

Zarządzenie Nr 39/2010
Dyrektora Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Słupsku
z dnia 01 lipca 2010 r.

w sprawie ustalenia Regulaminu Kontroli Zarządczej oraz zarządzanie ryzykiem

Na podstawie art. 69, ust. 1 pkt 3 w powiązaniu z art. 68 ustawy o finansach publicznych (Dz. U. z r. 2009 Nr 157, poz. 1240) ustalam Regulamin Kontroli Zarządczej Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Słupsku w następującym brzmieniu:

ROZDZIAŁ 1

Przepisy ogólne

§ 1.

Regulamin określa:

1. cele i zadania kontroli zarządczej,
2. elementy systemu kontroli zarządczej,
3. zakres kontroli finansowej.

ROZDZIAŁ 2

Organizacja kontroli zarządczej

§ 2.

Kontrola zarządcza to ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy - opracowany w celu dostarczenia racjonalnego zapewnienia co do realizacji celów w następujących obszarach:

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.

§ 3.

System kontroli zarządczej w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej jest to zintegrowany zbiór elementów i czynności kontrolnych obejmujący:

1. samokontrolę,
2. kontrolę funkcjonalną,
3. kontrolę instytucjonalną.

§ 4.

1. Istotą wspólną czynności kontrolnych jest szczegółowe zbadanie stanu faktycznego i porównanie go z obowiązującą dla niego normą, oraz ustalenie odchyleń od tej normy.
2. W trakcie czynności kontrolnych ocena badanego stanu faktycznego powinna odbywać się według kryteriów, do których zalicza się:
 - a) poprawność organizacyjną komórki lub stanowiska pracy z punktu widzenia realizowanych celów (kompetencje, sprawność, prawidłowość i efektywność przyjętych rozwiązań organizacyjnych i kierunków działania, a także doboru środków w celu wykonania założonych zadań),
 - b) legalność, czyli zgodność z obowiązującymi przepisami i normami prawnymi,
 - c) gospodarność - ocena kontrolowanych zjawisk, procesów gospodarczych i finansowych z punktu widzenia racjonalności, efektywności i celowości podejmowanych decyzji,
 - d) a następnie ich realizacji: gospodarowanie aktywami jednostki, które umożliwią uzyskanie przy najniższych nakładach (w danych warunkach) optymalnych efektów,
 - e) celowość - zapewniająca eliminację działań niekorzystnych i zbędnych z punktu widzenia interesów jednostki, realizuje się przez sprawdzenie, czy środki finansowe zostały wydatkowane zgodnie z przeznaczeniem określonym w planie finansowym,
 - f) rzetelność - zgodność dokumentacji ze stanem faktycznym.

§ 5.

1. Do samokontroli zobowiązani są wszyscy pracownicy zatrudnieni w Poradni w Słupsku bez względu na zajmowane stanowisko i rodzaj wykonywanej pracy.
2. Samokontrola polega na kontroli prawidłowości wykonywania własnej pracy przez pracowników w oparciu o obowiązujące przepisy prawa i obowiązki wynikające z posiadanego zakresu czynności służbowych, z uwzględnieniem postanowień niniejszego regulaminu. Samokontrola realizowana jest w ramach powierzonych obowiązków służbowych w toku codziennego wykonywania zadań.
3. W przypadku ujawnienia nieprawidłowości, pracownik dokonujący samokontroli, jest zobowiązany:
 - a) podjąć niezbędne działania zmierzające do usunięcia nieprawidłowości,
 - b) niezwłocznie poinformować przełożonego o ujawnionych nieprawidłowościach.
4. Przełożony, który został poinformowany o ujawnionych nieprawidłowościach, zobowiązany jest niezwłocznie podjąć decyzję w sprawie dalszego toku postępowania w odniesieniu do ujawnionych nieprawidłowości.

§ 6.

Kontrola funkcjonalna wykonywana jest przez pracowników zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych oraz na innych stanowiskach biorących udział w realizacji określonych zadań, operacji, procesów, itp., których obowiązki wykonywania kontroli funkcjonalnej zostały określone w zakresach

czynności służbowych, bądź którzy do wykonywania tej kontroli zostali zobligowani na podstawie innych przepisów. Cel, zadania oraz elementy kontroli funkcjonalnej określa niniejszy regulamin.

§ 7.

1. Kontrola instytucjonalna przeprowadzana jest przez:
 - zespoły kontrolne powołane na podstawie zarządzeń dyrektora Poradni w Słupsku.
2. Cel, zasady i tryb przeprowadzania kontroli instytucjonalnej określa Zarządzenie Nr 38/2010 dyrektora Poradni w Słupsku w sprawie określania sposobu prowadzenia kontroli zarządczej.

