

**D.021.14.2021**

**ZARZĄDZENIE NR 8/2021  
DYREKTORA OŚRODKA REHABILITACJI DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
W TOMASZOWIE MAZOWIECKIM**

z dnia 10 maja 2021 r.

**w sprawie zasad funkcjonowania systemu kontroli zarządczej oraz zarządzania ryzykiem  
w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim**

Na podstawie § 17 ust. 8 Statutu Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim, stanowiącego Załącznik Nr 1 do uchwały Nr XL/287/2021 Rady Miejskiej Tomaszowa Mazowieckiego z dnia 28 stycznia 2021 r. o zmianie uchwały Nr 348/93 Rady Miasta Tomaszowa Mazowieckiego w sprawie utworzenia jednostki budżetowej pod nazwą Ośrodek Rehabilitacyjny Dzieci Niepełnosprawnych oraz art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 305), **zarządzam, co następuje:**

**§ 1. 1.** Ustalam zasady funkcjonowania kontroli zarządczej w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim, zwane dalej Zasadami funkcjonowania kontroli zarządczej w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim, w brzmieniu stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

2. Ustalam Politykę Zarządzania Ryzykiem w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim, stanowiącą załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

**§ 2. 1.** Zobowiązuję pracowników Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim do zapoznania się:

- 1) ze Standardami kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych zawartymi w Komunikacie Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. (Dz. Urz. MF nr 15, poz. 84),
- 2) ze Szczegółowymi wytycznymi dla jednostek sektora finansów publicznych w zakresie planowania oraz zarządzania ryzykiem zawartymi w Komunikacie Nr 6 Ministra Finansów z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem (Dz.Urz. MF poz. 56),
- 3) z treścią Zarządzenia NR 108/2021 Prezydenta Miasta Tomaszowa Mazowieckiego z dnia 13 kwietnia 2021 r. w sprawie zasad funkcjonowania systemu kontroli zarządczej oraz zarządzania ryzykiem w Gminie - Miasto Tomaszów Mazowiecki.

2. Zobowiązuję pracowników Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim do zapoznania się treścią niniejszego zarządzenia i zapewnienia jego realizacji, w tym do przeprowadzania analizy i oceny ryzyka.

§ 3. 1. Koordynację kontroli zarządczej w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim prowadzi Inspektor ds. administracyjno-kadrowych zwany Koordynatorem kontroli zarządczej, przy udziale Zespołu ds. kontroli zarządczej i analizy ryzyka.

2. Koordynator kontroli zarządczej w imieniu Dyrektora Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim sprawuje nadzór nad właściwym funkcjonowaniem systemu kontroli zarządczej w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim.

§ 4. 1. W celu zapewnienia funkcjonowania kontroli zarządczej w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim wprowadzam obowiązek zarządzania ryzykiem we wszystkich komórkach organizacyjnych oraz na samodzielnych stanowiskach pracy w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim.

2. Zobowiązuję kierowników komórek organizacyjnych do przeprowadzania analizy i oceny ryzyka zgodnie z Polityką zarządzania ryzykiem w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim.

§ 5. 1. Powołuję Zespół ds. kontroli zarządczej i analizy ryzyka, zwany dalej Zespołem, w składzie:

- 1) Tomasz Wydra – Przewodniczący Zespołu,
- 2) Władysława Pietrzyk - członek Zespołu,
- 3) Kazimiera Sukniewicz - członek Zespołu,
- 4) Natalia Cabańska - członek Zespołu.

2. Zobowiązuję Zespół do:

- 1) realizacji i koordynacji działań związanych z funkcjonowaniem kontroli zarządczej oraz procesem zarządzania ryzykiem określonych w załącznikach do niniejszego zarządzenia,
- 2) przedkładania Dyrektorowi Ośrodka sprawozdania dotyczącego funkcjonowania kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim, o których mowa w § 20 pkt 1 i 3 w Załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia **w terminie do 20 stycznia następnego roku za rok poprzedni, wraz z jednoczesnym przedłożeniem analizy ryzyka na rok bieżący,**
- 3) przedkładania Dyrektorowi Ośrodka zbiorczej informacji o sposobie zorganizowania i funkcjonowania kontroli zarządczej w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim, o której mowa w § 20 pkt 2 w Załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia, sporządzanej **do 20 stycznia** na podstawie informacji przekazywanych przez kierowników komórek organizacyjnych.

§ 6. 1. Traci moc Zarządzenie Nr 2/KZ/2010 Dyrektora Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim z dnia 11 maja 2010 r. w sprawie ustalenia Regulaminu Kontroli Zarządczej w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim oraz Zarządzenie Nr 1/2011 Dyrektora Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim z dnia 30 listopada 2011 r. w sprawie wprowadzenia zasad kontroli zarządczej w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim.

2. Traci moc Zarządzenie Nr 2/2011 Dyrektora Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim z dnia 30 grudnia 2011 r. w sprawie Polityki zarządzania ryzykiem w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim.

§ 7. 1. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

2. Zarządzenie wraz z treścią dokumentów, o których mowa w § 2 ust. 1 niniejszego zarządzenia podaje się do wiadomości pracowników poprzez wyłożenie jego treści w Sekretariacie Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim.

Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Maz.  
  
mgr Maria Goździk

Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 8/2021  
Dyrektora Ośrodka Rehabilitacji Dzieci  
Niepełnosprawnych w Tomaszowie  
Mazowieckim  
z dnia 10 maja 2021 r.

**Zasady funkcjonowania kontroli zarządczej  
w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim**

**Rozdział 1.**

**Postanowienia ogólne**

§ 1. 1. Kontrolę zarządczą w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań Ośrodka w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy w oparciu o standardy określone przez Ministra Finansów.

2. Kontrola zarządcza w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim obejmuje zarządzanie jednostką organizacyjną Gminy Miasto Tomaszów Mazowiecki, zaś najistotniejszym jej elementem jest system wyznaczania celów i zadań oraz monitorowania stopnia ich realizacji.

§ 2. Ilekroć w treści Zasad funkcjonowania kontroli zarządczej w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim mowa jest o:

- 1) Gminie – należy przez to rozumieć Gminę Miasto Tomaszów Mazowiecki;
- 2) Ośrodka - należy przez to rozumieć Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim;
- 3) Dyrektorze Ośrodka – należy przez to rozumieć Dyrektora Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim;
- 4) osobach zarządzających – należy przez to rozumieć Dyrektora Ośrodka, kierowników pionów oraz inne osoby sprawujące funkcje kierownicze w stosunku do pracowników oraz osoby zajmujące samodzielne stanowiska w Ośrodku;
- 5) koordynatorze kontroli zarządczej – należy przez to rozumieć Inspektora ds. administracyjno-kadrowych;
- 6) ryzyku – należy przez to rozumieć możliwość zaistnienia zdarzenia, które będzie miało wpływ na realizację założonych celów;
- 7) ustawie o pracownikach samorządowych – należy przez to rozumieć ustawę z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1282).

## **Rozdział 2.**

### **Cel i zakres kontroli zarządczej**

**§ 3.** Celem kontroli zarządczej jest zapewnienie w szczególności:

- 1) zgodności i 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.

