

Załącznik do Zarządzenia Nr ¹⁰.../2019
Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego
z dnia ²⁵... października 2019 roku



PROCEDURA SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

VII.03.00/05 ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

	Data	Imię i nazwisko	Podpis	Symbol
Opracowała	25.10.2019 r.	Renata Margalska		PIA
Zaakceptował	25.10.2019 r.	Marek Smoczyk		PSZJ



Procedura zarządzania ryzykiem określa zasady obowiązujące w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Kujawsko-Pomorskiego, zwanym dalej Urzędem, w zakresie:

- 1) identyfikacji obszarów podatnych na ryzyko;
- 2) dokonywania oceny ryzyka poprzez szacowanie zagrożeń, podatności i następstw wystąpienia niepożądanych zdarzeń, w tym sytuacji niezgodnych z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) postępowanie z ryzykiem w celu wyboru i wdrożenia środków modyfikujących ryzyko;
- 4) dokumentowania procesu zarządzania ryzykiem.

Zarządzanie ryzykiem stanowi podstawę doskonalenia Systemu Zarządzania Jakością i Kontroli zarządczej w Urzędzie w obszarach usług świadczonych dla społeczeństwa regionu w celu zapewnienia odpowiedniego ładu organizacyjnego.

1. Cel działania.

Celem głównym zarządzania ryzykiem w Urzędzie jest zwiększenie efektywności i skuteczności realizowanych celów i zadań, a także wypełnianie obowiązków wynikających z przepisów szczególnych przypisanych do realizacji administracji publicznej, w tym Urzędowi Marszałkowskiemu, m.in. w zakresie bezpieczeństwa informacji, przeciwdziałaniu cyberatakam, korupcji i innych.

Celami szczegółowymi procedury są między innymi:

- 1) szerzenie świadomości zarządzania ryzykiem wśród kadry zarządzającej i pracowników Urzędu;
- 2) ustanowienie odpowiedzialności w ramach realizacji procesu zarządzania ryzykiem w Urzędzie;
- 3) wsparcie pracy osób odpowiedzialnych za zarządzanie ryzykiem oraz monitorowanie ryzyka i procesu zarządzania ryzykiem na każdym szczeblu struktury organizacyjnej Urzędu.

2. Przyjęte nazewnictwo – definicje i skróty.

- 1) **MW/Marszałek** – Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego;
- 2) **DD/Dyrektor Departamentu** – dyrektorzy departamentów oraz wydziałów/biur na prawach departamentów;
- 3) **PSZJ** – Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością;
- 4) **A/Administrator** – koordynator i administrator Systemu Zarządzania Jakością i Kontroli zarządczej;
- 5) **P** – pracownik Urzędu;
- 6) **Ryzyko** – to możliwość/prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń, które będą miały negatywny wpływ na realizację zadań i założonych celów poszczególnych komórek organizacyjnych Urzędu;
- 7) **Centralny rejestr ryzyk** – dokument zawierający ryzyka zidentyfikowane w poszczególnych departamentach o poziomie istotności 16 punktów i powyżej;
- 8) **Raport** – dokument zawierający zapis informacji z przeglądu ryzyka i środków kontroli oraz z wyników przeglądów procesu zarządzania ryzykiem w poszczególnych departamentach;



- 9) **Monitorowanie** – ciągle sprawdzanie, nadzorowanie, krytyczne obserwowanie lub określanie stanu prowadzone w celu zidentyfikowania zmian;
- 10) **Właściciel ryzyka** – właścicielami ryzyk zidentyfikowanych w ramach celów operacyjnych są dyrektorzy departamentów oraz wydziałów/biur na prawach departamentów;
- 11) **Identyfikacja ryzyka** – proces wyszukania, rozpoznania i opisanie ryzyka;
- 12) **Analiza ryzyka** – proces dążący do poznania charakteru ryzyka i określenia poziomu ryzyka oraz podjęcia decyzji w zakresie postępowania z ryzykiem;
- 13) **Przegląd ryzyka** – działanie podejmowane w celu określenia przydatności, adekwatności oraz skuteczności zidentyfikowanych ryzyk do osiągnięcia ustalonych celów. Przegląd jest stosowany do procesu zarządzania ryzykiem, ryzyka i środków kontroli;
- 14) **Środek kontroli** – wszystko to co modyfikuje ryzyko;
- 15) **Cel** – określony przyszły, pożądany stan bądź rezultat działania komórki organizacyjnej, możliwy do osiągnięcia, w określonym czasie;
- 16) **Zadanie** – czynność lub zespół czynności, które należy wykonać, aby osiągnąć zaplanowane cele;
- 17) **Cele strategiczne** – cele określone przez organ stanowiący lub wykonawczy Samorządu Województwa w perspektywie czasowej dłuższej niż rok oraz cele wynikające do realizacji z przepisów prawa.
- 18) **Cele operacyjne** – cele określone w perspektywie rocznej na poziomie departamentów/wydziałów Urzędu Marszałkowskiego, które służą realizacji konkretnego celu strategicznego.

