
3) bieżące identyfikowanie i monitorowanie ryzyk związanych z realizacją celów i zadań;
4) prawidłową realizację ustalonych mechanizmów kontroli, procedur Systemu Zarządzania Jakością, zasad etycznych;
5) zarządzanie ryzykiem i działaniami przeciwdziałającymi wystąpieniu zdarzeń objętych tym ryzkiem;

6) organizację i przeprowadzanie samooceny funkcjonowania kontroli zarządczej;
7) adekwatne i terminowe przekazywanie wymaganych informacji, analiz i sprawozdań związanych z oceną funkcjonowania kontroli zarządczej;
8) wyznaczenie osoby odpowiedzialnej w komórce organizacyjnej za prowadzenie spraw związanych z kontrolą zarządczą.

§ 7.1. Wyniki monitoringu realizacji celów i zadań, wyniki kontroli zewnętrznych i wewnętrznych, rezultaty zarządzania ryzykiem, w szczególności skuteczności działań przeciwdziałających, wnioski audytu wewnętrznego, sprawozdania z funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością oraz wyniki samooceny, z uwzględnieniem innych źródeł informacji, są podstawą do złożenia przez Wojewodę oświadczenia o stanie kontroli zarządczej za rok poprzedni.

2. W przypadku zastrzeżeń do funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej Dyrektor Generalny uzgadnia z Wojewodą plan działań mający na celu poprawę funkcjonowania kontroli zarządczej. Podjęte w tym zakresie decyzje są przekazywane do realizacji komórkom organizacyjnym Urzędu.

3. Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej podlega publikacji na stronach Biuletynu Informacji Publicznej.

§ 8. Wykonanie zarządzenia powierza się Dyrektorowi Generalnemu oraz Kierownikom komórek organizacyjnych Urzędu.

§ 9. Traci moc zarządzenie Nr 214 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 20 lipca 2010 roku w sprawie ustalenia zasad kontroli zarządczej w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu.

§ 10. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

A. M. S.

Aleksander Marek Skorupa

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr. 327
Wojewody Dolnośląskiego
z dnia ..15..listopada 2011 r.

Szczegółowe zasady kontroli zarządczej

w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Zasady kontroli zarządczej zostały opracowane na podstawie:
1) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz.U. z 2009 r. Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.);
2) rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 września 2010 roku w sprawie planu działalności i sprawozdania z jego wykonania (Dz.U. z 2010 r. Nr 187, poz. 1254);
3) rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 2 grudnia 1010 roku w sprawie wzoru oświadczenia o stanie kontroli zarządczej (Dz.U. z 2010 r. Nr 238, poz. 1581);
4) komunikatu Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 roku w sprawie standardów kontroli zarządczej (Dz.Urz.M.F. z 2009 r. Nr 15, poz. 84);
5) komunikatu Nr 3 Ministra finansów z dnia 16 lutego 2011 roku w sprawie szczegółowych wytycznych w zakresie samooceny kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (Dz.Urz.M.F z 2011 r. Nr 2, poz. 11).

Rozdział 2

Środowisko wewnętrzne

§ 2.1. Środowisko wewnętrzne jest fundamentem dla pozostałych elementów kontroli zarządczej i w sposób zasadniczy wpływa na jej jakość.
2. Właściwe środowisko wewnętrzne w Urzędzie determinują: przestrzeganie wartości etycznych, kompetencje zawodowe, struktura organizacyjna oraz delegowanie uprawnień.

§ 3.1. Nadrzędne wartości etyczne zapisane zostały w Kodeksie Etyki Służby Cywilnej oraz Europejskim Kodeksie Dobrej Administracji.
2. Kierownictwo Urzędu odpowiedzialne jest za propagowanie wartości etycznych, które powinny wykraczać poza zwykłą zgodność z prawem.
3. Pracownicy Urzędu są świadomi wartości etycznych przyjętych w Urzędzie, przestrzegają ich przy wykonywaniu powierzonych zadań, prezentują i dbają o wysoki poziom osobistej i zawodowej uczciwości oraz ściśle przestrzegają wszystkich obowiązujących w Urzędzie przepisów prawnych i procedur wewnętrznych.
4. Pracownicy są świadomi konsekwencji wynikających z nieetycznego zachowania lub działań niezgodnych z prawem, szczególnie że każdy przypadek niewłaściwego zachowania jest poddawany analizie i stanowi podstawę do oceny pracownika.
5. W Urzędzie działa Rzecznik dyscyplinarny i Komisja dyscyplinarna.

6. Prowadzone jest monitorowanie dodatkowego zatrudnienia pracowników korpusu służby cywilnej oraz podejmowanie zajęć zarobkowych przez urzędników służby cywilnej.

§ 4.1. Dla zapewnienia posiadania odpowiednich kompetencji zawodowych przez pracowników Urzędu ustalono i sformalizowano zasady postępowania w takich obszarach jak: nabór, ocena, wynagrodzenie i awansowanie pracowników, a także szkolenia i odpowiedzialność pracowników.

2. Kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu określają poziom kompetencji, wiedzy, umiejętności i predyspozycji do wykonywania określonych zadań, co ma odzwierciedlenie w zatwierdzanych przez Dyrektora Generalnego opisach stanowisk pracy i w procesie ich wartościowania.

3. Kryteria naboru sporządzane na podstawie zatwierdzonego opisu stanowiska pracy zapewniają wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko oraz gwarantują, że pracownicy Urzędu posiadają poziom wiedzy, umiejętności i doświadczenia zawodowego, który pozwala im skutecznie i efektywnie wypełniać powierzone obowiązki.

4. Pracownicy Urzędu uczestniczą w szkoleniach oraz dbają o ciągłe poszerzanie i aktualizowanie koniecznego zakresu wiedzy.

5. Zgodnie z obowiązującymi przepisami i w oparciu o ustalone zasady przeprowadzane są pierwsze oceny oraz okresowe oceny członków korpusu służby cywilnej. Oceny sporządzane są na piśmie, a oceniani pracownicy mają możliwość zapoznania i odniesienia się do nich.

§ 5.1. Właściwa struktura organizacyjna Urzędu jest ustalona w Statucie Urzędu i dostosowywana do zmieniających się warunków działania, celów i zadań.

2. Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych Urzędu jest przejrzysty, spójny i określony w formie Regulaminu Urzędu.

3. Kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu przedstawiają i na bieżąco aktualizują zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności dla podległych im pracowników.

