



PISMO OKÓLNE Nr 6/2012
Rektora Akademii Morskiej w Szczecinie
z dnia 05.03.2012 r.

w sprawie: **ogłoszenia opisu systemu kontroli zarządczej i polityki zarządzania ryzykiem w Akademii Morskiej w Szczecinie.**

§ 1.

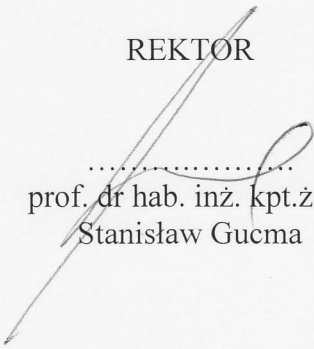
1. Przekazuje się do wiadomości pracowników Uczelni:
 - 1) „**Opis systemu kontroli zarządczej w Akademii Morskiej w Szczecinie**”, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszego pisma okólnego i
 - 2) „**Politykę zarządzania ryzykiem w Akademii Morskiej w Szczecinie**”, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszego pisma okólnego.
2. Opis systemu kontroli zarządczej i polityki zarządzania ryzykiem określone w ust. 1 wchodzi w życie 15.03.2012 r.

REKTOR

prof. dr hab. inż. kpt. ż. w. Stanisław Guema

Zatwierdzam

REKTOR



.....
prof. dr hab. inż. kpt.ż.w.
Stanisław Gućma

Opis systemu kontroli zarządczej w Akademii Morskiej w Szczecinie

Szczecin, marzec 2012 r.

Spis treści

1. Wprowadzenie
 - 1.1. Cel i zakres dokumentu
 - 1.2. Definicje i skróty
2. Podmioty odpowiedzialne w ramach systemu kontroli zarządczej
 - 2.1. Struktura instytucjonalna
 - 2.2. Zakresy odpowiedzialności
 - 2.2.1. Kierownictwo Uczelni
 - 2.2.2. Zespoły ds. Kontroli Zarządczej
 - 2.2.3. Kierownicy komórek organizacyjnych i ich zastępcy
 - 2.2.4. Biuro Rektora
 - 2.2.5. Dział Organizacyjno-Prawny
 - 2.2.6. Kontrola Wewnętrzna
 - 2.2.7. Audyt Wewnętrzny
3. Standardy kontroli zarządczej
4. Podstawowe procesy w systemie kontroli zarządczej
 - 4.1. Planowanie działalności
 - 4.2. Monitorowanie realizacji planów i oceny stopnia osiągnięcia celów
 - 4.3. Zarządzanie ryzykiem
 - 4.4. Zadania wrażliwe
 - 4.5. Kontrole instytucjonalne
 - 4.6. System prawa wewnętrznego
 - 4.7. Organizacja Uczelni
 - 4.8. Informacja elektroniczna o Uczelni
 - 4.9. Podnoszenie świadomości w zakresie kontroli zarządczej wśród pracowników Uczelni
 - 4.10. Przygotowywanie oświadczenia o stanie kontroli zarządczej w Uczelni
5. Mechanizmy kontroli
6. Informacja i komunikacja
7. Monitorowanie i ocena kontroli zarządczej
8. Usprawnianie kontroli zarządczej
9. Audyt Wewnętrzny
10. Formularze i kwestionariusze

Załączniki:

1. Standardy kontroli zarządczej w AM,
2. Plan działalności Uczelni
3. Raport/sprawozdanie z wykonania planu działalności
4. Zestawienie zadań wrażliwych

1. Wprowadzenie

1.1. Cel i zakres dokumentu

Stosownie do definicji zawartej w art. 68 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.), kontrolę zarządczą stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy. Zgodnie z powyższą definicją system kontroli zarządczej w Uczelni ma zapewnić w szczególności:

- 1) zgodność działalności komórek organizacyjnych Uczelni z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
- 2) skuteczność i efektywność działań podejmowanych w Uczelni,
- 3) wiarygodność sporządzanych sprawozdań,
- 4) ochronę zasobów Uczelni,
- 5) przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania pracowników Uczelni,
- 6) efektywność i skuteczność przepływu informacji pomiędzy komórkami organizacyjnymi Uczelni oraz podmiotami współpracującymi z Uczelnią lub współuczestniczącymi w realizacji zadań Uczelni,
- 7) zarządzanie ryzykiem osiągnięcia celów określonych w planie działalności Uczelni, oraz celów określonych przez komórki organizacyjne.