3. Zakres podmiotowy stosowania procedury.

Procedura obowiązuje wszystkich pracowników Urzędu, a w szczególności: dyrektorów departamentów/wydziałów, kierujących samodzielnie komórkami organizacyjnymi Urzędu, Pełnomocnika ds. SZJ i Administratora Systemu.

4. Zakres przedmiotowy procedury.

Procedurę tę stosuje się do identyfikacji, analizy, monitorowania i przeglądu ryzyka w komórkach organizacyjnych Urzędu. Odmienne uregulowania stosuje się w odniesieniu do obszaru:

- 1) zarządzania i wdrażania Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego stosuje się odrębne uregulowania. Analiza z tego obszaru jest przekazywana na Przegląd Systemu Zarządzania do Administratora systemu do dnia 15 stycznia za poprzedni rok.
- 2) bezpieczeństwa informacji, w tym cyberbezpieczeństwa. Analiza z tego obszaru jest przekazywana zbiorczo raz w roku na Przegląd Systemu Zarządzania do dnia 15 stycznia za poprzedni rok – przez Inspektora Ochrony Danych, na wzorach formularzy niniejszej procedury.

W przypadku występowania indywidualnych uregulowań w innych obszarach objętych procedurą (np.: Program Operacyjny Rybactwo i Morze na lata 2014-2020, dokumentowanie analizy prowadzonego ryzyka dwa razy w roku) – pierwszeństwo mają uregulowania w nich zawarte.



5. Zasady odpowiedzialności i uprawnień.

Działania określone w procedurze zarządzania ryzykiem realizowane są przez dyrektorów departamentów oraz kierowników komórek organizacyjnych pod bezpośrednim nadzorem właściwych członków Zarządu lub/i Pełnomocnika ds. SZJ.

Dyrektor departamentu może na piśmie przekazać uprawnienia i odpowiedzialność za wykonanie poszczególnych działań.