§ 6.1. Zakres uprawnień powierzonych pracownikom jest precyzyjnie określony w udzielonych imiennych pisemnych upoważnieniach udzielanych przez Wojewodę lub Dyrektora Generalnego.

2. Zakres delegowanych uprawnień jest odpowiedni do wagi podejmowanych decyzji, stopnia ich skomplikowania i ryzyka z nimi związanego. Delegowane są przede wszystkim uprawnienia do podejmowania decyzji o bieżącym charakterze, a ich przyjecie jest zawsze potwierdzane podpisem.

3. Kierownictwo Urzędu jest świadome, że ponosi odpowiedzialność za całość gospodarki finansowej Urzędu, niezależnie od stopnia w jakim delegowało uprawnienia i obowiązki w tym zakresie pracownikom.

Rozdział 3

Cele i zarządzanie ryzykiem

§ 7.1. Kierownictwo Urzędu wskazuje cel istnienia Urzędu w postaci krótkiego i syntetycznego opisu misji, która jest precyzyjnym, zrozumiałym dla pracowników i klientów określeniem zamierzeń i aspiracji w ujęciu wizji strategicznej dla potrzeb zarządzania.

2. Misja Urzędu stanowi element Polityki Jakości, dokumentu zatwierdzanego przez Wojewodę Dolnośląskiego, Wicewojewodę Dolnośląskiego i Dyrektora Generalnego.

3. Misja Urzędu co najmniej raz do roku jest przeglądana i aktualizowana pod względem spełnienia kryteriów:

1) przejrzystości – rozumianej jako łatwość w odbiorze przez wszystkich interesariuszy, pozwalającej sformułować cele;

2) adekwatności – nawiązującej do wartości usług administracyjnych, z których korzystają klienci;
3) wiarygodności – czyli prawdziwości i żywotności;
4) skuteczności – czyli motywowania do działania, dzięki któremu pracownicy maja świadomość, że ich rola jest ważna w funkcjonowaniu Urzędu.

4. Ocena aktualności i adekwatności misji przeprowadzana jest podczas przeglądu Systemu Zarządzania Jakością realizowanego przez Kierownictwo Urzędu i Radę Jakości.

§ 8.1. W Urzędzie, dokonywany jest proces identyfikacji i określenia celów i zadań oraz monitorowania i oceniania ich realizacji na podstawie mierników.

2. Identyfikacja celów oraz mierników oceny ich realizacji odbywa się na dwóch poziomach:
1) celów i zadań strategicznych oraz ich mierników – wyznaczanych przez Kierownictwo Urzędu, zawartych w Polityce Jakości;
2) celów i zadań procesowych oraz ich mierników – wyznaczanych na poziomie komórek organizacyjnych Urzędu dla poszczególnych procesów, zawartych w *„Kartach procesów"*.

3. Za identyfikację oraz bieżącą aktualizację celów i zdań procesowych, ściśle związanych z zadaniami merytorycznymi wskazanymi w Regulaminie Urzędu, odpowiadają kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu.

4. Kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu zapewniają definiowanie odpowiednich mierników określających stopień realizacji celów procesowych i ich planowane wartości, które pozwolą na dokonanie pomiaru efektów kontroli zarządczej.

5. Kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu odpowiadają za ciągły proces monitowania stopnia realizacji wyznaczonych celów strategicznych i procesowych oraz podejmowanie zadań służących realizacji tych celów.

6. Ocena stopnia realizacji celów procesowych przeprowadzana jest co najmniej raz do roku podczas przeglądu Systemu Zarządzania Jakością na podstawie osiągniętej wartości mierników na koniec roku, którego dotyczy w porównaniu do wartości planowanej.

7. Biuro Organizacyjno – Administracyjne, na podstawie informacji przekazanych przez komórki organizacyjne Urzędu zawartych w opisach procesów w postaci Kart procesów oraz informacji na przegląd Systemu Zarządzania Jakością, sporządza i publikuje:
1) „Plan działalności Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu" w terminie do 30 listopada;
2) „Sprawozdanie z wykonania planu działalności Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu" w terminie do dnia 15 kwietnia po roku, którego dotyczy;
– zgodnie ze wzorami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Finansów w sprawie planu działalności i sprawozdania z jego wykonania.

§ 9. Identyfikacja, analiza i ustalenie reakcji na ryzyka oraz nadzór nad działaniami przeciwdziałającymi odbywa się zgodnie z *„Zasadami zarządzania ryzykiem w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu"* (załącznik nr 2 do zarządzenia Wojewody Dolnośląskiego *w sprawie kontroli zarządczej w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu*).

Rozdział 4

Mechanizmy kontroli

§ 10. Do podstawowych mechanizmów kontroli należą: dokumentowanie systemu kontroli zarządczej, nadzór, ciągłość działania, ochrona zasobów, szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych.

§ 11. 1. Dokumentację systemu kontroli zarządczej stanowią zarządzenia Wojewody Dolnośląskiego i Dyrektora generalnego, procedury wewnętrzne, instrukcje, wytyczne, dokumenty

określające zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników, rejestry ryzyk i inne dokumenty wewnętrzne.

2. Dokumentacja systemu kontroli jest spójna i dostępna dla wszystkich osób, dla których jest niezbędna.

3. Tworzenie, aktualizacja i nadzór nad głównymi regulacjami kontroli zarządczej odbywa się na zasadach obowiązujących w Systemie Zarządzania Jakością.

§ 12. 1. W ramach hierarchii służbowej prowadzony jest nadzór, który ma na celu uzyskanie zapewnienia, że Urząd:

1) osiąga swoje cele w sposób oszczędny, efektywny i skuteczny;

2) działa zgodnie z przepisami prawa oraz aktami wewnętrznymi i wytycznymi kierownictwa;

3) funkcjonuje zgodnie z przyjętym i wdrożonym Systemem Zarządzania Jakością;

4) posiada mechanizmy, które umożliwiają zapobieganie i wykrywanie błędów, problemów i nieprawidłowości.

2. Nadzór kierowniczy obejmuje w szczególności jasne komunikowanie obowiązków, zadań i odpowiedzialności każdemu z pracowników i systematyczną ocenę ich pracy w niezbędnym zakresie oraz zatwierdzenie wyników pracy w decydujących momentach w celu uzyskania zapewnienia, że przebiega ona zgodnie z zamierzeniami.