ROZDZIAŁ 3

Charakter i rodzaje kontroli zarządczej

§ 8.

1. Charakter mechanizmów kontrolnych:
 - a. zapobiegawczy - w celu zapobiegania występowaniu niepożądanych zjawisk,
 - b. wykrywający - w celu wykrycia i skorygowania niepożądanych zjawisk, które już wystąpiły,
 - c. dyrektywny - w celu spowodowania lub pobudzenia wystąpienia pożądanego zjawiska.
2. W przypadku, gdy mechanizmy określone w ust. 1 nie występują, lub zastosowanie ich jest zbyt kosztowne w stosunku do uzyskiwanych korzyści, należy zastosować mechanizmy kontrolne kompensujące - łagodzące.

§ 9.

Rodzaje kontroli:

1. zwrotna - dostarcza informacji na temat zakończonej działalności. Umożliwiają udoskonalenie działania w przyszłości poprzez naukę na dawnych błędach,
2. równoległa - koryguje bieżące procesy. Monitorują działalność w czasie rzeczywistym, aby nie dopuścić do znacznych odchyleń od standardów,
3. wyprzedzająca - przewiduje problemy i im zapobiega.

ROZDZIAŁ 4

System kontroli zarządczej i zarządzanie ryzykiem

§ 10.

Kontrola zarządcza składa się z pięciu wzajemnie powiązanych elementów:

1. środowiska wewnętrznego,
2. zarządzania ryzykiem,
3. czynności/mechanizmy kontrolne,

4. informacja i komunikacja,
5. monitoring i ocena.

§ 11.

1. Środowisko kontroli - odzwierciedla postawę oraz rzeczywiste działania najwyższego kierownictwa w odniesieniu do znaczenia kontroli w organizacji. Nadaje ton organizacji oraz wpływa na świadomość personelu. Zapewnia dyscyplinę i strukturę umożliwiającą realizację podstawowych celów kontroli wewnętrznej.
2. Kierownik jednostki oraz pracownicy, wykonując powierzone im zadania i obowiązki, kierują się osobistą i zawodową uczciwością. Kierownik jednostki poprzez przykład i codzienne decyzje wspiera i promuje przyjęte wartości etyczne oraz osobistą i zawodową uczciwość pracowników.
3. Pracownicy posiadają taki poziom wiedzy, umiejętności i doświadczenia, który pozwala im na skuteczne i efektywne wypełnianie powierzonych zadań i obowiązków, a także rozumieć znaczenie systemu kontroli zarządczej.
4. Proces zatrudniania prowadzony jest w taki sposób, który zapewnia wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy.
5. Kierownik jednostki zapewnia rozwijanie kompetencji zawodowych przez pracowników jednostki.
6. Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych pracowników oraz zakres sprawozdawczości jest określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny.
7. Każdemu pracownikowi został przedstawiony na piśmie zakres jego obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności.
8. Zakres, o którym mowa w ust. 6 jest precyzyjnie określony oraz odpowiedni do wagi podejmowanych decyzji i ryzyka z nimi związanego.
9. Projekt zakresu, o którym mowa w ust. 6 opracowuje bezpośredni przełożony danego pracownika, a zatwierdza dyrektor lub upoważniony przez niego pracownik.
10. Przyjęcie zakresu jest potwierdzone przez pracownika jego podpisem.
11. Pracownicy na stanowiskach funkcyjnych są zobowiązani do zidentyfikowania zadań, przy wykonywaniu których pracownicy mogą być szczególnie podatni na wpływy szkodliwe dla gospodarki finansowej lub wizerunku jednostki oraz ustanowienia środków zaradczych.
12. Zestawienie zadań wrażliwych oraz mechanizmów kompensujących winno być określone w formie pisemnej. Pracownicy winni być zapoznani z niniejszym zestawieniem.

§ 12.

1. Zarządzanie ryzykiem - opiera się na zestawie wzajemnie uzupełniających się celów, o których mowa w § 2, połączonych ze sobą na wszystkich szczeblach organizacji. Obejmuje rozpoznanie i analizę zewnętrznych i wewnętrznych ryzyk zagrażających realizacji celów na szczeblu danej działalności, jak i całej organizacji.
2. Kierownictwo, systematycznie, nie rzadziej niż raz w roku, dokonują identyfikacji zewnętrznego i wewnętrznego ryzyka związanego z poszczególnymi celami i zadaniami.

3. Zidentyfikowane ryzyka poddawane są analizie mającej na celu określenie możliwych skutków i prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka w Poradni. Dyrektor określa akceptowany poziom ryzyka.
4. Wobec zidentyfikowanych ryzyk określa się rodzaj możliwych reakcji (tolerowanie, przeniesienie, wycofanie się, działanie). Dyrektor określa działania, które należy podjąć w celu zmniejszenia danego ryzyka do akceptowanego poziomu.