6. Postępowanie.

Odpowiedzialni

- 6.1 Dyrektorzy departamentów opracowują lub aktualizują w terminie do 30 listopada każdego roku listę celów strategicznych, w realizacji których będą uczestniczyć. **DD**
- 6.2 Dyrektorzy departamentów biorąc pod uwagę cele strategiczne ustalają w terminie do 30 listopada każdego roku kalendarzowego cele operacyjne na rok następny. Wyznaczanie celów i ich pomiaru dokonuje się zgodnie z formularzem *zasady wyznaczania i mierniki celów* stanowiącym załącznik do procedury. **DD**
- 6.4 Informację z realizacji celów dyrektorzy departamentów przekazują do Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością dla potrzeb Przeglądu Systemu Zarządzania Jakością do 15 stycznia za rok poprzedni, na wzorze *Sprawozdania z realizacji celów operacyjnych* stanowiącym załącznik do procedury. **DD**
- 6.5 Dyrektorzy departamentów w *Arkuszu oceny i przeglądu ryzyka* stanowiącym załącznik do niniejszej procedury wyznaczając cele operacyjne, dokonują identyfikacji i analizy ryzyka. Proces analizy ryzyka należy zakończyć do 15 stycznia każdego roku. Ryzyko podlega powtórnej ocenie w sytuacji zmiany celów lub zadań. **DD**
- 6.6 Dyrektorzy departamentów dokonują analizy ryzyka biorąc pod uwagę kryteria oceny ryzyka zamieszczone w załączniku do niniejszej procedury *Instrukcja oceny ryzyka*. **DD**
- 6.7 Ryzyka, które w wyniku oceny otrzymają wartość o poziomie istotności 4 i mniej punktów można uznać za ryzyka akceptowalne nie wymagające szczególnej uwagi i nadzoru. **DD**
- 6.8 Ryzyka, które w wyniku oceny otrzymają wartość o poziomie istotności pomiędzy 5 - 15 punktów (łącznie z wartościami brzegowymi) należy uznać za ryzyka, które wymagają ciągłego sprawdzania, nadzorowania i krytycznego obserwowania przez właścicieli ryzyk. **DD**
- 6.9 Ryzyka, które w wyniku oceny otrzymają wartość o poziomie istotności 16 są ryzykami krytycznymi i podlegają wpisaniu do Centralnego Rejestru Ryzyk prowadzonego przez Administratora. **DD**
- 6.10 Prowadzenie Centralnego Rejestru Ryzyka i jego aktualizacja. **A**
- 6.11 W przypadku ryzyka krytycznego (16 i powyżej) właściciele ryzyk dyrektorzy departamentów składają raz na kwartał Arkusze oceny i przeglądu ryzyka z informacją w zakresie materializacji ryzyka krytycznego, a także ze stosowania zaplanowanych mechanizmów kontrolnych. **DD**



- 6.12 W sporządzanych kwartalnych *Arkuszach oceny i przeglądu ryzyka* należy odnieść się do zaproponowanych działań celem obniżenia ryzyka krytycznego (dodatkowe mechanizmy kontrolne) i jeżeli analiza wykaże ich nieskuteczność zmienić je. **DD**
- 6.13 Kwartalną analizę ryzyka krytycznego przedkłada się Pełnomocnikowi ds. Systemu Zarządzania Jakością/Administratorowi Systemu Zarządzania do dnia 15 pierwszego miesiąca następnego kwartału. **DD**
- 6.14 Wszystkie ryzyka podlegają przeglądowi i analizie raz w roku nie później niż do 15 stycznia każdego roku za poprzedni rok kalendarzowy. **DD, A**
- 6.15 Za przegląd ryzyka odpowiedzialny jest Dyrektor departamentu/wydziału. **DD**
- 6.16 Dyrektorzy departamentów/wydziałów sporządzają raport z przeglądu ryzyka zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik do niniejszej procedury za poprzedni rok kalendarzowy do 15 stycznia i omawiają go z nadzorującym członkiem Zarządu Województwa, który zatwierdza raport poprzez jego podpisanie. **DD**
- 6.17 Raport z przeglądu ryzyka dyrektorzy departamentów przekazują Pełnomocnikowi ds. Systemu Zarządzania Jakością do 15 stycznia za poprzedni rok. **DD**
- 6.18 Dyrektorzy departamentów wyniki procesu oceny i przeglądu ryzyka dokumentują w *Arkuszu oceny i przeglądu ryzyka* stanowiącym załącznik do niniejszej procedury. Arkusz oceny i przeglądu ryzyka wraz z listą celów strategicznych do 15 stycznia każdego roku przekazywany jest do Pełnomocnika ds. SZJ i/lub wyznaczonego przez niego pracownika. **DD**
- 6.19 Opracowanie Centralnego Rejestru Ryzyka, dokonanie analizy ryzyka w skali Urzędu (za rok poprzedni) oraz przekazanie opracowań w terminie do dnia 31 maja do Pełnomocnika ds. SZJ. **A**
- 6.20 Dokonuje się przeglądu procesu zarządzania ryzykiem i środków kontroli w ramach rocznego przeglądu systemu zarządzania jakością. **PSZJ, A**
- 6.21 Pełnomocnik ds. SZJ i/lub Administrator do końca maja każdego roku prezentuje na Zarządzie Województwa (lub przedstawia Marszałkowi Województwa) ryzyka krytyczne dla Urzędu Marszałkowskiego oraz wyniki przeglądu procesów zarządzania ryzykiem i środków kontroli. **PSZJ, A**

7. Forma dokumentowania procesu – zapisy.

7.1. Arkusze analizy i przeglądu ryzyka.

Arkusze analizy i przeglądu ryzyka przechowywane są przez: dyrektorów departamentów, wydziałów na prawach departamentów, Pełnomocnika ds. SZJ i/lub Administratora zgodnie z obowiązującymi przepisami określającymi zasady przechowywania i archiwizacji akt.