3. Przypadki, w których ze względu na nadzwyczajne okoliczności odstąpiono od procedur, są uzasadnione i zatwierdzone przez upoważnione osoby oraz mają charakter czasowy.

§ 13.1. Na bieżąco podejmowane są w Urzędzie działania mające na celu utrzymanie w każdym czasie i okolicznościach ciągłości działalności, w szczególności operacji finansowych i gospodarczych oraz ochrona zasobów finansowych, materialnych i informacyjnych.

2. Utrzymanie ciągłości działania jest monitowane poprzez wykorzystywanie wyników analizy ryzyka oraz bieżąca kontrolę operacji finansowych.

3. W Urzędzie został określony i zakomunikowany system zastępstw pracowniczych oraz system delegowania uprawnień i odpowiedzialności.

§ 14.1. Dostęp do zasobów materialnych, finansowych, informacyjnych Urzędu mają jedynie upoważnione osoby, które są odpowiedzialne za ochronę i właściwe wykorzystanie tych zasobów.

2. Kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu odpowiedzialni są za przeprowadzanie okresowych porównań rzeczywistego stanu zasobów z zapisami w stosownych dokumentach.

3. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa stan składników majątkowych sprawdzany jest w trakcie inwentaryzacji, przeprowadzanej na podstawie szczegółowych przepisów wewnętrznych.

4. Kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu oraz Biuro Organizacyjno – Administracyjne sprawują doraźny nadzór nad ruchem składników majątkowych.

5. W Urzędzie istnieją odpowiednie ograniczenia i środki kontroli dostępu do budynków, obiektów i pomieszczeń oraz zapewniono ich ochronę.

6. Za mienie Urzędu oraz jego zabezpieczenie odpowiada Dyrektor Generalny.

§ 15.1. W Urzędzie szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych zostały uregulowane odrębnymi przepisami wewnętrznymi.

2. Ogólne zasady obowiązujące w zakresie szczegółowych mechanizmów kontroli operacji finansowych i gospodarczych są następujące:

1) przebieg procesów finansowych jest stale monitorowany;

2) precyzyjnie określono zakres uprawnień Kierownictwu Urzędu oraz delegowanych poszczególnym pracownikom w zakresie prowadzenia, zatwierdzania, rejestrowania i sprawdzania operacji finansowych, gospodarczych i innych zdarzeń związanych z pozyskiwaniem i wydatkowaniem środków publicznych, przy czym poszczególne zadania są rozdzielne pomiędzy różnych pracowników Urzędu;

3) każda operacja finansowa jest utrwalana w postaci odpowiedniego dokumentu i rejestrowana w księgach rachunkowych oraz następnie uwzględniana w sprawozdawczości okresowej;

4) informacje finansowe są rzetelne i tworzone terminowo.

3. Kontrolę operacji finansowych prowadzi się w formie:

1) kontroli wstępnej – przeprowadzanej przed podjęciem czynności powodującej skutki finansowe lub majątkowe, w celu zapobieżenia zaistnieniu zjawisk niezgodnych z obowiązującymi procedurami. Obejmuje sprawdzenie projektów umów, porozumień, kosztorysów i innych dokumentów ujmujących treść przyszłych operacji finansowych;

2) kontroli bieżącej – polegającej na sprawdzaniu czynności i wszelakiego rodzaju operacji finansowych w trakcie ich wykonywania w celu stwierdzenia czy realizacja przebiega prawidłowo i zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

3) kontroli następczej – dotyczącej sprawdzenia dokumentów odzwierciedlających czynności już dokonane i ich prawidłowości.

§ 16.1. W Urzędzie funkcjonują mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych służące zapewnieniu bezpieczeństwa danych i systemów informatycznych.

2. Funkcjonowanie mechanizmów kontroli systemów informatycznych zapewnione jest przez służby informatyczne Biura Informatyki i Obsługi Urzędu, a stanowią je:

1) dokumentacja systemów;

2) kontrola dostępu;

3) kontrola oprogramowania systemowego;

4) kontrola zmian w aplikacjach;

5) podział obowiązków;

6) ciągłość działalności;

7) kontrole aplikacyjne.

3. Podstawową dokumentacją funkcjonowania kontroli systemów informatycznych jest dokumentacja techniczna i instrukcje obsługi oprogramowania i aplikacji informatycznych stosowanych w Urzędzie.

4. Administratorzy systemów informatycznych dbają o definiowanie ustalonego przepisami wewnętrznymi poziomu dostępu poszczególnych użytkowników aplikacji informatycznych oraz kontrole i zabezpieczenie tego dostępu.

5. Służby informatyczne Biura Informatyki i Obsługi Urzędu odpowiadają za serwis sprzętu i oprogramowania informatycznego oraz za zapewnienie ciągłości pracy, a także za wykonywanie i przechowywanie kopii zapasowych oprogramowania oraz baz danych.

6. W celu podniesienia w Urzędzie poziomu bezpieczeństwa w obszarze ryzyk informatycznych - personel informatyczny i użytkownicy posiadają wystarczającą wiedzę i są świadomi zagrożeń w systemach informatycznych, rozumieją dlaczego zabezpieczenia są niezbędne oraz jak prawidłowo je użytkować. Dozwolone jest korzystanie wyłącznie z autoryzowanego oprogramowania i w zakresie przydzielonego dostępu niezbędnego do realizacji obowiązków służbowych.

7. W Urzędzie działa Administrator Bezpieczeństwa Informacji, który w zakresie działania między innymi sprawuje nadzór nad funkcjonowaniem systemu zabezpieczeń teleinformatycznych, a także wyznacza zasady postępowania w przypadku naruszenia bezpieczeństwa informacji oraz prawidłowej reakcji na incydenty.

Rozdział 5

Informacja i komunikacja

§ 17.1. Informacja i komunikacja zapewnia wszystkim pracownikom Urzędu dane niezbędne do wykonywania przez nich obowiązków.

2. Istniejący system komunikacji wewnętrznej umożliwia przepływ niezbędnych informacji w kierunku poziomym i pionowym, a należą do niego:

1) korespondencja pisemna oraz adnotacje na pismach dekretowanych;

2) system elektronicznego obiegu dokumentacji;
3) platforma Intranet do elektronicznej wymiany informacji wewnątrz Urzędu;
4) ustne przekazywanie informacji (telefonicznie lub w kontaktach bezpośrednich);
5) poczta elektroniczna dostępna dla użytkowników sieci informatycznej Urzędu;
6) cykliczne spotkania Kierownictwa Urzędu z kierownikami komórek organizacyjnych;
7) spotkania i narady kierownictwa komórek organizacyjnych Urzędu z podległymi pracownikami;
8) przeglądy Systemu Zarządzania Jakością realizowane przez Radę Jakości;
9) umieszczenie informacji na tablicach ogłoszeń.