## **Rozdział 3.**

### **Standardy kontroli zarządczej**

**§ 4.** Sprawowanie kontroli zarządczej w Ośrodku zawarte jest w pięciu obszarach standardów i odpowiada poszczególnym elementom kontroli zarządczej:

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

### **Środowisko wewnętrzne**

**§ 5. 1.** Właściwe środowisko wewnętrzne jest fundamentem dla pozostałych standardów kontroli zarządczej i wpływa na jakość kontroli zarządczej.

2. Środowisko wewnętrzne obejmuje:

#### **1) przestrzeganie wartości etycznych:**

- a) osoby zarządzające oraz pozostali pracownicy Ośrodka zobowiązani są przy wykonywaniu powierzonych im zadań do przestrzegania wartości etycznych. Zasady etyczne do wypełniania, których zobowiązani są pracownicy Ośrodka, zostały określone w Kodeksie Etyki wprowadzonym odrębnym zarządzeniem Dyrektora Ośrodka,
- b) osoby zarządzające w Ośrodku wspierają i promują przestrzeganie wartości etycznych;

#### **2) kompetencje zawodowe:**

- a) osoby zarządzające oraz pozostali pracownicy Ośrodka są zobowiązani do stałego pogłębiania wiedzy i umiejętności niezbędnych do skutecznego i efektywnego wykonywania zadań na danym stanowisku, m.in. poprzez samokształcenie, szkolenia i doksztalcanie.
- b) w celu realizacji przepisów ustawy o pracownikach samorządowych dotyczących zatrudniania pracowników oraz w celu zapewnienia wyboru najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy w Ośrodku, wprowadzono procedurę zatrudniania na wolne stanowiska urzędnicze określoną odrębnym zarządzeniem Dyrektora Ośrodka,
- c) pracownicy podejmujący po raz pierwszy pracę na stanowisku urzędniczym w Ośrodku, w tym na stanowiskach kierowniczych przechodzą przygotowanie teoretyczne i praktyczne w ramach służby przygotowawczej. Sposób przeprowadzania służby przygotowawczej i organizowania egzaminu kończącego zostały szczegółowo określone w odrębnym zarządzeniu Dyrektora Ośrodka;

### **3) strukturę organizacyjną:**

w Ośrodku strukturę organizacyjną określa Regulamin Organizacyjny, ustalony przez Dyrektora Ośrodka i zatwierdzony zarządzeniem Prezydenta Miasta Tomaszowa Mazowieckiego, regulujący w szczególności organizację i zasady funkcjonowania Ośrodka oraz zakres działania komórek organizacyjnych. Struktura organizacyjna dostosowana jest do aktualnych celów i zadań;

### **4) delegowanie uprawnień:**

- a) zakresy obowiązków, czynności i odpowiedzialności osób zarządzających i pozostałych pracowników Ośrodka zostały określone pisemnie i podlegają zmianom stosownie do stanu faktycznego,
- b) zadania Dyrektora Ośrodka wynikają z przepisów prawa powszechnie obowiązującego oraz zostały określone w Statucie Ośrodka,
- c) obowiązki i uprawnienia pracowników Ośrodka określone są w indywidualnych zakresach czynności (podpisanych przez pracownika).

### **Cele i zarządzanie ryzykiem**

**§ 6. 1.** Określenie hierarchii celów i zadań służy efektywnemu zarządzaniu Ośrodkiem.

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

**§ 7. 1.** Dyrektor Ośrodka określa i aktualizuje misję Ośrodka uwzględniając kierunki jego rozwoju, wynikającą z dokumentów strategicznych Gminy.

2. Dyrektor Ośrodka określa i aktualizuje cele strategiczne, służące do realizacji misji oraz cele operacyjne, wspomagające osiągnięcie celów strategicznych:

- 1) Cele strategiczne - wieloletnie, określone w kluczowych dokumentach określających planowane działania i wyznaczających kierunki rozwoju;
- 2) Cele operacyjne - związane są w szczególności z zadaniami określonymi w uchwale budżetowej oraz planach finansowych Ośrodka.

3. Cele strategiczne podlegają okresowej weryfikacji pod kątem ich aktualności. Cele operacyjne planowane są w okresach rocznych lub kilkuletnich (w przypadku realizacji projektów obejmujących okres dłuższy niż jeden rok budżetowy).

4. Zadania nie stanowiące priorytetów rozwoju Ośrodka są planowane i realizowane przez osoby zarządzające i pozostałych pracowników Ośrodka w stopniu odpowiadającym ustawowemu obowiązkowi realizowania zadań samorządu terytorialnego z wykorzystaniem narzędzi i zasad bieżącego zarządzania operacyjnego.

**§ 8. 1.** Kierownicy pionów oraz inne osoby sprawujące funkcje kierownicze w stosunku do pracowników, a także pracownicy zajmujący samodzielne stanowiska w Ośrodku są odpowiedzialni za:

- 1) realizację zadań Ośrodka w sposób spójny z misją oraz celami strategicznymi i operacyjnymi Ośrodka, a także realizację celów poszczególnych zadań budżetowych ujętych w budżecie Miasta Tomaszowa Mazowieckiego;
- 2) zapoznanie podległych pracowników z misją oraz celami strategicznymi i operacyjnymi Ośrodka oraz celami poszczególnych zadań budżetowych, ujętymi w budżecie Miasta Tomaszowa Mazowieckiego, dotyczącymi działania Ośrodka;
- 3) zapoznanie podległych pracowników z rodzajem zadań wykonywanych w ramach działania Ośrodka (realizacja celów strategicznych, operacyjnych, wynikających z ustawowych zadań jednostek samorządu terytorialnego, celów i zadań ujętych w budżecie Miasta Tomaszowa Mazowieckiego dotyczących Ośrodka);
- 4) organizację w ramach podległej komórki organizacyjnej spotkań (nie rzadziej niż raz w miesiącu), podczas których w szczególności będą omawiane i monitorowane czynniki ryzyka mające wpływ na realizację zamierzonych celów i zadań komórki. Spotkania dokumentowane są obligatoryjnie w formie notatek służbowych.

2. Pracownicy Ośrodka obowiązani są do zapoznania się:

- 1) z misją Ośrodka;
- 2) z celami i zadaniami, realizowanymi w ramach działania Ośrodka (cele strategiczne, operacyjne, wynikające z ustawowych zadań jednostek samorządu terytorialnego i ujęte w budżecie Miasta Tomaszowa Mazowieckiego).

3. W terminie **do 10 stycznia** danego roku kierownicy pionów oraz inne osoby sprawujące funkcje kierownicze w stosunku do pracowników, a także osoby zajmujące samodzielne stanowiska w Ośrodku zobowiązani są do przekazywania Koordynatorowi kontroli zarządczej informacji o sposobie zorganizowania i funkcjonowania kontroli zarządczej w Ośrodku, a także o zidentyfikowanych w Ośrodku ryzykach na rok bieżący, mających największy wpływ i prawdopodobieństwo wystąpienia.

**§ 9. 1.** Proces zarządzania ryzykiem występuje we wszystkich procesach decyzyjnych oraz na każdym szczeblu zarządzania i obejmuje:

- 1) identyfikację ryzyk;
- 2) ocenę ryzyk;
- 3) ustalenie akceptowalnego poziomu ryzyk;
- 4) reakcję na ryzyka;
- 5) monitorowanie ryzyk.