7.2. Centralny Rejestr ryzyk.

Centralny Rejestr ryzyk przechowywany jest u Pełnomocnika ds. SZJ i/lub Administratora zgodnie z obowiązującymi przepisami określającymi zasady przechowywania i archiwizacji akt.



7.3. Raport z przeglądu ryzyka

Raporty z przeglądu ryzyka przechowywane są w komórkach, w których powstały oraz u Pełnomocnika ds. SZJ i/lub Administratora, zgodnie z obowiązującymi przepisami określającymi zasady przechowywania i archiwizacji akt.

Raport z przeglądu ryzyka w zakresie bezpieczeństwa informacji przechowuje Inspektor Ochrony Danych oraz Pełnomocnik ds. SZJ i/lub Administrator.

8. Załączniki.

NR FORMULARZA	NAZWA
VII.03.01/03	Arkusze oceny i przeglądu ryzyka
VII.03.02/03	Instrukcja oceny ryzyka
VII.03.03/04	Raport z przeglądu ryzyka
VII.03.04/03	Zasady wyznaczania i mierniki celów
VII.03.05/02	Centralny Rejestr ryzyk
VII.03.06/01	Sprawozdanie z realizacji celów operacyjnych

9. Dokumenty związane.

9.1. VII.00.00/07 – Karta Procesu - System Zarządzania Jakością.

10. Zmiany.

Lp.	OPIS ZMIANY
1.	W dniu 01.09.2014 r. dokonano zmiany brzmienia punktów: 6.13, 6.14, 6.15 i 6.16.
2.	W dniu 08.03.2017 r. dokonano zmiany w punkcie 9 poprzez wykreślenie punktu 9.2 i 9.3.
3.	W dniu 22.08.2018 r. dodano do procedury wstęp, uszczegółowiono cele, zmodyfikowano zakres przedmiotowy procedury (pkt 4), dodano nowe punkty po pkt. 6.8, numeracja uległa zmianie
4.	W dniu 25.10.2019 zmieniono <i>Instrukcję oceny ryzyka</i> , dodano formularz <i>Sprawozdanie z realizacji celów</i> , zmieniono brzmienie pkt. 4, 6.2, 6.4 oraz 6.10, numeracja uległa zmianie



Arkusz oceny i przeglądu ryzyka na rok, za kw. /, za rok

/wypełnić odpowiednio, niepotrzebne skreślić/

Strona: 1 z 1

Nr edycji: VII.03.01/03

Analiza ryzyka prowadzona w
nazwa komórki organizacyjnej

Cel Strategiczny:

Lp.	Cel operacyjny	Opis ryzyka	Funkcjonujące mechanizmy kontrole	Analiza ryzyka			Proponowane działania do podjęcia w celu obniżenia ryzyka krytycznego	Przeгляд ryzyka		
				Prawdopodobieństwo wystąpienia	Wpływ ryzyka na realizację celów i zadań	Istotność ryzyka (mnożenie kolumn 5x6)		Czy ryzyko wystąpiło Tak/Nie	Przyczyna wystąpienia	Jakie podjęto działania
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Uwaga:

- 1) W terminie do 15 stycznia na dany rok kalendarzowy dyrektorzy departamentów/wydziałów dokonują opisu i analizy ryzyka i wskazują proponowane działania w celu obniżenia ryzyka krytycznego (należy wypełnić kolumny arkusza od 1 do 8).
- 2) Przegląd ryzyka dokonywany jest po upływie kwartału (w przypadku ryzyk krytycznych do dnia 15 pierwszego miesiąca następnego kwartału), po upływie roku - do 15 stycznia za ubr. (należy wypełnić kolumny arkusza od 9 do 11).