Kontrola zarządcza, jako funkcja zarządzania obejmuje:

- 1) system informacji potrzebnej kierownictwu do kierowania pracą organizacji, monitorowania pracy oraz oceny wyników i funkcjonowania organizacji oraz jej komórek wewnętrznych,
- 2) politykę organizacji, systemy, procedury, uprawnienia pracowników, które wbudowane w funkcjonowanie organizacji – gwarantują osiągnięcie jej celów.

Kontrola zarządcza odzwierciedla przyjęty w jednostce system zarządzania, na który składają się procedury, instrukcje, zasady i mechanizmy, ustanowione przez kierownictwo, dające racjonalną pewność, że cele organizacji zostaną osiągnięte.

Niniejszy dokument opisuje funkcjonowanie kontroli zarządczej w Uczelni: jednostki odpowiedzialne za realizację określonych zadań w ramach kontroli zarządczej, podstawowe procesy składające się na system kontroli zarządczej. Treść dokumentu odzwierciedla aktualny opis systemu. Zakłada się, że w przypadku istotnych zmian w systemie, opis będzie aktualizowany. Okresowe analizy i przeglądy systemu prowadzone są przez Dział Organizacyjno-Prawny.

1.2. Definicje i skróty

Poniżej zamieszczono wyjaśnienie najistotniejszych pojęć dotyczących kontroli zarządczej oraz stosowanych skrótów.

Kontrola zarządcza	Termin wprowadzony ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. Zgodnie z definicją zawartą w art. 68 ust. 1 ustawy, kontrola zarządcza stanowi ogół działań podejmowanych dla realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.
Standardy kontroli zarządczej AM	Ustalone dla Uczelni „ <i>Standardy kontroli zarządczej w Akademii Morskiej w Szczecinie</i> ”, zgodnie ze wskazówkami zawartymi w „ <i>Standardach kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych</i> ” wydanych przez Ministra Finansów i ogłoszonych w Komunikacie nr 23 z dnia 16 grudnia 2009 r. (Dz. Urz. MF Nr 15, poz. 84), opisujące podstawowe wymagania odnoszące się do kontroli zarządczej w Akademii Morskiej w Szczecinie, stanowiące załącznik nr 1.
Cel	Z prakseologicznego punktu widzenia: zamierzony stan w przyszłości lub to, ze względu na co następuje działanie. Cele wskazują zwykle na pożądaną zmianę w pewnym obszarze rzeczywistości (lub niedopuszczenie do niepożądanego zmiany, którą mogą wywołać różne czynniki).
Skuteczność	Kryterium odnoszące się do osiągnięcia zamierzonych celów.
Efektywność	Kryterium pozwalające ocenić stopień ekonomiczności działania: zachowanie najlepszej możliwej relacji pomiędzy ponoszonymi nakładami i osiąganymi efektami.
Oszczędność	Kryterium odnoszące się do kosztów realizacji zadań: uzyskiwanie efektów o odpowiedniej jakości po najniższym możliwym koszcie.
Uczelnia	Akademia Morska w Szczecinie.
Rektor	Rektor Akademii Morskiej w Szczecinie.
Kierownictwo	Rektor, prorektorzy, dziekani wydziałów, Kanclerz, Kwestor, Zastępca Kanclerza ds. Rozwoju.
Zespoły ds. Kontroli Zarządczej	Powołane przez Rektora: Zespół ds. Nauki – w zakresie celów statutowych związanych z nauką, Zespół ds. Nauczania – w zakresie celów statutowych związanych z kształceniem na studiach i kursach.
Kontrola Wewnętrzna	Samodzielne Stanowisko ds. Inwentaryzacji i Kontroli w Uczelni.
Audyt Wewnętrzny	Audyt Wewnętrzny Uczelni.
Ryzyko	Możliwość zaistnienia zdarzenia, które będzie miało negatywny wpływ na osiągnięcie celów Uczelni.
Zdarzenie	Sytuacja wywołana przez czynniki wewnętrzne lub zewnętrzne (czynniki ryzyka), która wywiera wpływ na osiągnięcie celów Uczelni; zdarzenia mogą wywoływać skutki pozytywne, negatywne lub oba rodzaje skutków jednocześnie; zdarzenia o skutkach negatywnych oznaczają ryzyko, natomiast zdarzenia o skutkach pozytywnych oznaczają szanse dla osiągnięcia założonych celów.