#### **Mechanizmy kontroli**

#### **§ 10. Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej**

1. W Ośrodku obowiązuje zasada dokumentowania systemu kontroli zarządczej.

2. Zarządzenia, upoważnienia, a także procedury, wytyczne i regulaminy wewnętrzne oraz zakresy obowiązków, czynności i odpowiedzialności pracowników Ośrodka określa się w formie pisemnej. Rejestr zarządzeń i upoważnień Dyrektora Ośrodka prowadzi Inspektor ds. administracyjno-kadrowych z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Rejestr osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych prowadzi inspektor ochrony danych.

4. W Ośrodku dokonuje się aktualizacji procedur wewnętrznych, instrukcji i wytycznych pod kątem zgodności z przepisami prawa.

5. Kierownicy komórek organizacyjnych zobowiązani są, po wprowadzeniu przez Dyrektora Ośrodka odpowiedniej procedury lub jej zmiany, przekazać ją pisemnie lub elektronicznie z udokumentowanym potwierdzeniem odbioru do właściwych komórek organizacyjnych, których wprowadzona procedura dotyczy.

#### **§ 11. Nadzór**

1. W Ośrodku prowadzony jest nadzór nad wykonaniem zadań w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji.

2. Nadzór, rozumiany jako istotny mechanizm kontroli zarządczej, który zakłada istnienie właściwego przywództwa kierownictwa i kontroli hierarchicznej na wszystkich etapach działalności, prowadzony jest w Ośrodku przez:

- 1) Dyrektora Ośrodka w ramach kontroli zarządczej;



2) kierowników pionów oraz inne osoby sprawujące funkcje kierownicze w stosunku do pracowników w ramach kontroli zarządczej.

3. Nadzór prowadzony jest przez wyznaczone osoby, zgodnie z podziałem zadań i kompetencji oraz uwzględnieniem specyfiki Ośrodka i obejmuje w szczególności:

- 1) środki oddziaływania merytorycznego;
- 2) środki nadzoru personalnego.

4. Nadzór realizowany jest w szczególności poprzez:

- 1) monitorowanie działań podejmowanych przez podległych pracowników Ośrodka;
- 2) przeprowadzanie kontroli instytucjonalnych w komórkach organizacyjnych Ośrodka;
- 3) udzielanie pracownikom Ośrodka instruktażu i wyjaśnień;
- 4) weryfikację dokumentów przekładanych przez podległych pracowników Ośrodka;
- 5) organizowanie roboczych spotkań, dyskusji i posiedzeń w celu rozwiązywania bieżących problemów;
- 6) przeprowadzanie kontroli wstępnej i bieżącej dokumentów lub stopnia realizacji zadań przez podległych pracowników Ośrodka;
- 7) wydawanie wiążących poleceń mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości w działaniu podległych pracowników Ośrodka.

## **§ 12. Ciągłość działalności**

1. W Ośrodku wdrożono mechanizmy służące utrzymaniu ciągłości pracy całego Ośrodka, ze szczególnym uwzględnieniem systemów informatycznych m.in. poprzez wprowadzenie systemu kopii zapasowych. Szczegółowe mechanizmy określono w Polityce ochrony danych osobowych wprowadzonej odrębnym zarządzeniem Dyrektora Ośrodka.

2. Plany awaryjne i inne zabezpieczenia dla kluczowych działalności Ośrodka, opracowane zostały na podstawie analizy ryzyka i są testowane oraz aktualizowane w razie potrzeby.

## **§ 13. Ochrona zasobów**

1. W Ośrodku wdrożono mechanizmy i procedury gwarantujące ochronę zasobów majątkowych, finansowych i informatycznych, przetwarzanych i przechowywanych danych oraz informacji i dokumentów objętych klauzulami niejawności oraz wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1), zwanego dalej: RODO, a także określonych w Polityce ochrony danych osobowych wprowadzonej odrębnym zarządzeniem Dyrektora Ośrodka.

2. Podstawowe mechanizmy ochrony zasobów Ośrodka obejmują:

- 1) nadzorowanie dostępu do budynku Ośrodka i jego pomieszczeń, ze szczególnym uwzględnieniem pomieszczenia składnicy akt;
- 2) określenie prawa pobierania klucza do określonych pomieszczeń oraz ustalenie osób, które mają prawo przebywania w budynku Ośrodka po godzinach pracy;
- 3) przechowywanie bieżących kartotek papierowych oraz pieczęci w szafach zamykanych na klucz;
- 4) przechowywanie archiwalnych dokumentów papierowych w pomieszczeniu składnicy akt;
- 5) procedury dotyczące obsługi kasowej w zakresie ochrony środków pieniężnych;
- 6) ochronę składników majątku Ośrodka ustaloną w wewnętrznej procedurze inwentaryzacyjnej, a nadzór nad środkami trwałymi powierzony wyznaczonym pracownikom;
- 7) ochronę pracowników Ośrodka zapewnioną poprzez:
  - a) zapoznanie wszystkich pracowników z przepisami BHP,
  - b) zabezpieczenie i monitorowanie systemu ochrony przeciwpożarowej,
  - c) zabezpieczenia pomieszczeń,
- 8) ubezpieczenie mienia;
- 9) ochronę danych osobowych w Ośrodku wprowadzoną Polityką ochrony danych osobowych.

#### **§ 14. Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych**

Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych w Ośrodku określają odrębne zarządzenia Dyrektora Ośrodka w sprawie zasad prowadzenia rachunkowości i gospodarki finansowej, obejmujące głównie:

- 1) rzetelne i pełne dokumentowanie i rejestrowanie operacji finansowych i gospodarczych;
- 2) zatwierdzanie (autoryzację) operacji finansowych przez Dyrektora Ośrodka lub osoby przez niego upoważnione;
- 3) podział kluczowych obowiązków;
- 4) weryfikację operacji finansowych i gospodarczych przed i po realizacji.

#### **§ 15. Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych**

Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych w Ośrodku określa w szczególności Polityka ochrony danych osobowych wprowadzona odrębnym zarządzeniem Dyrektora Ośrodka.

#### **Informacja i komunikacja**

**§ 16. 1. Standardy informacji i komunikacji w Ośrodku obejmują:**

- 1) bieżącą informację;
- 2) komunikację wewnętrzną;
- 3) komunikację zewnętrzną.

2. Bieżąca informacja jest zapewniona dzięki dostępowi m. in. do:

- 1) bieżących kontaktów/konsultacji z bezpośrednim przełożonym – Dyrektor Ośrodka, kierownicy pionów oraz inne osoby sprawujące funkcje kierownicze w stosunku do pracowników są zobowiązani do zapewnienia pracownikom Ośrodka stałego dostępu do informacji niezbędnych do wykonywania obowiązków służbowych. Informacje te powinny być rzetelne i efektywne oraz przekazywane w odpowiednim czasie i formie. System komunikacji powinien zapewnić przepływ informacji pomiędzy przełożonym a pracownikiem i odwrotnie;
- 2) Internetu;
- 3) prasy branżowej;
- 4) szkoleń;
- 5) zarządzeń Dyrektora Ośrodka.