§ 13.

1. Ustala się następujące kategorie (obszary) ryzyka:
 - 1) ryzyko finansowe,
 - 2) ryzyko dotyczące zasobów ludzkich,
 - 3) ryzyko działalności,
 - 4) ryzyko zewnętrzne.
2. Przykłady ryzyka wstępującego w ramach poszczególnych kategorii (obszarów) określa załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 14.

1. Ocena ryzyka polega na określeniu wpływu i prawdopodobieństwa ziszczenia się ryzyka a następnie ustaleniu jego istotności według zasad określonych w § 15.
2. Określenie wpływu ryzyka polega na określeniu przewidywanych skutków jakie będzie miało, dla realizacji zadania, osiągnięcia celu i realizacji budżetu Poradni, wystąpienia zdarzenia objętego ryzykiem. Do określenia wpływu używanych jest opis jakościowy przy zastosowaniu skali ocen: wysoki, średni, niski
3. Określenie prawdopodobieństwa ziszczenia się ryzyka polega na określeniu przewidywanej częstotliwości występowania zdarzenia objętego ryzykiem w trakcie roku. Do określenia prawdopodobieństwa stosowany jest opis jakościowy przy zastosowaniu skali ocen: wysoki, średni, niski.
4. Podczas określania wpływu i prawdopodobieństwa ziszczenia się ryzyka stosowane są zasady zawarte w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 15.

1. W oparciu o dokonaną ocenę wpływu i prawdopodobieństwa ziszczenia się ryzyka ustalany jest poziom istotności ryzyka wskazany w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.
2. Ustala się następujące poziomy ryzyka:
 - 1) Ryzyko poważne, tj. ryzyko o wysokim wpływie oraz wysokim lub średnim prawdopodobieństwie oraz średnim wpływie i wysokim prawdopodobieństwie.
 - 2) Ryzyko umiarkowane, tj. ryzyko o wysokim wpływie i niskim prawdopodobieństwie, ryzyko o średnim wpływie i średnim prawdopodobieństwie, a także ryzyko o niskim wpływie i wysokim prawdopodobieństwie.

- 3) Ryzyko niskie, tj. ryzyko o niskim wpływie oraz średnim lub niskim prawdopodobieństwie lub średnim wpływie i niskim prawdopodobieństwie.

§ 16.

1. Ryzykiem akceptowanym jest ryzyko niskie. Ryzyko umiarkowane i poważnie przekraczają akceptowany poziom ryzyka.
2. Ryzyko przekraczające akceptowany poziom ryzyka wymaga ustalenia i podjęcia działań ograniczających je do poziomu poprzez zmniejszenie wpływu lub prawdopodobieństwa ziszczenia się (przeciwdziałanie ryzyku.)

§ 17.

1. Czynności/mechanizmy kontrolne - zasady i procedury, przy pomocy których zapewnia się realizację wytycznych kierownictwa w odpowiedzi na ryzyko zagrażające realizacji celów. Bez względu na to, czy są wykonywane automatycznie, czy ręcznie, mają różne cele i są stosowane na wszystkich szczeblach i funkcjach.
2. Skuteczne mechanizmy kontrolne powinny być:
 - 1) na czas - wykrycie powinno pozwolić na wczesną korektę odchyień,
 - 2) oszczędne - kontrole powinny dawać racjonalne zapewnienie osiągnięcia oczekiwanych wyników, z uwzględnieniem analizy kosztów-korzyści, operacje finansowe i gospodarcze muszą być zatwierdzane przez dyrektora bądź przez osobę przez niego upoważnioną,
 - 3) dobrze umiejscowione - punkty kontrolne powinny się znajdować tam, gdzie jest najbardziej prawdopodobne, są pomiary pozwolą wykryć krytyczne odchylenia od celów organizacji,
 - 4) elastyczne - kontrole powinny uwzględniać zmiany operacyjne,
 - 5) odpowiednie - powinny odpowiadać potrzebom kierownictwa i powinny być dopasowane do struktury organizacyjnej. Muszą rzetelnie odzwierciedlać wydarzenia, do pomiaru których zostały zaprojektowane,
 - 6) spójne z odpowiedzialnością - ustanawiają odpowiedzialność za wyniki,
 - 7) zdolne identyfikować przyczyny - korekta jest bardziej prawdopodobna, jeśli została zaplanowana jako odpowiedź na znane potencjalne przyczyny.
 - 8) rzetelne – pełne dokumentowanie i rejestrowanie operacji finansowych i gospodarczych, weryfikacja operacji przed i po realizacji.