Zarządzanie ryzykiem	Proces identyfikacji, oceny, zarządzania i kontroli potencjalnych zdarzeń lub sytuacji, dostarczający racjonalnego zapewnienia, że cele Uczelni zostaną osiągnięte.
Prawdopodobieństwo (zmaterializowania się ryzyka)	Przewidywana możliwość zaistnienia zdarzenia, które niekorzystnie wpłynie na osiągnięcie celów Uczelni. Określane jest punktowo w skali 1 (niskie), 2(średnie), 3 (wysokie).
Wpływ (zmaterializowania się ryzyka)	Przewidywane negatywne konsekwencje dla realizacji celów Uczelni. Określany jest punktowo w skali 1 (niski), 2 (średni), 3 (wysoki).
Istotność (ryzyka)	Iloczyn liczb wyrażających wartość punktową prawdopodobieństwa i wpływu.
Apetyty na ryzyko	Akceptowana wielkość ryzyka, określana jego istotnością, dla której nie jest wymagana niezwłoczna reakcja na ryzyko (wprowadzenie dodatkowych mechanizmów kontroli).
Mechanizmy kontroli (lub mechanizmy kontrolne lub mechanizmy kontroli wewnętrznej)	Rozwiązania organizacyjne, techniczne lub regulacyjne, funkcjonujące w ramach kontroli zarządczej, stanowiące odpowiedź na konkretne ryzyko występujące w jednostce organizacyjnej. Obejmują one polityki, procedury lub konkretne działania, w wyniku których zwiększa się prawdopodobieństwo osiągnięcia wyznaczonych celów.
Właściciel ryzyka	Osoba odpowiedzialna za zarządzanie danym ryzykiem, w tym za utrzymywanie go na akceptowanym poziomie i rozliczana za skuteczność zarządzania tym ryzykiem, posiadająca uprawnienia i kompetencje do podjęcia działań zaradczych w stosunku do ryzyka, którym zarządza.
Ustawa o finansach publicznych	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.).
Plan rozwoju Uczelni	Uchwalany przez Senat Uczelni plan jej działalności na rok akademicki, zawierający w szczególności cele, zadania, podzadania i działania operacyjne poszczególnych jednostek organizacyjnych, uwzględniający realizację strategii rozwoju Uczelni, strategii rozwoju wydziałów.
Plan działalności Uczelni	Sparametryzowany i zgodny z planem rozwoju Uczelni, plan jej działalności ustalany na rok akademicki, zawierający w szczególności określenie celów Uczelni wraz ze wskazaniem podzadań służących do osiągnięcia celów oraz mierniki określające stopień realizacji celu i ich planowane wielkości.
Plan działalności komórki organizacyjnej	Plan sporządzany przez komórkę organizacyjną na rok akademicki, uwzględniający zadania wynikające z Planu działalności Uczelni i Planu rozwoju Uczelni, za których realizację odpowiedzialna jest komórka organizacyjna.

2. Podmioty odpowiedzialne w ramach systemu kontroli zarządczej

2.1. Struktura instytucjonalna

W ramach systemu istniejącego w Uczelni, odpowiedzialność za funkcjonowanie kontroli zarządczej ponosi Rektor, pozostali członkowie Kierownictwa Uczelni oraz kierownicy komórek organizacyjnych, ich zastępcy, a także inni pracownicy, którym powierzono realizację zadań w zakresie kontroli zarządczej.

Szczególne zadania o charakterze koordynującym realizowane są przez Biuro Rektora i Dział Organizacyjno-Prawny Uczelni.

Ocena kontroli zarządczej należy do zadań Kontroli Wewnętrznej i Audytu Wewnętrznego.

2.2. Zakresy odpowiedzialności

2.2.1. Kierownictwo Uczelni

Do podstawowych kompetencji Rektora i pozostałych członków Kierownictwa Uczelni w ramach systemu kontroli zarządczej należy:

- 1) wyznaczanie kierunków działalności Uczelni poprzez określanie planu rozwoju Uczelni, planu działalności Uczelni i zatwierdzanie planów działalności komórek organizacyjnych Uczelni,
- 2) podejmowanie decyzji o działaniach przeciwdziałających ryzyku w celu zwiększenia skuteczności i efektywności stosowanych mechanizmów kontroli wewnętrznej lub decyzji o wdrożeniu dodatkowych mechanizmów kontrolnych,
- 3) formułowanie zaleceń dla komórek organizacyjnych dotyczących planowania rozwoju i działalności Uczelni oraz realizacji celów i zadań,
- 4) składanie przez Rektora oświadczenia o stanie kontroli zarządczej w Uczelni.

2.2.2. Zespoły ds. Kontroli Zarządczej

W uczelni działają dwa Zespoły ds. Kontroli Zarządczej:

- 1) Zespół ds. Nauki, pod przewodnictwem Prorektora ds. Nauki – w zakresie działalności statutowej Uczelni dotyczącej nauki,
- 2) Zespół ds. Nauczania, pod przewodnictwem Prorektora ds. Nauczania – w zakresie działalności statutowej Uczelni dotyczącej kształcenia na studiach i kursach.