3. Komunikacja wewnętrzna polega na wymianie informacji między kierownictwem Ośrodka a pracownikami, między pracownikami i kierownictwem (komunikacja pionowa), oraz między pracownikami, jak również między kierownictwem (komunikacja pozioma). Komunikacja wewnętrzna odbywa się m.in. poprzez:

- a) przepływ dokumentów opisany w instrukcji kancelaryjnej,
- b) narady kierownictwa,
- c) narady, spotkania Dyrektora Ośrodka z pracownikami Ośrodka,
- d) narady, spotkania kierowników komórek organizacyjnych Ośrodka z pracownikami,
- e) sieć teleinformatyczną,
- f) zespoły zadaniowe.

4. Komunikacja zewnętrzna polega na przekazywaniu przez Ośrodek informacji dla klienta i pozyskiwaniu przez Ośrodek informacji od klienta. Komunikacja zewnętrzna odbywa się poprzez:

- 1) BIP;
- 2) EPUAP;
- 3) stronę internetową Ośrodka;
- 4) współpracę z mediami;

- 5) oznaczenie pomieszczeń Ośrodka;
- 6) przygotowanie, gromadzenie i dystrybucję materiałów reklamowo-informacyjnych (ulotki, broszury, plakaty itp);
- 7) przyjmowanie skarg, wniosków i interwencji;
- 8) udzielanie informacji przez pracowników Ośrodka;
- 9) udzielanie informacji publicznej;
- 10) uczestnictwo Dyrektora Ośrodka w spotkaniach;
- 11) sesje Rady Miejskiej.

5. Dyrektor Ośrodka określa sposób i formę komunikacji, w zależności od rangi informacji, mając na względzie jej efektywność, tj. właściwe zrozumienie informacji przez odbiorców (narady kierownictwa Ośrodka, spotkania, pisma okólne, przesyłanie komunikatów za pomocą sieci informatycznej i inne).

6. Kierownicy pionów oraz inne osoby sprawujące funkcje kierownicze w stosunku do pracowników odpowiedzialni są za umożliwienie bieżącego i skutecznego dostępu podległym pracownikom do informacji niezbędnych do wykonywania obowiązków służbowych, zgodnie z podziałem zadań i kompetencji określonych w Regulaminie Organizacyjnym Ośrodka.

7. Kierownicy pionów oraz inne osoby sprawujące funkcje kierownicze w stosunku do pracowników określają sposób i formę komunikacji z pracownikami, biorąc pod uwagę specyfikację i strukturę komórki organizacyjnej oraz efektywność, tj. właściwe zrozumienie informacji przez odbiorców, w szczególności z uwzględnieniem postanowień § 8 ust. 1 pkt 4 (zakresy czynności, polecenia służbowe, spotkania robocze, warsztaty, rozmowy, korespondencja wewnętrzna, przesyłanie komunikatów za pomocą sieci informatycznej i inne).

8. Pozyskiwanie i wymiana informacji z podmiotami zewnętrznymi odbywa się poprzez:

- 1) udział Dyrektora Ośrodka w sesjach i komisjach Rady Miejskiej;
- 2) przyjmowanie interesantów, skarg i wniosków mieszkańców, przygotowywanie odpowiedzi na zapytania i interpelacje radnych oraz wystąpienia Komisji Rady Miejskiej;
- 3) korespondencję prowadzoną z podmiotami zewnętrznymi.

9. W Ośrodku funkcjonują następujące mechanizmy przekazywania ważnych informacji w obrębie struktury organizacyjnej oraz z podmiotami zewnętrznymi:

- 1) korespondencja wewnętrzna i zewnętrzna;
- 2) narady i spotkania z kierownictwem Ośrodka.

10. Korespondencja wewnętrzna oraz zewnętrzna odbywa się zgodnie z trybem i zasadami podpisywania pism i decyzji określonymi w Instrukcji kancelaryjnej w Ośrodku.

## **Monitorowanie i ocena**

**§ 17.** System kontroli zarządczej w Ośrodku podlega bieżącemu monitorowaniu i ocenie.

**§ 18.** Monitorowanie systemu kontroli zarządczej ma na celu bieżące rozwiązywanie zidentyfikowanych problemów. Dyrektor Ośrodka, kierownicy pionów oraz inne osoby sprawujące funkcje kierownicze w stosunku do pracowników, a także osoby zajmujące samodzielne stanowiska w Ośrodku zobowiązani są do bieżącego monitorowania skuteczności poszczególnych elementów systemu kontroli zarządczej, zgodnie z zakresem zadań i kompetencji określonym w Regulaminie Organizacyjnym Ośrodka, a w razie ujawnienia słabości lub problemów do zastosowania środków mających na celu rozwiązywanie problemu i usprawnienie systemu kontroli zarządczej.

**§ 19. 1.** Ocena systemu kontroli zarządczej dokonywana jest przede wszystkim poprzez:


- 1) samoocenę przeprowadzaną co najmniej raz w roku;
- 2) kontrolę wewnętrzną, prowadzoną przez:
  - a) osoby zarządzające i pracowników Ośrodka, zgodnie z podziałem zadań i kompetencji (kontrola wstępna ex – ante, bieżąca i następcza),
  - b) zespoły powoływane doraźnie w zakresie ustalonym przez Dyrektora Ośrodka,
  - c) osoby zajmujące stanowiska kierownicze w Ośrodku w zakresie zadań i kompetencji określonych Regulaminem Organizacyjnym, statutem Ośrodka;
- 3) nadzór sprawowany przez Dyrektora Ośrodka oraz osoby pełniące funkcje kierownicze, zgodnie z podziałem kompetencji i zadań;
- 4) kontrolę finansową prowadzoną przez Skarbnika Miasta, osoby przez niego upoważnione oraz służby finansowe Centrum Usług Wspólnych Gminy Miasto Tomaszów Mazowiecki;
- 5) kontrolę zewnętrzną sprawowaną przez:
  - a) Biuro Kontroli w Wydziale Audytu Wewnętrznego i Kontroli,
  - b) wydziały, biura i referaty Urzędu Miasta, zgodnie z podziałem zadań i kompetencji w zakresie nadzoru nad Ośrodkiem,
  - c) organy kontroli zewnętrznej,
  - d) zespoły powoływane doraźnie przez Prezydenta Miasta Tomaszowa Mazowieckiego.

2. Szczegółowe procedury i zasady prowadzenia audytu w Ośrodku reguluje Karta Audytu Wewnętrznego wprowadzona odrębnym Zarządzeniem Prezydenta Miasta Tomaszowa Mazowieckiego.

3. Szczegółowe procedury i zasady prowadzenia kontroli instytucjonalnej w Ośrodku wprowadzone zostały odrębnym Zarządzeniem Prezydenta Miasta Tomaszowa Mazowieckiego.