Data:

Podpis Dyrektora Departamentu



KRYTERIA OCĘNY RYZYKA

1. Ocena prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka

Prawdopodobieństwo należy oceniać w skali od 1 do 5 gdzie:

- 1 pkt – ryzyko rzadkie – możliwość wystąpienia zdarzenia, które do tej pory nie wystąpiło w Departamencie/Urzędzie.
- 2 pkt – ryzyko mało prawdopodobne – możliwość wystąpienia zdarzenia w Departamencie/Urzędzie, które lub/i wystąpiło w zamierzonej przeszłości w Departamencie/Urzędzie.
- 3 pkt – ryzyko średnio prawdopodobne – dane zdarzenie wystąpiło jeden raz w Departamencie/Urzędzie w okresie dwóch ostatnich lat.
- 4 pkt – ryzyko prawdopodobne - dane zdarzenie wystąpiło dwa razy w Departamencie/Urzędzie, w okresie ostatnich dwóch lat.
- 5 pkt - ryzyko prawie pewne – dane zdarzenie wystąpiło więcej niż dwa razy w Departamencie/Urzędzie, w okresie ostatniego roku.

2. Ocena potencjalnych skutków wpływu/oddziaływania wystąpienia ryzyka

Potencjalne skutki wpływu/oddziaływania ryzyk należy oceniać w skali od 1 do 5

Poniżej przedstawiono potencjalne skutki wystąpienia zdarzeń na pięciu poziomach wpływu ryzyka na realizację wyznaczonych celów i zadań. W zależności od oceny potencjalnych skutków ryzyk przyporządkowujemy każdemu zidentyfikowanemu ryzyku punkty, gdzie:

1 pkt – oznacza nieznaczny wpływ ryzyka na działalność w obszarze wyznaczonych celów i zadań, w szczególności:

- a) możliwość naruszenia prawa w jakimkolwiek zakresie,
- b) możliwość wystąpienia zdarzeń skutkujących wystąpieniem ryzyka mogącego negatywnie wpłynąć na realizowane cele i zadania,
- c) nieznaczne znaczenie dla ładu organizacyjnego tzn. nieznaczne zakłócenie działań w jakimkolwiek zakresie,
- d) nieznaczne obniżenie wiarygodności działalności w opinii interesariuszy: np.: skutek – możliwość powstania negatywnego artykułu prasowego.

2 pkt - oznacza mały wpływ ryzyka na działalność w obszarze wyznaczonych celów i zadań, w szczególności:

- a) naruszenia prawa w jakimkolwiek zakresie,
- b) wystąpienie zdarzeń mających negatywny wpływ na realizację wyznaczonych celów i zadań,
- c) będzie miało znaczenia dla ładu organizacyjnego tzn. zakłóci działania pod względem poprawności organizacyjnej w obszarze zasad etycznego postępowania,
- d) obniżenia wiarygodności działalności w opinii interesariuszy: np.: skutek wniesienie uzasadnionej skargi.



Instrukcja oceny ryzyka

Strona: 2 z 3

Nr edycji: VII.03.02/03

3 pkt – oznaczają umiarkowany wpływ ryzyka na działalność w obszarze wyznaczonych celów i zadań, w szczególności:

- a) naruszenia prawa nie skutkującego sankcją,
- b) opóźnienia realizacji celów,
- c) skutków w sferze bezpieczeństwa zasobów dotyczących sytuacji niezgodnych,
- d) będzie miało znaczenia dla ładu organizacyjnego tzn.: zakłóci działania pod względem poprawności organizacyjnej i będzie generować ryzyka w obszarze środowiska kontroli,
- e) obniżenia wiarygodności działalności w opinii interesariuszy – np.: wniesienie odwołania skutkującego zmianą decyzji.