Przewodniczący Zespołów powołują członków swoich zespołów, przy czym Prorektor ds. Morskich wchodzi w skład Zespołu ds. Nauczania jako wiceprzewodniczący.

Do podstawowych kompetencji Zespołów w ramach systemu kontroli zarządczej należy:

- 1) proponowanie celów działalności Uczelni na rok akademicki,
- 2) opracowywanie sparymetryzowanego planu działalności Uczelni – zgodnego z uchwalonym przez senat planem rozwoju Uczelni,
- 3) monitorowanie poziomu osiągnięcia wskaźników ujętych w planie działalności Uczelni,
- 4) zarządzanie ryzykiem na poziomie zaplanowanych w planie działalności Uczelni celów i zadań,
- 5) monitorowanie zarządzania ryzykiem na niższych szczeblach organizacyjnych Uczelni,
- 6) formułowanie zaleceń dla komórek organizacyjnych dotyczących zarządzania ryzykiem,
- 7) składanie zbiorczych raportów Kierownictwu Uczelni z wyników monitorowania oraz

realizacji planu działalności Uczelni,

- 8) okresowy i bieżący przegląd systemu zarządzania ryzykiem w Uczelni i proponowanie rozwiązań usprawniających system oraz podnoszących efektywność zarządzania ryzykiem.

2.2.3. Kierownicy komórek organizacyjnych i ich zastępcy

Zakres zadań i odpowiedzialności kierowników komórek organizacyjnych Uczelni oraz ich zastępców określa Regulamin organizacyjny Akademii Morskiej w Szczecinie oraz inne regulaminy organizacyjne dotyczące poszczególnych jednostek.

Zgodnie z postanowieniami § 24 ust. 1 pkt. 1a Regulaminu organizacyjnego do ogólnych obowiązków kierowników jednostek organizacyjnych i ich zastępców należy prowadzenie kontroli zarządczej i zarządzanie ryzykiem w przydzielonym obszarze i zakresie działania.

Osoby te podejmują działania dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy, zapewniając w szczególności:

- 1) wiarygodność sprawozdań, informacji i materiałów wytwarzanych lub przetwarzanych w komórce organizacyjnej,
- 2) ochronę zasobów,
- 3) przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania,
- 4) efektywność i skuteczność przepływu informacji w komórce organizacyjnej oraz pomiędzy komórką organizacyjną a innymi komórkami organizacyjnymi i podmiotami zewnętrznymi, w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji zadań.

2.2.4. Biuro Rektora

Biuro Rektora podejmuje działania w celu przygotowania, uzgodnienia i przyjęcia:

- 1) planu rozwoju Uczelni na rok akademicki,
- 2) sprawozdania z wykonania planu rozwoju Uczelni.

Biuro przygotowuje zbiorcze informacje na posiedzenia Kierownictwa Uczelni (kolegia rektorskie) dotyczące planowania działalności Uczelni.

Biuro odpowiada za opracowanie schematu cyklu przygotowania i realizacji planu rozwoju Uczelni w kolejnym roku akademickim.

Biuro odpowiada za przygotowanie formularzy niezbędnych w procesach planowania strategicznego, planowania rozwoju oraz monitorowania realizacji tych planów.

2.2.5. Dział Organizacyjno-Prawny

Dział Organizacyjno-Prawny dokonuje okresowych przeglądów systemu kontroli zarządczej oraz proponuje rozwiązania usprawniające ten system z własnej inicjatywy, na wniosek komórek organizacyjnych albo na polecenie Kierownictwa Uczelni.

Dział Organizacyjno-Prawny koordynuje proces samooceny kontroli zarządczej oraz sporządza analizę kwestionariuszy samooceny stosowania standardów kontroli zarządczej AM, wypełnianych przez kierujących komórkami organizacyjnymi.

Dział Organizacyjno-Prawny odpowiada za przygotowanie formularzy niezbędnych w procesach planowania działalności, zarządzania ryzykiem oraz monitorowania realizacji planów

działalności.

Dział Organizacyjno-Prawny odpowiada za opracowanie schematu głównych procesów w ramach systemu kontroli zarządczej.

Dział Organizacyjno-Prawny przygotowuje plany poprawy stanu kontroli zarządczej w Uczelni oraz koordynuje i monitoruje ich realizację.

Dział Organizacyjno-Prawny podejmuje działania w celu przygotowania oświadczenia Rektora o stanie kontroli zarządczej w Uczelni. Dział koordynuje działania w zakresie przedkładania przez kierowników jednostek organizacyjnych Rektorowi oświadczeń o stanie kontroli zarządczej w jednostkach, którymi kierują.