**§ 20.** Źródłem uzyskania zapewnienia o stanie kontroli zarządczej w Ośrodku przez Dyrektora Ośrodka są w szczególności:

- 1) sprawozdanie z zarządzania ryzykiem w Ośrodku, o którym mowa w § 7 pkt 7 Polityki Zarządzania Ryzykiem;
- 2) zbiorcza informacja o sposobie zorganizowania i funkcjonowania kontroli zarządczej w Ośrodku, o której mowa w § 5 ust. 2 pkt 3 niniejszego zarządzenia;
- 3) sprawozdanie z funkcjonowania kontroli zarządczej w Ośrodku w oparciu o niniejsze Zasady;
- 4) sprawozdanie z samooceny kontroli zarządczej w Ośrodku;
- 5) sprawozdanie z wykonania budżetu Ośrodka;
- 6) zbiorcza informacja w zakresie kontroli przeprowadzonych w Ośrodku przez organy kontroli zewnętrznej.

Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Maz.  
  
mgr Marta Goździk

**Polityka Zarządzania Ryzykiem  
w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim  
zwana dalej „Polityką Zarządzania Ryzykiem”**

§ 1. Ilekroć w treści Polityki Zarządzania Ryzykiem w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim mowa jest o:

- 1) **Gminie** – należy przez to rozumieć Gminę Miasto Tomaszów Mazowiecki;
- 2) **Ośrodka** – należy przez to rozumieć Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim;
- 3) **Dyrektorze Ośrodka** – należy przez to rozumieć Dyrektora Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim;
- 4) **kierownikach komórek organizacyjnych** – należy przez to rozumieć kierowników pionów oraz inne osoby sprawujące funkcje kierownicze w stosunku do pracowników oraz samodzielne stanowiska pracy;
- 5) **ryzyku** – należy przez to rozumieć możliwość zaistnienia dowolnego zdarzenia, działania lub zaniechania działania, mierzonego wpływem (siłą oddziaływania) oraz prawdopodobieństwem wystąpienia, które będzie miało wpływ na osiągnięcie zamierzonych celów i zadań;
- 6) **czynnika ryzyka** – należy przez to rozumieć zdarzenie, działanie lub zaniechanie, które może spowodować wystąpienie ryzyka (przykładowe czynniki ryzyka zamieszczone są w Załączniku nr 5 do Polityki zarządzania ryzykiem);
- 7) **akceptowalnym poziomie ryzyka** – należy przez to rozumieć wielkość ryzyka oraz akceptowalne skutki poniesienia ryzyka;
- 8) **zarządzaniu ryzykiem** – należy przez to rozumieć proces ograniczania poziomu ryzyka do poziomu akceptowalnego poprzez jego identyfikację, ocenę potencjalnego wpływu i prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka oraz reagowanie na ryzyko poprzez racjonalny dobór środków przeciwdziałających skutkom ryzyka, mający na celu optymalizację funkcjonowania Ośrodka, jego komórek organizacyjnych;
- 9) **identyfikację ryzyka** – należy przez to rozumieć przypisanie poszczególnych rodzajów czynników ryzyka do realizowanych celów i zadań;
- 10) **analizę ryzyka** – należy przez to rozumieć przypisanie dla każdego zidentyfikowanego ryzyka prawdopodobieństwa jego wystąpienia i dokonanie oceny jego wpływu na działanie komórki organizacyjnej Ośrodka;

- 11) **reakcja na ryzyko** – podjęcie adekwatnych, efektywnych i skutecznych działań (decyzji) zmierzających do ograniczenia, wyeliminowania, tolerowania lub transferu ryzyka;
- 12) **mechanizmy kontrolne** – pisemne procedury, instrukcje, wytyczne, standardy, upoważnienia i inne dokumenty, których celem jest powstrzymanie lub minimalizacja negatywnych skutków ryzyka;
- 13) **nadzór i monitorowanie** – ciągła ocena skuteczności wprowadzonych działań, w tym badanie odstępstw i niezwłoczne reagowanie na nie;
- 14) **właściciel ryzyka** – osoba odpowiedzialna za zarządzanie ryzykiem, mająca kompetencje do podjęcia działań zaradczych w stosunku do obszaru, którym zarządza;
- 15) **prawdopodobieństwo rezydualne** – prawdopodobieństwo rzeczywiste wystąpienia ryzyka przy zastosowanych mechanizmach kontrolnych, będących reakcją na ryzyko;
- 16) **prawdopodobieństwo nieodłączne** – prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka przy braku mechanizmów kontrolnych.

§ 2. Celem zarządzania ryzykiem w Ośrodku jest w szczególności:

- 1) ograniczenie możliwości niepowodzenia w realizacji celów, zadań, przedsięwzięć i projektów;
- 2) usprawnienie efektywności zarządzania;
- 3) lepsze wykorzystanie zasobów finansowych i ludzkich;
- 4) zapobieganie stratom finansowym;
- 5) wdrażanie mechanizmów kontrolnych proporcjonalnie do istotności zidentyfikowanych ryzyk;
- 6) rozpoznanie obszarów nadmiernie kontrolowanych.

§ 3. Zarządzanie ryzykiem w Ośrodku wykonywane jest na poziomie:

- 1) strategicznym;
- 2) operacyjnym;
- 3) realizowanych projektów.

§ 4. Proces zarządzania ryzykiem w Ośrodku realizowany jest przez Dyrektora Ośrodka, kierowników komórek organizacyjnych Ośrodka, pracowników Ośrodka oraz powołany przez Dyrektora Ośrodka Zespół ds. kontroli zarządczej i analizy ryzyka.

§ 5. Monitorowanie zarządzania ryzykiem w Ośrodku jest procesem ciągłym, realizowanym przez Zespół ds. kontroli zarządczej i analizy ryzyka oraz kierowników komórek organizacyjnych.

§ 6. Do zadań kierowników komórek organizacyjnych Ośrodka w procesie zarządzania ryzykiem należy:

- 1) określenie celów realizowanych przez podległe im komórki organizacyjne na poziomie strategicznym, dotyczącym realizacji celów długoterminowych, na poziomie operacyjnym, dotyczącym realizacji celów w ramach roku budżetowego w szczególności na podstawie uchwały



- budżetowej na dany rok oraz na poziomie projektowym, dotyczącym udziału w realizacji celów określonych projektów, przedsięwzięć i umów;
- 2) zidentyfikowanie ryzyk, przy udziale wszystkich pracowników komórki organizacyjnej, jakie mogą zagrozić osiągnięciu poszczególnych celów;
  - 3) analiza zidentyfikowanych ryzyk w celu określenia prawdopodobieństwa i możliwych skutków (efektów lub rezultatów) wystąpienia danego ryzyka;
  - 4) podjęcie działań w celu zmniejszenia wpływu i prawdopodobieństwa wystąpienia zidentyfikowanych ryzyk, tj. zastosowanie odpowiednich mechanizmów kontroli oraz ich monitorowanie;
  - 5) bieżące dokumentowanie procesu analizy i oceny ryzyka w wersji papierowej wykorzystując w szczególności: Kwestionariusz zarządzania ryzykiem (wzór stanowiący załącznik nr 1 do Polityki zarządzania ryzykiem), Rejestr zidentyfikowanych ryzyk (wzór stanowiący załącznik nr 2 do Polityki zarządzania ryzykiem) oraz Matryce punktowe analizy ryzyka (wzór stanowiący załącznik nr 3 do Polityki zarządzania ryzykiem);
  - 6) zidentyfikowanie ryzyk i ich ocena oraz ustalenie metod przeciwdziałania ryzyku dokonywane w szczególności w oparciu o zadania komórki wynikające z regulaminu organizacyjnego oraz cele i zadania określone na dany rok w terminie **do 10 stycznia danego roku** oraz w każdym czasie w przypadku zidentyfikowania ryzyka zagrażającego realizacji celów i zadań komórki;
  - 7) przekazywanie Zespołowi ds. kontroli zarządczej i analizy ryzyka raportu w zakresie zarządzania ryzykiem za rok ubiegły w terminie **do 10 stycznia** po zakończeniu każdego roku kalendarzowego;
  - 8) zgłaszanie Zespołowi ds. kontroli zarządczej i analizy ryzyka postrzeganych zagrożeń nie związanych bezpośrednio z wykonywaną pracą, a dotyczących Ośrodka.