4 pkt – oznaczają powazny wpływ ryzyka na działalność w obszarze wyznaczonych celów i zadań, w szczególności:

- a) naruszenie prawa skutkujące sankcją tj. odpowiedzialnością karną, dyscyplinarną, odszkodowawczą zgodnie z przepisami prawa,
- b) opóźnienie realizacji celów,
- c) skutki w sferze bezpieczeństwa zasobów dotyczących incydentów bezpieczeństwa informacyjnego,
- d) będzie miało znaczenie dla ładu organizacyjnego tzn.: zakłóci działania pod względem poprawności organizacyjnej lub generować będzie ryzyko w obszarze środowiska kontroli np.: w obszarze promocji zasad etycznego postępowania,
- e) obniżenie wiarygodności działalności w opinii interesariuszy, np.: negatywne ustalenia kontroli zewnętrznych (PIP, NIK, RIO, KAS itp.) w zakresie wystąpienia zdarzeń sprzyjających możliwości powstania zjawiska korupcji,

5 pkt - oznaczają katastrofalny wpływ ryzyka na działalność w obszarze wyznaczonych celów i zadań, w szczególności:

- a) rażące naruszenie prawa skutkujące odpowiedzialnością odszkodowawczą lub umowną zgodnie z przepisami prawa,
- b) przekroczenie terminów płatności skutkujące znacznymi karami pieniężnymi,
- c) utrata bezpieczeństwa zasobów (naruszenie danych),
- d) będzie miało duże znaczenie dla ładu organizacyjnego tzn.: wprowadzi chaos organizacyjny,
- e) obniżenie wiarygodności działalności w opinii interesariuszy - negatywne ustalenia kontroli zewnętrznych (PIP, NIK, RIO, KAS itp.) skutkujące karami pieniężnymi,



Instrukcja oceny ryzyka

Strona: 3 z 3

Nr edycji: VII.03.02/03

OKREŚLENIE WPŁYWU/ODDZIAŁYWANIA RYZYKA WG. SKALI PUNKTOWEJ

Punktacja	1	2	3	4	5
Wpływ	Nieznaczny	Mały	Sredni	Poważny	Katastrofalny

OKREŚLENIE PRAWDOPODOBIEŃSTWA WYSTĄPIENIA RYZYKA WG. SKALI PUNKTOWEJ

Punktacja	1	2	3	4	5
Opis	Rzadkie	Mało prawdopodobne	Srednie	Prawdopodobne	Prawie pewne
Prawdopodobieństwo					

POZIOM IŚTOTOŚCI RYZYKA WG PUNKTOWEJ OCENY RYZYKA

Wpływ/Oddziaływanie	x	x	x	x	x
Katastrofalny	5	10	15	20	25
Poważny	4	8	12	16	20
Sredni	3	6	9	12	15
Mały	2	4	6	8	10
Nieznaczny	1	2	3	4	5
x	Rzadkie	Mało prawdopodobne	Sredni	Prawdopodobne	Prawie pewne
					Prawdopodobieństwo

UWAGA: do rejestru ryzyk wpisuje się ryzyka wg. punktowej oceny poziomu istotności ryzyka 16-stu punktów i więcej.



Departament	Rok
-------------------	-----------

Jakie ryzyka wystąpiły w komórce organizacyjnej?

.....
.....
.....

Jakie zostały poniesione koszty (rzeczowe, finansowe, osobowe) na odwrócenie skutków wystąpienia ryzyka?

.....
.....
.....

Jakie działania podjęto, aby zapobiec powtórному wystąpieniu ryzyka?

.....
.....
.....

Czy wystąpienie ryzyka miało wpływ na realizację celów i zadań?

Tak

Nie

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi tak należy opisać wpływ.

.....
.....
.....

Sporządził*:		Zatwierdził**:	
Data:	Podpis:	Data:	Podpis:

* Zgodnie z pkt. 6.16 procedury raport sporządza dyrektor departamentu i go podpisuje.

**Zgodnie z pkt. 6.16 procedury dyrektorzy departamentów sporządzają raport i omawiają go z nadzorującym Członkiem Zarządu. Raport zatwierdza poprzez jego podpisanie Członek Zarządu Województwa.



ZASADY WYZNACZANIA I MIERNIKI CELÓW

Strona: 1 z 2

Nr edycji: VII.03.04/03

Poszczególne komórki organizacyjne Urzędu (departamenty/wydziały/biura) wyznaczają roczne cele operacyjne.