3. Kierownicy komórek organizacyjnych na bieżąco przekazują podległym pracownikom wszystkie informacje i przydzielają zadania do realizacji oraz w ramach sprawowanej kontroli funkcjonalnej w sposób ciągły monitorują prawidłowość i terminowość załatwiania spraw, sposób prowadzenia dokumentacji, redagowania pism i stosowania pieczęci.

4. Ze względu na szczególne znaczenie stosowania przez Urząd przepisów prawa zapewniony został dostęp pracowników do aktualnie obowiązujących przepisów poprzez system informacji prawnej, elektroniczny dostęp do serwisu Rządowego Centrum Legislacji.

5. Do bieżącego monitorowania zmian w prawodawstwie zobowiązani są pracownicy w zakresie wykonywanych obowiązków oraz Wydział Nadzoru i Kontroli na potrzeby całego Urzędu.

6. W miarę potrzeby przygotowywana jest i rozsyłana do zainteresowanych informacja o zmianach w obowiązującym prawie i skutkach, jakie one niosą w zakresie realizowanych zadań.

§ 18.1. Klienci Urzędu mają zagwarantowany dostęp do uzyskania informacji o usługach świadczonych przez Urząd, sposobie załatwiania spraw i obowiązujących przy tym wymogach oraz zasadach wnoszenia odwołań.

2. Sposób postępowania oraz załatwiania spraw w Urzędzie komunikowany jest zainteresowanym przez:
1) Punkt Obsługi Klienta i Punkt Informacji Paszportowej;
2) Karty Informacyjne publikowane w Poradniku Klienta;
3) stronę internetową i Biuletyn Informacji Publicznej;
4) bezpośredni kontakt z pracownikami;
5) informacje umieszczone na tablicach ogłoszeń;
6) publikacje zamieszczane w miejscowych mediach (prasa, radio, telewizja).

3. Kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu odpowiadają za aktualność publikacji informacyjnych oraz za udostępnienie informacji publicznej w zakresie kompetencji i zadań realizowanych przez komórkę organizacyjną.

§ 19. Informacje o działalności Wojewody i Urzędu przygotowuje dla mediów Biuro Prasowe Wojewody.

Rozdział 6

Monitorowanie i ocena

§ 20. Monitorowanie i ocena ma za zadanie zapewnić funkcjonowanie w Urzędzie adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej.

§ 21.1. Kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu są zobowiązani do bieżącego i ciągłego procesu monitorowania skuteczności poszczególnych elementów systemu kontroli zarządczej, w celu umożliwienia bieżącego rozwiązywania zidentyfikowanych problemów oraz realizacji założonych celów i zadań.

2. Monitorowanie założonych celów i zadań odbywa się na podstawie wyznaczonych mierników dla każdego realizowanego i opisanego w Systemie Zarządzania Jakością procesu oraz oceny skuteczności działań podejmowanych w celu zmniejszenia ryzyka do poziomu akceptowalnego.

3. Wszystkie komórki organizacyjne Urzędu zobowiązane są przedłożyć Dyrektorowi Generalnemu informację, o której mowa w rozdziale 8 *„Zasad zarządzania ryzykiem w Dolnośląskim urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu"* (załącznik nr 2 do zarządzenia Wojewody Dolnośląskiego *w sprawie kontroli zarządczej w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu*), za rok poprzedni z realizacji zadań i osiągnięcia celów procesów, a także działań doskonalących i ich skuteczności dla osiągnięcia akceptowalnego poziomu ryzyka.

4. Informacja, o której mowa w ust. 3, stanowi element danych wejściowych na przegląd Systemu Zarządzania Jakością przeprowadzanego co najmniej raz do roku przez Radę Jakości.

§ 22.1. Samoocena skuteczności systemu kontroli zarządczej dokonywana jest co najmniej raz do roku przez kierowników komórek organizacyjnych Urzędu i pracowników na podstawie:
1) „Ankiety do samooceny kontroli zarządczej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu – kadra kierownicza";
2) „Ankiety do samooceny kontroli zarządczej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu – pracownicy".

2. Badanie ankietowe swoim zakresem obejmuje cały Urząd, ale przeprowadzane jest na grupie wyznaczonych osób:
1) wszystkich kierowników komórek organizacyjnych Urzędu;
2) wszystkich kierowników oddziałów lub ich zastępców;
3) losowo wybrana grupa stanowiąca co najmniej 10% pracowników każdej komórki organizacyjnej.

3. Za przeprowadzenie i przekazanie do Biura Organizacyjno – Administracyjnego samooceny w terminie do 15 marca każdego roku odpowiadają kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu.

4. Na stanowisku ds. systemów zarządzania jakością w Biurze Organizacyjno – Administracyjnym zestawiane są i porównywane wyniki samooceny .

§ 23. W przypadkach i na warunkach określonych w ustawie o finansach publicznych audyt wewnętrzny prowadzi obiektywną i niezależną ocenę systemu kontroli zarządczej, a także czynności doradcze, które stanowią istotne wsparcie Kierownictwa Urzędu w osiągnięciu skuteczności kontroli zarządczej.

§ 24.1. Źródłem uzyskania zapewnienia o stanie kontroli zarządczej przez Wojewodę są w szczególności wyniki: monitorowania realizacji celów i zdań, analiza ryzyka, samooceny, oceny funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością oraz przeprowadzonych audytów i kontroli.

2. Wojewoda do końca kwietnia każdego roku składa oświadczenie o stanie kontroli zarządczej za poprzedni rok zgodnie ze wzorem określonym przez rozporządzenie Ministra Finansów.

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 327
Wojewody Dolnośląskiego
z dnia 15 listopada 2011 r.

Zasady zarządzania ryzykiem

w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu

Rozdział 1
Postanowienia ogólne

§ 1. Zasady kontroli zarządczej zostały opracowane na podstawie:
1) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz.U. z 2009 r. Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.);
2) komunikatu Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 roku w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz.Urz.M.F. z 2009 r. Nr 15 poz. 84).