2.2.6. Kontrola Wewnętrzna

Kontrola Wewnętrzna realizuje funkcję kontroli inspekcyjnej wobec komórek organizacyjnych Uczelni.

Kontrola Wewnętrzna dokonuje kontroli i oceny funkcjonowania kontroli zarządczej w komórkach organizacyjnych Uczelni, w których realizuje zadania kontrolne.

Kontrola Wewnętrzna uczestniczy w procesie przygotowania oświadczenia Rektora o stanie kontroli zarządczej w Uczelni, poprzez przedstawienie na wniosek Rektora swojej opinii (informacji z realizacji zadań planowych i doraźnych).

Ponadto, Kontrola Wewnętrzna przekazuje zidentyfikowane zagrożenia i słabości kontroli zarządczej Audytowi Wewnętrznemu – w celu przedstawienia ich Działowi Organizacyjno-Prawnemu – w celu podjęcia działań zaradczych lub usprawniających system kontroli zarządczej w Uczelni.

2.2.7. Audyt Wewnętrzny

Audyt Wewnętrzny realizuje cele audytu wewnętrznego w Uczelni. Audyt odpowiada za dostarczenie kierownictwu Uczelni obiektywnej oceny adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej.

Audyt m.in.:

- 1) gromadzi plany audytu i sprawozdania z wykonania tych planów,
- 2) przygotowuje zbiorcze informacje o istotnych ryzykach i słabościach kontroli zarządczej oraz proponowanych usprawnieniach kontroli zarządczej.

Audyt uczestniczy w procesie sporządzenia oświadczenia Rektora o stanie kontroli zarządczej w Uczelni, poprzez przedstawienie, na podstawie wyników przeprowadzonych zadań audytowych, oceny kontroli zarządczej.

Ponadto, Audyt przekazuje Działowi Organizacyjno-Prawnemu informacje o zidentyfikowanych zagrożeniach i słabościach systemu kontroli – w celu wprowadzenia działań zaradczych lub usprawniających system kontroli zarządczej w Uczelni.

3. Standardy kontroli zarządczej

Minister Finansów określił Standardy kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych w komunikacie nr 23 z dnia 16 grudnia 2009 r. (Dz. Urz. Min. Fin. Nr 15, poz. 84).

„Standardy kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych” Ministra Finansów, zwanych dalej standardami MF, zawierają podstawowe wymagania odnoszące się do kontroli zarządczej w sektorze finansów publicznych.

Standardy wymieniają 5 elementów kontroli zarządczej:

- 1) środowisko wewnętrzne,
- 2) cele i zarządzanie ryzykiem,
- 3) mechanizmy kontroli,
- 4) informację i komunikację,
- 5) monitorowanie i ocenę.

Standardy MF stanowią uporządkowany zbiór wskazówek, które zostały wykorzystane do tworzenia, oceny i doskonalenia systemu kontroli zarządczej w AM.

Na podstawie wskazówek zawartych w standardach MF oraz w celu uwzględnienia specyficznych zadań Uczelni i warunków, w których ona działa, określa się „*Standardy kontroli zarządczej dla Akademii Morskiej w Szczecinie*” – stanowiące załącznik nr 1.

Wszyscy pracownicy Uczelni są obowiązani podejmować działania mające na celu zapewnienie przestrzegania standardów kontroli zarządczej.

Rektor odpowiada za funkcjonowanie kontroli zarządczej w Uczelni.

4. Podstawowe procesy w systemie kontroli zarządczej

Na system kontroli zarządczej w Uczelni składa się szereg procesów, z których najważniejsze odnoszą się do:

- 1) planowania działalności, w tym przygotowywania planu rozwoju Uczelni, planu działalności Uczelni i planów działalności komórek organizacyjnych,
- 2) monitorowania realizacji planów i oceny stopnia osiągania celów określonych w planie działalności Uczelni i planach działalności komórek organizacyjnych,
- 3) zarządzania ryzykiem związanym z osiągnięciem celów Uczelni,
- 4) przygotowania sprawozdania z realizacji planu działalności Uczelni,
- 5) przygotowania oświadczenia o stanie kontroli zarządczej w jednostce, którą kieruje Rektor.

Najważniejsze procesy składające się na system kontroli zarządczej mogą być prezentowane w postaci graficznej, na schematach przedstawiających cykl przygotowania i realizacji planu działalności Uczelni oraz innych procesów systemu. Schematy przygotowywane są odpowiednio przez Biuro Rektora lub Dział Organizacyjno-Prawny i zamieszczane na stronach internetowych Uczelni, w zakładce "Kontrola Zarządcza".