**§ 7.** Do zadań Zespołu ds. kontroli zarządczej i analizy ryzyka w Ośrodku należy:

- 1) analiza i ocena zidentyfikowanych ryzyk i reakcji na ryzyko;
- 2) analiza i ocena adekwatności i efektywności zaproponowanych mechanizmów kontrolnych mających na celu ograniczenie ryzyka;
- 3) ocena adekwatności i efektywności sposobu monitorowania ryzyka;
- 4) sporządzenie zbiorczego dla Ośrodka Rejestru zidentyfikowanych ryzyk oraz jego roczne przeglądy i aktualizowanie, zgodnie ze wzorem zamieszczonym w załączniku nr 2 do Polityki zarządzania ryzykiem;
- 5) monitorowanie ryzyk o największym wpływie i prawdopodobieństwie wystąpienia oraz inicjowanie działań zmierzających do ich ograniczenia;
- 6) informowanie Dyrektora Ośrodka o najważniejszych ryzykach i działaniach podejmowanych w celu ich minimalizacji;
- 7) przekazanie Dyrektorowi Ośrodka sprawozdania dotyczącego zarządzania ryzykiem w Ośrodku **do 20 stycznia** każdego roku, zawierającego ocenę postępów w dziedzinie zarządzania ryzykiem,

ocenę skuteczności mechanizmów kontrolnych minimalizujących zidentyfikowane ryzyka sporządzone za rok ubiegły na podstawie raportów przekazanych przez kierowników komórek organizacyjnych, oraz ocenę narażenia na ryzyka w nadchodzącym roku i ustalenie metod przeciwdziałania tym ryzykom.

§ 8. 1. Każde zidentyfikowane ryzyko podlega ocenie pod kątem jego wpływu na osiągnięcie przez Ośrodek założonych celów i zadań oraz prawdopodobieństwa jego wystąpienia.

2. Przy ocenie prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka bierze się pod uwagę istniejące mechanizmy kontrolne i ich skuteczność (prawdopodobieństwo rezydualne) lub ich brak (prawdopodobieństwo nieodłączne).

3. Ryzyko poddane ocenie pod kątem jego wpływu na osiągnięcie założonych celów oraz prawdopodobieństwa jego wystąpienia podlega ocenie pod kątem istotności.

4. Istotność ryzyka oznacza się jako niską, średnią lub wysoką.

5. Ocenę poziomu istotności ryzyka zawiera załącznik nr 4 do Polityki zarządzania ryzykiem.

6. W przypadku wystąpienia ryzyka o wysokim poziomie istotności, kierownik komórki organizacyjnej powiadamia **niezwłocznie** Koordynatora Kontroli zarządczej i przedkłada informację zawierającą w szczególności dane na temat sposobu i terminu realizacji działań zaradczych.

7. Działania zaradcze mogą polegać w szczególności na: przeprowadzeniu szkolenia pracownika w danym obszarze, wprowadzeniu nowej procedury, regulaminu, instrukcji, wytycznych lub ich zmiany, konsultacji wewnętrznych.

§ 9. W Ośrodku przyjmuje się następujące sposoby postępowania z ryzykiem:

- 1) przeniesienie (transfer) ryzyka na inną instytucję;
- 2) tolerowanie ryzyka w przypadku, gdy istnieją określone trudności w przeciwdziałaniu ryzyku, a także gdy koszt podjętych mechanizmów kontrolnych może przekroczyć przewidywane korzyści;
- 3) przeciwdziałanie ryzyku poprzez działania pozwalające na ograniczenie ryzyka do akceptowalnego poziomu;
- 4) wycofanie się z ryzyka (przesunięcie w czasie) poprzez zawieszenie działań rodzących zbyt duże ryzyko.

Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Maz.

  
mgr Maria Goździk

Załącznik nr 1 do Polityki zarządzania ryzykiem  
w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim

Nazwa komórki organizacyjnej

**Kwestionariusz zarządzania ryzykiem**  
Stan na dzień ..... r.

Cel i zadania komórki organizacyjnej	Identyfikacja ryzyka	Analiza ryzyka		Reakcja na ryzyko	Nadzór i monitorowanie ryzyka
		Wpływ	Prawdopodobieństwo		
1	2	3	4	5	6
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				

**Instrukcja wypełniania kwestionariusza.**

**Kwestionariusz wypełnia się dla jednego celu i zadań.**

1. Należy wpisać najważniejszy cel i zadania komórki organizacyjnej.

2. Należy zidentyfikować ryzyka towarzyszące danemu celowi i zadaniom.

3 i 4. Należy dokonać analizy ryzyka, czyli wpływu zidentyfikowanego ryzyka na działanie komórki organizacyjnej, wpisując odpowiednią wagę wpływu oraz określając odpowiednią wagę prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka, wykorzystując poniżej przedstawione wartościowanie wagi wpływu i wagi prawdopodobieństwa.

5. Należy określić działania, które zostały podjęte lub należy podjąć w celu zmniejszenia danego ryzyka do akceptowanego poziomu, np. wdrożenie odpowiednich mechanizmów kontrolnych.

6. Należy wpisać, w jaki sposób monitorowane jest zidentyfikowane ryzyko.

Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Maz.

*mgr Maria Goździk*

## Wpływ ryzyka

Wpływ	Opis	Waga wpływu
Nieznacznym	Znikomy wpływ na realizację celów i zadań, brak skutków prawnych, nieznacznym skutek finansowy, brak wpływu na bezpieczeństwo pracowników, brak wpływu na wizerunek jednostki.	1
Mały	Mały wpływ na realizację celów i zadań, brak skutków prawnych, mały skutek finansowy, brak wpływu na bezpieczeństwo pracowników, niewielki wpływ na wizerunek jednostki.	2
Średni	Średni wpływ na realizację celów i zadań, umiarkowane konsekwencje prawne, średni skutek finansowy, brak wpływu na bezpieczeństwo pracowników, średni wpływ na wizerunek jednostki.	3
Poważny	Poważny wpływ na zadania, w tym poważne zagrożenie terminu jego realizacji, jak i osiągnięcia celu, poważne konsekwencje prawne, poważne straty finansowe, zagrożenie bezpieczeństwa pracowników, poważny wpływ na wizerunek jednostki.	4
Katastrofalny	Brak realizacji zadania i brak realizacji celu, bardzo poważne i rozległe konsekwencje prawne, wysokie straty finansowe, naruszenie bezpieczeństwa pracowników, utrata dobrego wizerunku jednostki w środowisku oraz w opinii publicznej.	5

Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Maz.

  
mgr Maria Goździk

### Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka

Prawdopodobieństwo	Opis	Waga prawdopodobieństwa
Rzadkie	Zdarzenie może zaistnieć jedynie w wyjątkowych okolicznościach (prawdopodobieństwo od 1 do 20%, że wystąpi raz na 10 lat), a najprawdopodobniej w ogóle nie zaistnieje, nie wystąpiło dotychczas, dotyczy jednostkowych spraw.	1
Mało prawdopodobne	Istnieje małe prawdopodobieństwo zaistnienia tego zdarzenia (prawdopodobieństwo od 21 do 40%, że wystąpi raz na 5 lat), może wystąpić kilka razy w okresie 5 lat, dotyczy nielicznych spraw.	2
Średnie	Zaistnienie zdarzenia jest średnio możliwe, ale w niektórych przypadkach zdarzenie takie może mieć miejsce (prawdopodobieństwo od 41 do 60%, że wystąpi w przeciągu 3 lat), dotyczy niektórych spraw.	3
Duże	Zaistnienie zdarzenia jest bardzo prawdopodobne (prawdopodobieństwo od 61 do 80%, że wystąpi regularnie przynajmniej raz w roku), dotyczy większości spraw.	4
Prawie pełne	Można pewnie założyć, że zdarzenie takie wystąpi (prawdopodobieństwo od 81 do 100%, że będzie regularnie występować kilka razy w roku a nawet co miesiąc), dotyczy wszystkich lub prawie wszystkich spraw.	5

Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Maz.  
  
mgr Maria Goździk

Załącznik nr 2 do Polityki zarządzania ryzykiem  
w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim

Nazwa komórki organizacyjnej

**Rejestr zidentyfikowanych ryzyk**  
Stan na dzień ..... r.

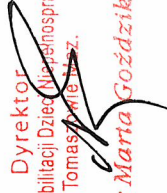
Cel i zadania	Numer ryzyka	Właściciel ryzyka	Kategoria ryzyka	Opis ryzyka	W	P	Punktowa ocena ryzyka	Funkcjonujące mechanizmy kontrolne	Wymagane działania	Termin wykonania
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	BKW1									
	BKW2									
	BKW3									
	BKW4									
	BKW5									

**Instrukcja wypełniania rejestru ryzyka.**

Rejestr ryzyk sporządza się na podstawie „Kwestionariuszy zarządzania ryzykiem”.

1. Należy wpisać cel i zadania komórki organizacyjnej, dla których zostały zidentyfikowane ryzyka.
2. Należy wpisać kolejną liczbę porządkową poprzedzoną symbolem komórki organizacyjnej, oznaczającą zidentyfikowane ryzyko, stanowiącą niepowtarzalny numer dla każdego zidentyfikowanego ryzyka.
3. Należy wpisać nazwę komórki organizacyjnej Ośrodka lub osobę, która zidentyfikowała ryzyko i jest odpowiedzialna za jego zarządzanie i monitoring.

4. Należy wpisać odpowiednią kategorię ryzyka, tj. pogrupowane czynniki ryzyka na zewnętrzne, wewnętrzne, strategiczne (polityczne, ekonomiczne, społeczne, technologiczne, legislacyjne, środowiskowe itp.), operacyjne (finansowe, prawne, zawodowe, umowne, technologiczne, środowiskowe, itp.).
5. Należy krótko scharakteryzować zidentyfikowane ryzyko.
6. Należy wpisać wagę wpływu zidentyfikowanego ryzyka na działanie komórki organizacyjnej.
7. Należy wpisać wagę prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka.
8. Należy dokonać punktowej oceny ryzyka, którą jest iloczyn wpływu i prawdopodobieństwa.
9. Należy wyszczególnić wdrożone w komórce organizacyjnej mechanizmy kontrolne.
10. Należy wpisać działania, które należy podjąć w celu ograniczenia ryzyka do akceptowanego poziomu.
11. Należy podać termin wykonania działań o których mowa w punkcie 10.

Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Maz.  
  
mgr Maria Goździk

Załącznik nr 3 do Polityki zarządzania ryzykiem  
 w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
 w Tomaszowie Mazowieckim

Nazwa komórki organizacyjnej

**Matryca punktowej analizy ryzyka**  
 Stan na dzień ..... r.

Wpływ	Waga						
Katastrofalny	5						
Poważny	4						
Średni	3						
Mały	2						
Nieznaczny	1						
	0	1	2	3	4	5	Waga
		Rzadkie	Mało prawdopodobne	Średnie	Duże	Prawie pewne	Prawdopodobieństwo

**Instrukcja wypełniania matrycy punktowej analizy ryzyka.**

1. Matrycę punktowej analizy ryzyka sporządza się dla każdego ryzyka na podstawie Rejestru ryzyk i załącza do dokumentacji prowadzonego Rejestru ryzyk.
2. Każde ryzyko należy umieścić w odpowiednim przedziale zgodnie z określonymi wagami wpływu i prawdopodobieństwa wystąpienia.
3. Adekwatne i efektywne mechanizmy kontroli mogą zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka, co oznacza że ryzyko może zostać przesunięte z prawej do lewej strony na osi prawdopodobieństwa.



4. Ryzyka znajdujące się w zaznaczonym obszarze białym, należy traktować jako ryzyka o najmniejszym prawdopodobieństwie wystąpienia i najmniejszym wpływie na komórkę lub jednostkę. Ryzyka w tym obszarze są na poziomie akceptowalnym.

5. Ryzyka znajdujące się w zaznaczonym obszarze jasnoszarym, należy traktować jako ryzyka o średnim prawdopodobieństwie wystąpienia i średnim wpływie na komórkę lub jednostkę. Ryzyka w tym obszarze wymagają sprawdzenia i rozważenia możliwości wprowadzenia lub modyfikacji mechanizmów kontrolnych.

6. Ryzyka znajdujące się w zaznaczonym obszarze ciemnoszarym, należy traktować jako ryzyka o największym prawdopodobieństwie wystąpienia i największym wpływie na komórkę lub jednostkę. Ryzyka w tym obszarze należy objąć szczególnym nadzorem i podjąć działania, które ograniczą prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka do akceptowalnego poziomu.

Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszówce Maz.  
*mgr Maria Goździk*

Załącznik nr 4 do Polityki zarządzania ryzykiem  
w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim


Ocena poziomu istotności ryzyka

Istotność ryzyka	Wartość z matrycy punktowej	Opis istotności ryzyka
Niska	od 1 do 6	Ryzyko o nieznacznym wpływie i rzadkim prawdopodobieństwie Ryzyko o małym wpływie i średnim prawdopodobieństwie Ryzyko o średnim wpływie i małym prawdopodobieństwie
Średnia	od 8 do 12	Ryzyko o małym wpływie i dużym prawdopodobieństwie Ryzyko o poważnym wpływie i małym prawdopodobieństwie Ryzyko o średnim wpływie i dużym prawdopodobieństwie Ryzyko o poważnym wpływie i średnim prawdopodobieństwie
Wysoka	od 15 do 25	Ryzyko o średnim wpływie i prawie pewnym prawdopodobieństwie Ryzyko o katastrofalnym wpływie i średnim prawdopodobieństwie Ryzyko o katastrofalnym wpływie i prawie pewnym prawdopodobieństwie

1. Ryzyko o niskiej istotności należy traktować jako ryzyko akceptowalne. Zaakceptowanie ryzyka nie wyklucza konieczności jego monitorowania.