§ 2. Ilekroć w zasadach zarządzania ryzykiem jest mowa o:
1) ryzyku – należy przez to rozumieć prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, działanie, brak działania mającego negatywny wpływ na wykonywanie zadań lub osiągnięcie celów. Skutkiem ryzyka może być szkoda w majątku Urzędu lub jego reputacji, ewentualnie utrata szansy w związku z niewykorzystaniem wszystkich możliwości (osiągnięcie mniej niż to było możliwe). Ryzyko odnosi się zawsze do zdarzeń przyszłych;
2) zarządzaniem ryzykiem – należy przez to rozumieć system metod i działań zmierzających do obniżenia oddziaływania ryzyka;
3) skutku wystąpienia ryzyka – należy przez to rozumieć wpływ zdarzenia objętego ryzykiem na realizację celów i zadań;
4) prawdopodobieństwie wystąpienia ryzyka – należy przez to rozumieć częstotliwość występowania zdarzenia objętego ryzykiem;
5) istotności ryzyka – należy przez to rozumieć kombinację skutku ryzyka i prawdopodobieństwa jego ziszczenia się;
6) akceptowalnym poziomie ryzyka – należy przez to rozumieć ustalony poziom istotności ryzyka, przy którym nie jest wymagane podejmowanie działań przeciwdziałających ryzyku;
7) przeglądzie zarządzania – należy przez to rozumieć formalną ocenę stanu systemu i jego adekwatności przeprowadzany systematycznie przez Radę Jakości;
8) Radzie Jakości – zespół powołany przez Dyrektora Generalnego do przeglądu i oceny funkcjonowania systemów zarządzania w Urzędzie oraz inicjowania decyzji w zakresie doskonalenia.
9) karcie procesu – należy przez to rozumieć dokument zawierający podstawowe dane odnośnie procesu zapewniający jego prawidłowy przebieg, skuteczny nadzór oraz monitorowanie celów i zadań w aspekcie zarządzania poziomem ryzyka.

Rozdział 2
Cel zarządzania ryzykiem

§ 3.1. Ryzyko jest nieodłącznym elementem w procesie zarządzania, zjawiskiem którego nie można całkowicie wyeliminować, zatem w Urzędzie konieczne jest koncentrowanie się na tym, aby rozpoznać i określić działania zmniejszające ryzyko do akceptowalnego poziomu.

2. Uwzględniając istotę ryzyka związanego z realizacją celu oraz przeszkody w jego osiągnięciu sformułowano i przyjęto cele o charakterze ogólnym – strategicznym, które zapisano w dokumencie *Polityka Jakości* oraz powiązane z nimi cele procesowe i zadania szczegółowe komórek organizacyjnych określone w *Kartach procesów*.

3. Poprzez analizę celów Kierownictwo Urzędu uzyskuje obraz potencjalnych zagrożeń dla realizacji swoich zadań.

4. Określenie misji oraz strategicznych celów Urzędu sprzyja ustaleniu hierarchii celów procesowych i zadań, przed jakimi stoi Urząd.

§ 4. Celem zarządzania ryzykiem jest:
1) usprawnienie procesu planowania;
2) zwiększenie prawdopodobieństwa realizacji zadań i osiągnięcia celów;
3) zapewnienie odpowiednich mechanizmów kontroli wewnętrznej;
4) zapewnienie Kierownictwu Urzędu wczesnej informacji o zagrożeniach dla realizacji wyznaczonych celów i zadań;
5) zapewnienie mechanizmów identyfikacji, wdrażania i nadzorowania działań zaradczych i doskonalących.

Rozdział 3
Identyfikacja ryzyka

§ 5. 1. Identyfikacja ryzyka polega na określeniu możliwych zagrożeń (zdarzeń), które mogą wystąpić jako przeszkody w realizacji celów i zadań wyznaczonych dla poszczególnych procesów.

2. Podczas identyfikacji należy przeanalizować i zapisać przyczyny wewnętrzne i zewnętrzne zagrożeń – ryzyk celów i zadań oraz możliwych scenariuszy rozwoju zdarzeń.

§ 6.1. Każde zidentyfikowane ryzyko podlega usystematyzowaniu poprzez przypisanie do jednej z czterech kategorii:
1) ryzyko finansowe to przykładowo:
- ryzyko związane z planowaniem dochodów i wydatków, dostępnością środków publicznych, dokonywaniem wydatków i pobieraniem dochodów,
- ryzyko związane z podejmowaniem decyzji finansowych, udzielaniem zamówień publicznych, zlecaniem zadań publicznych innym podmiotom,
- ryzyko związane z obowiązkiem zapłaty kwot pieniężnych tytułem np. odszkodowań, odsetek karnych, kosztów procesowych,
- ryzyko związane z wystąpieniem nieprawidłowości przy wydatkowaniu środków UE;

2) ryzyko dotyczące zasobów ludzkich to przykładowo:
- ryzyko związane z niedostateczną liczebnością personelu, wprowadzaniem nowych zadań bez zabezpieczenia etatowego,
- ryzyko związane z niedostatecznymi kompetencjami pracowników, posiadanymi uprawnieniami, wykształceniem i doskonaleniem zawodowym, w tym szkoleniami,
- ryzyko związane z przestrzeganiem zasad bhp, ze zdrowiem pracowników i wypadkami przy pracy;

3) ryzyko działalności to przykładowo:
- ryzyko związane z istnieniem, aktualnością lub adekwatnością regulacji wewnętrznych,

- ryzyko związane z niewłaściwą strukturą organizacyjną, organizacją pracy oraz przekazywaniem obowiązków i uprawnień, np. ryzyko nieprecyzyjnie określonych obowiązków, braku formalnie powierzonych obowiązków,
- ryzyko związane z prawidłowym funkcjonowaniem systemu kontroli wewnętrznej np. ryzyko nieskutecznych mechanizmów kontroli,
- ryzyko związane z jakością informacji, na podstawie których podejmowane są decyzje np. ryzyko braku komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej,
- ryzyko związane z reputacją Urzędu np. ryzyko negatywnych opinii,
- ryzyko związane z używanymi w Urzędzie systemami i programami informatycznymi oraz ochrona zawartych w nich danych, np. ryzyko awarii, ryzyko nieupoważnionej modyfikacji danych, ryzyko utraty danych;

4) ryzyko zewnętrzne to między innymi:
- ryzyko związane z funkcjonowaniem infrastruktury np. wyposażenia, bazy lokalowej, środków transportu i łączności,
- ryzyko związane z czynnikami gospodarczymi i ekonomicznymi, np. kursy walut, inflacja,
- ryzyko związane ze skomplikowaniem i zmianami prawa oraz niejednolitym orzecznictwem.