4.1. Planowanie działalności

Planowanie działalności w ramach kontroli zarządczej Uczelni odbywa się na kilku płaszczyznach w postaci:

- 1) wieloletnich strategii rozwoju Uczelni oraz rozwoju wydziałów,
- 2) rocznych planów rozwoju Uczelni, zawierających w sposób opisowy cele, zadania, podzadania i działania operacyjne służące realizacji strategii i celów,
- 3) rocznych planów działalności Uczelni, zawierających w sposób sparymetryzowany założone w planie rozwoju Uczelni cele do realizacji, mierniki i wskaźniki oraz zadania służące do realizacji celów,
- 4) rocznych planów działalności komórek organizacyjnych, obejmujących zadania wynikające z planów rozwoju Uczelni i planów działalności Uczelni, za których realizację są one odpowiedzialne.

Planowanie działalności Uczelni rozpoczyna się na etapie proponowania przez Zespoły ds. Kontroli Zarządczej celów do osiągnięcia w planowanym roku akademickim. Wzór planu działalności stanowi załącznik nr 2.

Komórki organizacyjne Uczelni po otrzymaniu propozycji celów przystępują do uzgodnienia z kierownikami pionów propozycji planów działalności podległych jednostek organizacyjnych, w tym katalogu zadań, podzadań i działań operacyjnych służących do realizacji założonych celów.

Projekt planu rozwoju Uczelni na następny rok akademicki przygotowuje Biuro Rektora na podstawie propozycji przedstawionych przez komórki organizacyjne w projektach planów działalności komórek organizacyjnych. Komórki organizacyjne przygotowują swoje propozycje na formularzach przekazywanych przez Biuro Rektora.

Plan rozwoju Uczelni przyjmowany jest przez Kierownictwo Uczelni i uchwalany przez jej Senat.

Po zatwierdzeniu Planu rozwoju Uczelni Zespoły ds. Kontroli Zarządczej sporządzają – każdy w swoim zakresie merytorycznym – Plan działalności Uczelni, zawierający ostatecznie przyjęte cele.

Zespoły opracowują odpowiednie części planu z uwzględnieniem:

- 1) misji i strategii Uczelni,
- 2) planu rozwoju Uczelni,
- 3) innych potrzeb w zakresie poprawy realizacji zadań publicznych Uczelni.

Zespoły określają w planie mierniki, wskaźniki oraz zadania służące realizacji ujętych w nim celów Uczelni.

Po opublikowaniu zatwierdzonego Planu rozwoju Uczelni oraz Planu działalności Uczelni na stronach internetowych Uczelni, właściwe – zgodnie z organizacją Uczelni – komórki organizacyjne sporządzają ostateczne plany swojej działalności na rok akademicki. Plany te uwzględniają cele/zadania wynikające z Planu rozwoju Uczelni i Planu działalności Uczelni w zakresie, za który odpowiada dana komórka organizacyjna. Plan komórek organizacyjnych podlegają zatwierdzeniu przez właściwego organizacyjnie członka Kierownictwa Uczelni.

Harmonogram działań związanych z przygotowaniem Planu działalności Uczelni przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Wyznaczanie celów i zadań

Lp.	Termin	Czynność/dokument	Jednostka odpowiedzialna
1.	30.04.	Przygotowanie propozycji celów Uczelni do osiągnięcia w przyszłym roku akademickim.	Zespoły ds. Kontroli Zarządczej
2.	10.05	Przekazanie propozycji celów oraz formularzy i schematów postępowania przy planowaniu jednostkom organizacyjnym	Biuro Rektora
3.	31.05	Opracowanie, uzgodnienie z kierownikami pionów i przekazanie do Biura Rektora propozycji do planu rozwoju Uczelni, w tym w odniesieniu do propozycji celów oraz z uwzględnieniem strategii rozwoju.	Kierownicy jednostek organizacyjnych
4.	30.09	Opracowanie projektu planu rozwoju Uczelni	Biuro Rektora, Kierownictwo Uczelni
5.	31.10	Uchwalenie planu rozwoju Uczelni	Senat Uczelni
6.	2 dni robocze od uchwalenia Planu rozwoju Uczelni	Publikacja planu rozwoju Uczelni na stronach internetowych Uczelni lub przekazanie planu właściwym komórkom organizacyjnym	Biuro Rektora
7.	1 tydzień od uchwalenia Planu rozwoju Uczelni	Przyjęcie i zatwierdzenie sparametryzowanego planu działalności Uczelni (cele, mierniki i wskaźniki), przekazanie planu do Działu Organizacyjno-Prawnego	Zespoły ds. Kontroli Zarządczej
8.	3 dni robocze od zatwierdzenia sparametryzowanego planu działalności Uczelni	Publikacja planu działalności Uczelni i na stronach internetowych Uczelni z informacją o dacie publikacji	Dział Organizacyjno - Prawny
9.	1 tydzień od publikacji planu działalności Uczelni na stronach internetowych	Opracowanie i przekazanie do zatwierdzenia przez właściwych organizacyjnie członków Kierownictwa Uczelni planów działalności komórek organizacyjnych Uczelni	Kierownicy komórek organizacyjnych

Przygotowywanie planu rozwoju i sparametryzowanego planu działalności Uczelni – harmonogram prac.