2. Ryzyko średniej istotności wymaga rozważenia potrzeby wdrożenia działań zaradczych. Średnie ryzyko może jednak zostać zaakceptowane, gdy koszty wdrożenia działań zaradczych zapobiegania ryzyku są zbyt wysokie. Zaakceptowanie ryzyka nie wyklucza konieczności jego monitorowania.

3. Ryzyko o wysokiej istotności wymaga wprowadzenia działań zaradczych, w tym modyfikacji lub wprowadzenia nowych mechanizmów kontroli, które ograniczą prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka do akceptowalnego poziomu.

Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Maz.  
  
mgr Maria Goździk

Załącznik nr 5 do Polityki zarządzania ryzykiem  
w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim

**Przykładowe czynniki ryzyka**

1. Czynniki ryzyka dotyczące systemów informatycznych, w szczególności związane z:

- 1) utrzymaniem ciągłości pracy systemów informatycznych, np.: zatrzymanie pracy systemów informatycznych, brak przepływu informacji o błędach w systemach informatycznych;
- 2) dostępem do zasobów informatycznych jednostki, np.: wypływ danych z systemów, włamania do systemów;
- 3) wykorzystywaniem infrastruktury informatycznej, np.: awaria sprzętu, niedopasowanie systemów do bazy sprzętowej, wykorzystywanie nielegalnego oprogramowania;
- 4) rozwojem i wdrożeniem nowych systemów informatycznych, np. nieuprawnione wdrożenie zmian w oprogramowaniu i bazach danych.

2. Czynniki ryzyka o charakterze finansowym związane z:

- 1) wielkością środków finansowych jednostki, np.: zmiany wysokości dochodów, wydatków, przychodów, rozchodów, wielkości środków z Unii Europejskiej;
- 2) płynnością finansową;
- 3) inwestycjami, np.: niewłaściwe decyzje inwestycyjne, wzrost kosztów inwestycji, brak źródeł finansowania, opóźnienia w realizacji;
- 4) nieproduktywną stratą środków, np.: oszustwo, kradzież, kary umowne, grzywny;
- 5) sprawozdawczością finansową, np.: niedawne zmiany w systemie księgowania, częste zmiany pracowników odpowiedzialnych za sprawozdania, nierzetelność sprawozdań.

3. Czynniki ryzyka wynikające z charakteru prowadzonej działalności związane z:

- 1) działalnością podstawową jednostki, np.: stopień skomplikowania działalności, niewystarczające kompetencje pracowników, niedawne zmiany kluczowych pracowników, brak motywacji u pracowników;
  - 2) przetwarzaniem informacji, np.: nieadekwatność informacji, na podstawie których podejmuje się decyzje, utrata informacji, naruszenie poufności informacji;
  - 3) stabilnością działalności jednostki lub zatrudnienia, np.: ograniczenie lub znaczny wzrost zadań jednostki, zmiany procesów operacyjnych, decentralizacja działalności;
-

- 4) technologią, np.: zakłócenia w działaniu systemów informatycznych, powstanie nowych technologii, wdrażanie nowych technologii;
- 5) projektami prowadzonymi przez jednostkę, np.: niewłaściwe planowanie projektu, wzrost kosztów realizacji projektu, opóźnienia w realizacji projektu, brak środków na realizację projektu, niewłaściwe zarządzanie projektem, brak wyznaczonej osoby odpowiedzialnej za realizację projektu, brak współpracy komórek organizacyjnych, niepowodzenie projektu;
- 6) nowymi zadaniami i programami, np.: brak odpowiednich zasobów (środków finansowych, pracowników, wyposażenia, informacji), krótki termin realizacji, konieczność współpracy z innymi podmiotami;
- 7) innowacyjnością, np.: opór pracowników, brak skłonności do zmian, wdrażanie niesprawdzonych rozwiązań;
- 8) reputacją jednostki, np.: spadek reputacji na skutek niewłaściwego działania lub zaniedbań pracowników, niewłaściwej realizacji zadań przez jednostkę, złego zarządzania.

#### 4. Czynniki sprzyjające wystąpieniu ryzyka związanego z zarządzaniem:

- 1) jakość zespołu zarządzającego, np.: niewystarczające kwalifikacje kierownictwa, częste zmiany na stanowiskach kierowniczych, zbyt mała liczba osób na stanowiskach kierowniczych;
- 2) organizacja jednostki, np.: nieadekwatna struktura organizacyjna, brak zakresów obowiązków kierownictwa i pracowników, nieefektywny system przepływu informacji, znaczne zmiany w zakresie odpowiedzialności kierownictwa;
- 3) zarządzanie zasobami ludzkimi, np.: niesprawiedliwa praktyka wynagradzania, niskie wynagrodzenia, brak działań motywujących pracowników, nie zapewnienie odpowiednich szkoleń, niewystarczające możliwości rozwoju zawodowego pracowników, nieefektywna rekrutacja.

#### 5. Inne czynniki, mogące zwiększyć ryzyko:

- 1) niepowodzenia w osiągnięciu celów w przeszłości, np.: niezrealizowanie projektu lub programu, przekroczenie planowanych wydatków, naruszenie lub obejście procedur kontrolnych, naruszenie prawa lub regulacji wewnętrznych;
- 2) czynniki ryzyka wrodzonego (wewnętrznego), np.: charakter działalności, wielkość jednostki, liczba pracowników, wielkość majątku trwałego, liczba transakcji, wielkość budżetu.

#### 6. Czynniki zewnętrzne związane z:

- 1) infrastrukturą tj.: zakłócenia w dostawach energii, przerwy w łączności telefonicznej, przerwy w dostępie do Internetu i poczty elektronicznej;
  - 2) zewnętrznymi warunkami ekonomicznymi tj.: zmiany stóp procentowych, kursów walut, inflacji, długu publicznego;
-

- 3) zmianami politycznymi tj.: zmiany na stanowiskach istotnych dla funkcjonowania jednostki;
- 4) środowiskiem prawnym, tj.: nowe przepisy prawa, zmiana przepisów, brak regulacji prawnej w danym zakresie, skomplikowane lub niejasne przepisy;
- 5) środowiskiem naturalnym, tj.: zanieczyszczenie środowiska, katastrofa ekologiczna, protesty społeczne;
- 6) „siłą wyższą”, tj.: pożar, powódź, huragan;
- 7) innymi zagrożeniami i naciskami zewnętrznymi, tj.: działania przestępcze, terroryzm, presja polityczna, społeczna, naciski grup interesu, działalność lobbingsowa;
- 8) dostawcami i usługodawcami, tj.: niestabilni dostawcy, monopolistyczna pozycja dostawców.

Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Maz.  
  
mgr Maria Goździk