2. Za prawidłową i pełną identyfikację ryzyk związanych z celami procesów i zdaniami realizowanymi przez komórki organizacyjne Urzędu odpowiadają kierownicy tych komórek lub wyznaczeni przez nich pracownicy.
3. Zapisy potwierdzające identyfikację ryzyk zagrażających realizacji celów i zdań dokonywane są podczas aktualizacji opisów procesów stanowiących element Systemu Zarządzania Jakością.

Rozdział 4
Analiza ryzyka

§ 7. 1. Analiza ryzyka polega na określeniu prawdopodobieństwa ziszczenia się zdarzenia i skutku jaki to zdarzenie wywrze na realizację celów i zdań Urzędu.

2. Analiza odbywa się za pomocą oceny punktowej dokonywanej na bazie doświadczenia, posiadanej wiedzy i kwalifikacji zawodowych osoby dokonującej analizy.

3. W Urzędzie identyfikacja ryzyka polega na określeniu możliwych zagrożeń (zdarzeń), które mogą wystąpić jako przeszkody w realizacji celów i zadań wyznaczonych dla poszczególnych procesów.

§ 8.1. Określenie prawdopodobieństwa ryzyka polega na ustaleniu przewidywanej częstotliwości wystąpienia zdarzenia objętego ryzykiem realizacji zadań lub osiągania celów procesów.

2. Do określenia prawdopodobieństwa stosowany jest opis jakościowy, który polega na ocenie ziszczenia się ryzyka na jednym z poziomów:
1) **prawie pewnym**, kiedy istnieją uzasadnione powody aby sądzić, że zdarzenie będzie miało miejsce wielokrotnie w okresie kwartału;
2) **wysokim**, kiedy istnieją uzasadnione powody aby sądzić, że zdarzenie będzie miało miejsce wielokrotnie w ciągu roku;
3) **średnim**, kiedy istnieją uzasadnione powody aby sądzić, że zdarzenie będzie miało miejsce kilkakrotnie w ciągu roku;
4) **niskim**, kiedy istnieją uzasadnione powody aby sądzić, że zdarzenie będzie miało miejsce raz w ciągu roku lub nie zdarzy się w ciągu roku.

3. Poszczególnym poziomom prawdopodobieństwa przypisywana jest niżej podana wartość punktowa:
1) **4** – prawie pewnemu;
2) **3** – wysokiemu;
3) **2** – średniemu;
4) **1** – niskiemu.

§ **9.** 1. Określenie skutku ryzyka polega na ustaleniu przewidywanego wpływu, jaki będzie miało wystąpienie zdarzenia objętego ryzykiem dla realizacji zdań lub osiągania celów procesów.

2. Do określania skutku ryzyka używany jest opis jakościowy polegający na przypisaniu do jednego z poziomów:

1) **katastrofalny**, kiedy zdarzenie objęte ryzykiem powoduje krytyczne zagrożenie dla realizacji celów strategicznych i kluczowej działalności Urzędu oraz wywrze istotny wpływ na wyniki finansowe i stanie się ważnym wydarzeniem publicznym. Rozwiązanie problemu będzie wymagało bardzo dużego nakładu czasu, zasobów, w tym kierownictwa wyższego szczebla. Usuniecie skutków będzie bardzo trudne lub niemożliwe;

2) **poważny**, kiedy zdarzenie objęte ryzykiem powoduje uszczerbek mający duży wpływ na realizację kluczowych zadań albo osiąganie założonych celów. Skutkuje poważną strata finansową i stanie się ważnym wydarzeniem publicznym. Rozwiązanie problemu będzie wymagało znacznego nakładu czasu i zasobów, w tym kierownictwa wyższego szczebla. Usuniecie skutków będzie bardzo trudne lub proces przywracania do stanu poprzedniego będzie bardzo trudny;

3) **mały**, kiedy zdarzenie objęte ryzykiem powoduje stratę o charakterze finansowym lub posiadanych zasobów, przy czym nie jest ona zbyt dotkliwa w skutkach. Wystąpienie problemu może mieć ujemny wpływ na wyniki działalności i jakość wykonywanych zadań. Może spowodować zakłócenia w działalności, jednak zastosowanie przewidzianych mechanizmów i działań powinno zapobiec wystąpieniu negatywnych skutków zdarzenia;

4) **nieznaczny**, kiedy zdarzenie objęte ryzykiem powoduje niewielką stratę finansową, nie spowoduje trwałej szkody i wywrze mały wpływ na wyniki działalności. Nie wywrze wpływu na reputację Urzędu. Skutki zdarzenia można łatwo usunąć nieznacznym nakładem czasu i zasobów.

3. Poszczególnym poziomom skutku ryzyka przypisywana jest niżej podana wartość punktowa:

1) **4** – katastrofalnemu;
2) **3** – poważnemu;
3) **2** – małemu;
4) **1** – nieznacznemu.

§ **10.** 1. Poziom istotności ryzyka to iloczyn prawdopodobieństwa ziszczenia się zdarzenia objętego ryzykiem i skutków, jakie to zdarzenie może spowodować w realizacji zadań i celów procesów.

2. W oparciu o przedział wartości punktowej iloczynu prawdopodobieństwa i skutków ustalany jest poziom istotności ryzyka jako:

1) **poziom krytyczny** dla przedziału **16 – 12**, przy:
- prawie pewnym prawdopodobieństwie i katastrofalnym skutku,
- prawie pewnym prawdopodobieństwie i poważnym skutku,
- wysokim prawdopodobieństwie i katastrofalnym skutku;

2) **poziom wysoki** dla przedziału **9 – 6**, przy:
- prawie pewnym prawdopodobieństwie i małym skutku,
- wysokim prawdopodobieństwie i poważnym skutku,
- wysokim prawdopodobieństwie i małym skutku,
- średnim prawdopodobieństwie i katastrofalnym skutku,
- średnim prawdopodobieństwie i poważnym skutku;

3) **poziom umiarkowany** dla przedziału **4 – 3**, przy:
- prawie pewnym prawdopodobieństwie i nieznacznym skutku,
- wysokim prawdopodobieństwie i nieznacznym skutku,
- średnim prawdopodobieństwie i małym skutku,
- niskim prawdopodobieństwie i katastrofalnym skutku,
- niskim prawdopodobieństwie i poważnym skutku;

4) **poziom akceptowalny** dla przedziału **2 – 1**, przy:
- średnim prawdopodobieństwie i nieznacznym skutku,
- niskim prawdopodobieństwie i małym skutku,

- niskim prawdopodobieństwie i nieznacznym skutku.