4.2. Monitorowanie realizacji planów i oceny stopnia osiągnięcia celów

Monitorowaniu podlegają plany działalności komórek organizacyjnych Uczelni, obejmujące cele i zadania znajdujące się w planie działalności Uczelni. Wzór raportu/sprawozdania z wykonania planu działalności stanowi załącznik nr 3.

Monitorowanie i ocenę stopnia osiągnięcia celów prowadzą kierownicy jednostek

organizacyjnych na podstawie okresowych raportów z realizacji planu działalności komórki organizacyjnej wg stanu na 28 lutego. Monitorowanie i ocena obejmuje cele i zadania znajdujące się również w Planie działalności Uczelni.

Zespoły ds. Kontroli Zarządczej opracowują, na podstawie wskazanych wyżej raportów i informacji, raport zbiorczy dla Kierownictwa Uczelni, zawierający omówienie realizacji Planu działalności Uczelni.

W przypadku, gdy na dzień monitorowania poziom osiągnięcia celów określonych w planie działalności Uczelni planach komórek organizacyjnych wskazuje na zagrożenie nieosiągnięcia wskaźników zakładanych na koniec roku akademickiego, Kierownictwo Uczelni może zdecydować o podjęciu działań zaradczych, w szczególności zobowiązać właściwą komórkę organizacyjną do okresowego raportowania o postępie prac lub do zastosowania przez tę komórkę odpowiednich środków zaradczych.

Komórki organizacyjne składają na koniec roku akademickiego sprawozdanie z realizacji planów działalności komórek organizacyjnych Uczelni, obejmujących cele i zadania znajdujące się również w Planie działalności Uczelni.

Ocenę stopnia osiągnięcia celów na koniec roku akademickiego przeprowadzają Zespoły ds. Kontroli Zarządczej poprzez analizę sprawozdań komórek organizacyjnych z realizacji planów działalności komórki organizacyjnej. Na tej podstawie Zespoły przygotowują dla Kierownictwa Uczelni sprawozdanie zbiorcze zawierające omówienie realizacji Planu działalności Uczelni.

Schemat monitorowania realizacji planów i oceny stopnia osiągnięcia celów przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Monitorowanie i ocena stopnia osiągnięcia celów

Lp.	Termin	Czynność/dokument	Jednostka odpowiedzialna
1.	20.03.	Sporządzenie i przekazanie do Zespołów ds. Kontroli Zarządczej raportów z realizacji celów – poziomu osiągnięcia założonych wartości wskaźników wg stanu na 28.02	Kierownicy jednostek organizacyjnych
2.	31.03	Opracowanie, na podstawie raportów komórek organizacyjnych, raportu zbiorczego o postępie w realizacji sparametryzowanego planu działalności Uczelni	Zespoły ds. Kontroli Zarządczej
3.	15.04	Przedstawienie Kierownictwu Uczelni raportu zbiorczego z realizacji sparametryzowanego planu działalności Uczelni oraz podjęciu decyzji o ewentualnych działaniach zaradczych	Zespoły ds. Kontroli Zarządczej
4.	31.05	Przygotowanie sprawozdania z realizacji planu rozwoju Uczelni na podstawie informacji z komórek organizacyjnych	Biuro Rektora, Kierownictwo Uczelni
5.	30.06	Zatwierdzenie sprawozdania z realizacji planu rozwoju Uczelni	Senat Uczelni
6.	20.10.	Sporządzenie i przekazanie do Zespołów ds. Kontroli Zarządczej sprawozdań z realizacji celów (sparametryzowany plan działalności Uczelni) –	Kierownicy jednostek organizacyjnych

		poziomu osiągnięcia założonych wartości wskaźników wg stanu na 30.09	
7.	31.10	Opracowanie, na podstawie sprawozdań komórek organizacyjnych, sprawozdania zbiorczego o wykonaniu sparymetryzowanego planu działalności Uczelni i przekazanie go do Działu Organizacyjno-Prawnego.	Zespoły ds. Kontroli Zarządczej
8.	30.11	Przedstawienie Kierownictwu Uczelni sprawozdania zbiorczego z realizacji sparymetryzowanego planu działalności Uczelni.	Zespoły ds. Kontroli Zarządczej

4.3. Zarządzanie ryzykiem

Zarządzanie ryzykiem w Uczelni odbywa się zgodnie z *Polityką zarządzania ryzykiem w Akademii Morskiej w Szczecinie*, która opisuje w szczególności zasady identyfikacji i oceny ryzyka, zasady ustalania akceptowalnego poziomu ryzyka, zasady monitorowania ryzyka oraz oceny systemu zarządzania ryzykiem.

