

Załącznik Nr 11 do Zarządzenia Nr 87/2022
Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego
z dnia 4 października 2022 roku



PROCEDURA SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

VII.03.00/06 ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

	Data	Imię i nazwisko	Podpis	Symbol
Opracowała	20.09.2022 r.	Renata Margalska		P/A
Zaakceptował	20.09.2022 r.	Marek Smoczyk		PSZJ



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

- 1) określania celów strategicznych i celów operacyjnych;
- 2) identyfikacji obszarów podatnych na ryzyko;
- 3) dokonywania oceny ryzyka poprzez szacowanie zagrożeń, podatności i następstw wystąpienia niepożądanych zdarzeń, w tym sytuacji niezgodnych z obowiązującymi przepisami prawa;
- 4) postępowanie z ryzykiem w celu wyboru i wdrożenia środków modyfikujących ryzyko;
- 5) 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, oraz wypełnienie obowiązków wynikających z przepisów prawa.

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** – ciągłe 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 (redukuje negatywne skutki);
- 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** – określone dla Urzędu przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego (lub Sekretarza Województwa działającego w upoważnieniu Marszałka) jako kierownika jednostki.
- 18) **Cele operacyjne** – cele określone w perspektywie rocznej na poziomie departamentów/wydziałów Urzędu Marszałkowskiego, które służą realizacji konkretnego celu strategicznego;
- 19) **Strategia (SRW)** – Strategia Rozwoju Województwa Kujawsko-Pomorskiego przyjęta przez Sejmik Województwa Kujawsko-Pomorskiego

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. Analiza z tego obszaru przekazywana jest na Przegląd Systemu Zarządzania do Administratora Systemu do dnia 15 stycznia za poprzedni rok.
- 2) bezpieczeństwa informacji – realizowane przez Inspektora Ochrony Danych.

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.

Jednocześnie w przypadku częściowego podlegania pod uregulowania wynikające z zapisów Instrukcji Wykonawczej Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym 2014-2020/ Instrukcji Wykonawczej Instytucji Zarządzającej Funduszami Europejskimi dla Kujaw i Pomorza 2021-2027 komórki organizacyjne dokonują analizy ryzyka dwutorowo, tzn. ryzyka podlegające pod procedurę *Zarządzanie ryzykiem* przekazywane są na wzorach druków tej procedury, a dla potrzeb RPO/ FEdKP – zgodnie z odrębnymi uregulowaniami.



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

6.0	Cele strategiczne są wyznaczane i przekazywane do departamentów przez Marszałka Województwa lub Sekretarza w terminie do dnia 30 listopada każdego roku na rok następny.	MW/PSZJ
6.1	Dyrektorzy departamentów aktualizują w terminie do dnia 15 stycznia każdego roku listę celów strategicznych, w realizacji których będą uczestniczyć.	DD
6.2	Dyrektorzy departamentów biorąc pod uwagę cele strategiczne ustalają w terminie do dnia 15 stycznia każdego roku kalendarzowego cele operacyjne na dany rok. Wyznaczanie celów i ich pomiaru dokonuje się zgodnie z formularzem <i>zasady wyznaczania i mierniki celów</i> 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 <i>Sprawozdania z realizacji celów operacyjnych</i> stanowiącym załącznik do procedury.	DD
6.5	Dyrektorzy departamentów w <i>Arkuszu oceny i przeglądu ryzyka</i> 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 winni zapewnić identyfikację i ocenę ryzyka w zakresie realizacji przez nich celów wynikających z ustaleń SRW.	DD
6.7.	W sytuacji zmiany celów operacyjnych w ciągu roku lub podjęcia realizacji nowych zadań dyrektorzy zobowiązani są przeprowadzić powtórny identyfikację i analizę ryzyka w obszarze swojej działalności.	DD
6.8	Dyrektorzy departamentów dokonują analizy ryzyka biorąc pod uwagę kryteria oceny ryzyka zamieszczone w załączniku do niniejszej procedury <i>Instrukcja oceny ryzyka</i> .	DD
6.9	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
6.10	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	DD



	i krytycznego obserwowania przez właścicieli ryzyk. Ryzyka te nie wymagają wprowadzenia dodatkowych mechanizmów kontrolnych.	
6.11	Ryzyka, które w wyniku oceny otrzymają wartość o poziomie istotności 16 są ryzykami krytycznymi i podlegają wpisaniu do Centralnego Rejestru Ryzyk prowadzonego przez Administratora. Ryzyka te wymagają wprowadzenia dodatkowych mechanizmów kontrolnych.	DD
6.12	Prowadzenie Centralnego Rejestru Ryzyka i jego aktualizacja.	A
6.13	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
6.14	W sporządzanych kwartalnych <i>Arkuszach oceny i przeglądu ryzyka</i> należy odnieść się do zaproponowanych działań celem obniżenia ryzyka krytycznego (dodatkowe mechanizmy kontrolne) i jeżeli analiza wykaże ich nieskuteczność zmienić je.	DD
6.15	Kwartalną analizę ryzyka krytycznego przedkłada się Pełnomocnikowi ds. Systemu Zarządzania Jakością/Administratorowi Systemu Zarządzania do dnia 15 pierwszego miesiąca następnego kwartału.	DD
6.16	Wszystkie ryzyka podlegają przeglądowi i analizie raz w roku nie później niż do 15 stycznia każdego roku za poprzedni rok kalendarzowy.	DD, A
6.17	Za przegląd ryzyka odpowiedzialny jest Dyrektor departamentu/wydziału.	DD
6.18	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 lub Sekretarzem i Skarbnikiem, zgodnie z podziałem kompetencji wynikającym z załącznika do Regulaminu organizacyjnego Urzędu.	DD
6.19	Raport z przeglądu ryzyka dyrektorzy departamentów przekazują Pełnomocnikowi ds. Systemu Zarządzania Jakością do 15 stycznia za poprzedni rok.	DD
6.20	Dyrektorzy departamentów wyniki procesu oceny i przeglądu ryzyka dokumentują w <i>Arkuszu oceny i przeglądu ryzyka</i> 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
6.21	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
6.22	Dokonyje się przeglądu procesu zarządzania ryzykiem i środków kontroli w ramach rocznego przeglądu systemu zarządzania jakością.	PSZJ, A



6.23	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, za poprzedni rok.	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

NR FORMULARZA	NAZWA
VII.03.01/03	Arkusze oceny i przeglądu ryzyka
VII.03.02/04	Instrukcja oceny ryzyka
VII.03.03/04	Raport z przeglądu ryzyka
VII.03.04/04	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
5.	W dniu 4.10.2022 r. zmodyfikowano/zmieniono definicję celu strategicznego, zakres przedmiotowy procedury (pkt 4) oraz pkt 6.16, dodano definicję Strategii Rozwoju Województwa (SRW), nowy ppkt. 6.6, numeracja uległa zmianie.