§ 11. Z analizy zidentyfikowanych ryzyk przeprowadzonej poprzez ocenę punktową dokonuje się zapisów w opisach procesów zgodnie z wymaganiami Systemu Zarządzania Jakością.

Rozdział 5
Reakcja na ryzyko

§ 12. 1. Ryzyko akceptowalne oznacza tolerowanie istniejącego poziomu ryzyka, tj. świadome przyjęcie i udźwignięcie wszelkich konsekwencji wynikających z ewentualnego wystąpienia niekorzystnego zjawiska.

2. Ryzyko, którego poziom istotności jest akceptowalny nie wymaga podejmowania i wdrażania działań przeciwdziałających tj. korekcyjnych, korygujących lub zapobiegawczych.

§ 13.1. Ryzyko przekraczające poziom akceptowalny wymaga ustalenia i podjęcia działań ograniczających je do poziomu akceptowalnego poprzez zmniejszenie jego skutków lub prawdopodobieństwa ziszczenia się – działania przeciwdziałające ryzyku.

2. Metodami przeciwdziałania ryzyku są:
1) przeniesienie ryzyka – to działanie polegające na przeniesieniu skutków wystąpienia ryzyka na inny podmiot np. w drodze umowy ubezpieczenia, zlecenia usług na zewnątrz;
2) zmniejszenie ryzyka – polega na podejmowaniu określonych działań (korekcyjnych, korygujących lub zapobiegawczych) prowadzących do zmniejszenia prawdopodobieństwa lub skutków ryzyka;
3) wycofanie się – polega na zaniechaniu realizacji zadania.

§ 14. Do każdego ryzyka w zależności od poziomu jego istotności dobierana jest i zapisywana w opisie procesu zgodnego z System Zarządzania Jakością metoda reakcji na to ryzyko, która może być następująca:
1) akceptacja ryzyka;
2) przeniesienie ryzyka;
3) zmniejszenie ryzyka;
4) wycofanie się.

Rozdział 6
Projektowanie działań przeciwdziałających

§ 15.1. W celu określenia metody przeciwdziałania ryzyku należy przeanalizować:
1) przyczyny (źródła) ryzyka i możliwe scenariusze rozwoju wydarzeń;
2) skuteczność istniejących mechanizmów kontroli, tj. zakres w jakim przeciwdziałają ryzyku, a poprzez to ułatwiają lub utrudniają realizację ustalonych celów i zadań;
3) adekwatność metody do istotności ryzyka.

2. Dla każdego ryzyka przekraczającego akceptowalny poziom ryzyka (ryzyko krytyczne, wysokie i umiarkowane) należy zaplanować i określić działania przeciwdziałające pozwalające ograniczyć ryzyko do akceptowalnego poziomu.

§ 16. 1. Kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu zapewniają stosowanie metod i projektowanie działań przeciwdziałających ryzyku ustalonemu w opisach procesów.

2. Działaniami przeciwdziałającymi (zmniejszającymi) ryzyko mogą być następujące:
1) działania korekcyjne, czyli działania podejmowane w celu wyeliminowania istniejącego problemu jakościowego, zdarzenia objętego ryzykiem;
2) działania korygujące, czyli działania podejmowane w celu wyeliminowania przyczyny zidentyfikowanego problemu jakościowego, zdarzenia objętego ryzykiem;

3) działania zapobiegawcze, czyli działania profilaktyczne podejmowane w celu wyeliminowania potencjalnego (takiego, który jeszcze nie nastąpił) problemu jakościowego, zdarzenia objętego ryzykiem.

3. Nadzór nad zaplanowanymi działaniami zmniejszającymi ryzyko odbywa się na postawie procedury „*Działania doskonalące*" Sytemu Zarządzania Jakością.

Rozdział 7
Monitorowanie zidentyfikowanych ryzyk i działań przeciwdziałających

§ 17.1 Monitorowanie zidentyfikowanych ryzyk to ciągły i nieprzerwany proces obserwacji i nadzorowania zidentyfikowanych ryzyk, identyfikacji nowo powstałych zagrożeń oraz systematycznego oceniania skuteczności podejmowanych działań prewencyjnych.

2. Monitorowanie ryzyka dostarcza informacji niezbędnych do podejmowania decyzji wyprzedzających pojawienie się niekorzystnych zdarzeń.

§ 18. Celem monitorowania ryzyka jest ustalenie czy:
1) wdrożono zaplanowane działania przeciwdziałające ryzyku;
2) działania podejmowane w ramach reakcji na ryzyko skutkują oczekiwanymi rezultatami;
3) wystąpiły czynniki wyzwalające zidentyfikowane ryzyka;
4) wystąpiły nowe ryzyka, nierozpoznane wcześniej.

§ 19.1. Głównym narzędziem wspomagającym proces zarządzania ryzykiem jest określony system mierników pozwalający ocenić stopień osiągnięcia celu procesu i realizacji zadania.

2. Kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu odpowiadają za proces bieżącego monitorowania zidentyfikowanych ryzyk oraz realizację działań przeciwdziałających zdarzeniom objętych tym ryzykiem.

3. Każda zmiana, aktualizacja lub wycofanie zapisów związanych z zarządzaniem ryzykiem odbywa się zgodnie z zasadami nadzoru na dokumentami Systemu Zarządzania Jakością.

Rozdział 8
Raportowanie

§ 20.1. Informacje dotyczące zarządzania ryzykiem są elementem oceny funkcjonowania Systemem Zarządzania Jakością, oceny procesów ich monitorowania i pomiaru, a także identyfikacji działań doskonalących w przypadku niepełnego osiągnięcia celu czy realizacji zadania.