Cele winny być zgodne z zasadą SMART, tzn.:

Konkretne – jednoznacznie określone, nie pozwalające na luźną interpretację;

Mierzalne – tak sformułowane, aby liczbowo można było wyrazić stopień realizacji;

Akceptowalne – zgodne z prawem oraz z zakresem posiadanych przez departament kompetencji;

Realistyczne – możliwe do osiągnięcia na bazie posiadanych zasobów;

Określone w czasie – dokładnie określony horyzont czasowy realizacji. Cele operacyjne wyznaczone są w okresie jednego roku. Natomiast okres realizacji może być krótszy (miesięczny, kwartalny, półroczny).

Mierzalność wyznaczonych celów określamy przy pomocy mierników celów.

Miernik celu jest to jednostka miary (liczba, procent) za pomocą, której można dokonać pomiaru stopnia realizacji celu.

Mierniki mogą być:

- ilościowe (np.: liczba decyzji wydanych po terminie)
- jakościowe (np.: podniesienie poziomu świadomości pracowników wyrażone procentowo)

Dyrektorzy departamentów Urzędu Marszałkowskiego do wyznaczonych przez siebie celów operacyjnych ustalają co najmniej jeden miernik.

Poniższa tabela przedstawia ustalenie miernika dla przykładowych celów wraz z określeniem częstotliwości pomiaru i formy dokumentowania.



ZASADY WYZNACZANIA I MIERNIKI CELÓW

Strona: 2 z 2

Nr edycji: VII.03.04/03

Komórka Urzędu:
(nazwa Departamentu, Wydziału, Biura)

DOTYCZY ROKU:				
CEL STRATEGICZNY				
Opis miernika	Miernik	Częstotliwość pomiaru	Odpowiedzialność	Forma dokumentowania	
Np.: (%) realizacji (ustalany przez Dyrektora Departamentu) stopień realizacji strategii, terminowość realizacji kontroli itp.	80-100 %	np.: Raz w roku, raz na kwartał, miesiąc	Dyrektor Departamentu lub inna osoba	Informacja, sprawozdanie itp.	
	od 40 do 79 %				
	0-39 %				
Np.: liczba decyzji wydanych po terminie wskazanym w Kodeksie postępowania administracyjnego	0	np.: raz na pół roku, raz w roku	Dyrektor Departamentu lub inna osoba	Informacja, sprawozdanie itp.	
	Od 1 do 5				
	0-100 %				

Legenda

Kolor zielony	cel osiągnięty
Kolor żółty	cel osiągnięty, możliwość doskonalenia
Kolor czerwony	cel nieosiągnięty, wymagane podjęcie działań naprawczych

Data:
Podpis Dyrektora Departamentu



Centralny Rejestr Ryzyk

Strona: 1 z 1

Nr edycji: VII.03.05/02

Lp.	Ryzyka krytyczne			Systematyżacja	Ekspozycja, tj, zakres w jakim organizacja podlega zdarzeniu.
	Opis ryzyka	Poziom istotności ryzyka	Właściciel ryzyka*		

*Właściciel ryzyka - osoba lub jednostka rozliczana z zarządzania ryzykiem i uprawniona do tego zarządzania. W Urzędzie Marszałkowskim właścicielami ryzyk zidentyfikowanych w ramach celów operacyjnych są dyrektorzy departamentów/wydziałów.



VII.03.06/01

Sprawozdanie z realizacji celów operacyjnych w Urzędzie Marszałkowskim za r.

Np.: Departament Finansów	1	2	3	4	wykonanie wskaźnika			Stopień realizacji celu		
					5	6	7	8	9	10
Departament					wartość łączna**	wartość realizacji wskaźnika	% wykonanie wskaźnika	cel osiągnięty kolor zielony	cel osiągnięty możliwość doskonalenia - kolor żółty	cel nieosiągnięty wymagane podjęcie działań naprawczych kolor czerwony
Lp.										
Cel operacyjny										
opis wskaźnika										
Sporządzanie informacji sprawozdawczej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa				przekazanie sprawozdań przed terminem	47	36	76,60%	1	0	0
1.*										

* Przykład wybrany z częściowych opracowań przekazywanych przez Departament Finansów na przestrzeni lat

** Wartość wskaźnika jaką komórka założyła do osiągnięcia dla celu operacyjnego