§ 18.

1. W celu określenia metody przeciwdziałania ryzyku należy przeanalizować:
 - 1) przyczyny (źródła) ryzyka i możliwe scenariusze rozwoju wydarzeń,
 - 2) istniejące mechanizmy kontroli stosowane w celu ograniczenia lub uniknięcia tego ryzyka:
 - 3) skuteczność istniejących mechanizmów kontroli, tj. zakres w jakim przeciwdziałają ryzyk, a poprzez to ułatwiają lub utrudniają realizację ustalonych celów i zadań.

§ 19.

1. Na podstawie dokonanej identyfikacji i oceny ryzyka określenia metody przeciwdziałania ryzyku, osoby kierujące wypełniają „Arkusze identyfikacji oceny i przeciwdziałaniu ryzyka”, zwanej dalej „Arkuszami”, według wzoru zamieszczonego w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia.
2. Odnotowanie w Arkuszach wymagają wszystkie zidentyfikowanie ryzyka natomiast dla ryzyka przekraczającego akceptowany poziom ryzyka (ryzyko poważne i umiarkowane) należy podać planowane metody ograniczania go do akceptowanego poziomu.
3. Arkusze przedkładane są koordynatorowi zarządzania ryzykiem w terminie do 30 listopada każdego roku.
4. Arkusze podlegają zatwierdzeniu przez koordynatora zarządzania ryzykiem.
5. Koordynator zarządzania ryzykiem w terminie do 15 grudnia każdego roku sporządza zbiorczy raport identyfikacji ryzyka przekraczających akceptowany poziom ryzyka (ryzyko poważne i umiarkowane) oraz planowane metody ograniczenia go do akceptowanego poziomu.

§ 20.

1. Informacja i komunikacja - należy zidentyfikować, zebrać i przekazać istotne zewnętrzne lub wewnętrzne informacje w odpowiednim czasie i we właściwy sposób
2. System informacyjny może być formalny lub nieformalny. Wykorzystuje on informacje wewnętrzne i zewnętrzne w celu generowania sprawozdań finansowych, operacyjnych i zgodności.
3. Informacja powinna być odpowiednia, na czas, aktualna, dokładna i dostępna.
4. Przekazywanie informacji (komunikacja) w Poradni umożliwia wykonywanie obowiązków związanych ze sprawozdawczością finansową, operacjami i zgodnością.

§ 21.

1. Monitoring jest to proces oceny jakości działania systemu w określonym czasie.
2. Dyrektor w ramach wykonywania bieżących obowiązków monitoruje skuteczność kontroli zarządczej i jego poszczególnych elementów.
3. Do bieżącej oceny funkcjonowania kontroli zarządczej zobowiązani są także inni pracownicy pełniący funkcje kierownicze, a zidentyfikowane problemy są na bieżąco rozwiązywane.
4. Co najmniej raz w roku przeprowadzana jest samoocena systemu kontroli zarządczej przez pracowników pełniących funkcję kierownicze.

ROZDZIAŁ 5

Kontrola finansowa

§ 22.

Kontrola finansowa, jako część systemu kontroli zarządczej obejmuje:

- 1) zapewnienie przestrzegania procedur kontroli oraz przeprowadzenie wstępnej oceny celowości zaciągania zobowiązań finansowych i dokonywania wydatków,
- 2) badanie i porównanie stanu faktycznego ze stanem wymaganym, pobierania i gromadzenia środków publicznych, dokonywanie wydatków ze środków publicznych, udzielania zamówień publicznych oraz zwrotu środków publicznych,
- 3) prowadzenie gospodarki finansowej oraz stosowanie procedur kontroli, o których mowa w pkt.1.

§ 23.

1. Merytoryczne kwestie z zakresu gospodarki finansowej w formie procedur kontroli są uregulowane odrębnymi przepisami wewnętrznymi.
2. Procedury kontroli zawarte w § 23 ust. 1 stanowią podstawę badania w trakcie trwania czynności kontrolnych, zgodności stanu faktycznego operacji finansowych z zawartymi w nich oznaczeniami.

§ 24.

W przypadku ujawnienia nieprawidłowości dotyczącym procesu gospodarki finansowej pracownik jest zobowiązany do podjęcia działań, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4 regulaminu.

ROZDZIAŁ 6

Postanowienia końcowe

§ 25.

W przypadku stwierdzenia możliwości usprawnienia procedur ustalonych niniejszym regulaminem, wnioski w tej sprawie należy składać u dyrektora Poradni.

§ 26.

Wszyscy pracownicy winni zapoznać się z treścią zarządzenia i bezwzględnie przestrzegać zawartych w nim postanowień.

§ 27.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01 stycznia 2011 r.