2. Informacja w zakresie zarządzania ryzykiem powinna zawierać:
1) wskazanie numeru procesu w ramach Systemu Zarządzania Jakością;
2) wskazanie celu procesu i zadań służących realizacji tego celi;
3) wskazanie miernika lub mierników realizacji celu;
4) określenie planowanej wartości miernika;
5) wskazanie podjętych zadań służących realizacji celu;
6) określenie osiągniętej wartości miernika;
7) wskazanie działań przeciwdziałających, doskonalących jakie podjęto;
8) określenie poziomu istotności ryzyka po zastosowaniu działań przeciwdziałających.
9) podanie przyczyn ewentualnej nieskuteczności działań ograniczających ryzyka do poziomu akceptowalnego w realizacji celów procesów lub zadań.

3. Kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu odpowiadają za przekazanie Dyrektorowi Generalnemu kompletnej informacji do dnia 15 marca, o której mowa w ust. 1, zgodnie z procedurą „*Przegląd zarządzania*" Systemu Zarządzania Jakością.

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 324/11
Wojewody Dolnośląskiego
z dnia 15 listopada 2011 r.

Ankieta do samooceny kontroli zarządczej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu – **kadra kierownicza**

Wydział / Biuro / Zespół: _____

Oddział: _____

L.p.	PYTANIE	TAK	NIE	Trudno ocenić	Odniesienie do regulacji: procedur, zasad, przyjętych rozwiązań lub wskazanie innych dowodów potwierdzających odpowiedź TAK, albo uzasadnienie odpowiedzi NIE; inne UWAGI.
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 Urzędzie?				
3.	Czy bierze Pani/Pan 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?				

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 DUW we Wrocławiu 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 Urzędu np. w postaci misji (poza statutem lub ustawą powołującą jednostkę)?				
16.	Czy w komórce zostały określone cele do osiągnięcia lub zadania do realizacji w bieżącym roku w innej formie niż regulamin organizacyjny czy statut (np. jako plan działalności, karta procesu itp.)?				
17.	Czy cele i zadania komórki mają określone mierniki, wskaźniki bądź inne kryteria, za pomocą których można sprawdzić czy cele i zadania zostały zrealizowane?				

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)?				
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				
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 Urzędzie (np. poprzez intranet)?				
26.	Czy w Urzędzie zostały zapewnione mechanizmy (procedury) służące utrzymaniu ciągłości działalności na wypadek awarii (np. pożaru, powodzi, poważnej awarii)?				
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 Urzędzie?				
31.	Czy Pani/Pana komórka organizacyjna utrzymuje kontakty z podmiotami zewnętrznymi, które mają efektywny wpływ na realizację jej zadań (np. z innymi urzędami, dostawcami, klientami)?				
32.	Czy w Urzędzie funkcjonuje efektywny system wymiany ważnych informacji z podmiotami zewnętrznymi (np. z innymi urzędami, dostawcami, klientami) mającymi wpływ na osiąganie celów i realizację zadań Pani/Pana komórki organizacyjnej?				
33.	Czy pracownicy w Pani/Pana komórce organizacyjnej zostali poinformowani o zasadach obowiązujących w Urzędzie 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?				
35.	Czy praca audytu wewnętrznego przyczynia się, Pani/Pana zdaniem, do lepszego funkcjonowania komórki organizacyjnej?				
32.	Czy wszystkie stanowiska pracy w komórce organizacyjnej zostały wyposażone w sprzęt i narzędzia niezbedne do relizacji zadań?				
33.	Czy pracownicy przestrzegają zasad i przepisów bhp?				

Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 327/11
Wojewody Dolnośląskiego
z dnia 15 listopada 2011 r.

Ankieta do samooceny kontroli zarządczej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu – **pracownicy**

Wydział / Biuro / Zespół: _____

Oddział: _____

L.p.	PYTANIE	TAK	NIE	Trudno ocenić	Odniesienie do regulacji: procedur, zasad, przyjętych rozwiązań lub wskazanie innych dowodów potwierdzających odpowiedź TAK, albo uzasadnienie odpowiedzi NIE; inne UWAGI.
1.	Czy Pani/Pan wie jakie zachowania pracowników uznawane są w Urzędzie za nieetyczne?				
2.	Czy Pani/Pan wie jak należy się zachować w przypadku, gdy będzie Pani/Pan świadkiem poważnych naruszeń zasad etycznych obowiązujących w Urzędzie?				
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 Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu?				
12.	Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej zostały określone cele do osiągnięcia lub zadania do realizacji w innej formie niż regulamin organizacyjny (np. plan działalności, karta procesu itp.)?				
13.	Czy cele i zadania Pani/Pana komórki organizacyjnej mają określone mierniki, wskaźniki bądź inne kryteria, za pomocą których można sprawdzić czy cele i zadania zostały zrealizowane?				
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 Urzędzie (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 DUW?				

29.	Czy Pani/Pana komórka organizacyjna utrzymuje kontakty z podmiotami zewnętrznymi, które mają efektywny wpływ na realizację jej zadań (np. z innymi urzędami, dostawcami, klientami)?				
30.	Czy zna Pani/Pan zasady kontaktów pracowników DUW z podmiotami zewnętrznymi (np. wnioskodawcami, dostawcami, oferentami) oraz swoje uprawnienia i obowiązki w tym zakresie?				
31.	Czy przełożeni na co dzień zwracają wystarczającą uwagę na przestrzeganie przez pracowników obowiązujących w Urzędzie zasad, procedur, instrukcji itp.?				
32.	Czy Pani/Pana stanowisko pracy zostało wyposażone w sprzęt i narzędzia niezbedne do relizacji zadań?				
33.	Czy znane są Pani/Panu zasady i przepisy bhp?				

Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 327
Wojewody Dolnośląskiego
z dnia 15 listopada 2011 r.

Harmonogram czynności związanych z kontrolą zarządczą w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu

Lp	Zadanie	Odpowiedzialność	Termin wykonania
1.	Aktualizacja **Kart procesów** z uwzględnieniem wymogów zasad kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem.	Kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu	**na bieżąco** (proces ciągły aktualizacji dokumentów SZJ)
2.	Informacja na przegląd zarządzania	Kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu	**do 15 marca** za rok poprzedni
3.	Plan działalności DUW we Wrocławiu	OA - Inspektor Wojewódzki ds. SZJ	**do 30 listopada** na rok następny
4.	Sprawozdanie z wykonania planu działalności DUW we Wrocławiu	OA - Inspektor Wojewódzki ds. SZJ	**do 15 kwietnia** za rok poprzedni
5.	Ankiety samooceny skuteczności kontroli zarządczej	Kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu	**do 15 marca** za rok poprzedni
6.	Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej	Wojewoda Dolnośląski	**do 30 kwietnia** za rok poprzedni