Na system zarządzania ryzykiem składają się następujące elementy:

- 1) identyfikacja ryzyka,
- 2) analiza i ocena ryzyka,
- 3) określenie akceptowalnego poziomu ryzyka,
- 4) określenie odpowiedniej reakcji na ryzyko oraz wdrożenie mechanizmów kontrolnych,
- 5) raportowanie o zdarzeniach mających negatywny wpływ na osiągnięcie celów,
- 6) zapewnienie pracownikom odpowiedniej informacji o ryzyku, niezbędnej do wykonywania zadań,
- 7) monitorowanie ryzyka oraz ocenę systemu zarządzania ryzykiem.

Identyfikacja ryzyka przeprowadzana jest na etapie przygotowywania przez komórki organizacyjne propozycji do Planu działalności Uczelni i planów działalności komórek organizacyjnych. Proces ten polega na ustaleniu występującego lub możliwego do wystąpienia zdarzenia zagrażającego realizacji celów/zadań ujętych w projekcie planu działalności komórki organizacyjnej. Ryzyka identyfikowane są przez komórki organizacyjne przy wykorzystaniu arkusza identyfikacji, oceny oraz określenia metody przeciwdziałania ryzykom związanym z osiągnięciem celów (arkusz ryzyka), opracowywanego przez Dział Organizacyjno-Prawny i przekazywanego komórkom organizacyjnym przez Dział w wersji elektronicznej.

Komórki organizacyjne mogą prowadzić na potrzeby własne rejestry zidentyfikowanych przez siebie ryzyk.

Analiza i ocena ryzyka, zidentyfikowanego przez komórki organizacyjne na etapie tworzenia planów działalności, dokonywana jest dwa razy w roku przy sporządzaniu przez komórki organizacyjne raportu i sprawozdania z realizacji planu działalności komórki organizacyjnej. Za monitorowanie wartości poszczególnych ryzyk (według kryterium prawdopodobieństwa i wpływu) oraz wdrożenie planów postępowania z ryzykiem (określenie mechanizmów kontroli dla ryzyk, których istotność przekracza apetyt na ryzyko) odpowiadają właściwe dla danego celu/zadania komórki organizacyjne.

Audyt Wewnętrzny dokonuje niezależnej i obiektywnej oceny kontroli zarządczej, w tym systemu zarządzania ryzykiem. Przedmiotem oceny jest skuteczność procesu zarządzania

ryzykiem oraz skuteczność i efektywność stosowanych mechanizmów kontrolnych. Wyniki oceny powinny umożliwić:

- 1) identyfikację istotnych słabości kontroli zarządczej w Uczelni, o ile takie słabości wystąpią,
- 2) przygotowanie propozycji usprawnień kontroli zarządczej w Uczelni.

Proces zarządzania ryzykiem może być przedmiotem kontroli prowadzonej przez Kontrolę Wewnętrzną.

Za zorganizowanie systemu zarządzania ryzykiem w jednostkach w działach odpowiadają kierownicy tych jednostek.

4.4. Zadania wrażliwe

Zadania wrażliwe to zadania, przy wykonywaniu których pracownicy mogą być szczególnie podatni na wpływy szkodliwe dla gospodarki finansowej Uczelni.

Obszary zadań wrażliwych identyfikuje się w następujących obszarach:

- 1) wydatkowanie i pozyskiwanie środków finansowych
- 2) działalność dydaktyczna i naukowo- badawcza.
- 3) obsługa procesu kształcenia i szkolenia.
- 4) gospodarowanie mieniem.

Propozycję wykazu zadań wrażliwych oraz jego aktualizację opracowuje Kanclerz na podstawie bieżącej analizy działalności Uczelni. Wykaz zadań wrażliwych przedstawiany jest Rektorowi, konsultowany z członkami Kierownictwa Uczelni i zatwierdzany przez Rektora.

Wykaz zadań wrażliwych jest publikowany w na stronach internetowych Uczelni. Obszary zadań wrażliwych są na bieżąco uwzględniane w ramach pisemnych procedur postępowania. Wykaz zadań wrażliwych stanowi załącznik nr 4.

4.5. Kontrole instytucjonalne

Kontrola Wewnętrzna corocznie planuje kontrole z uwzględnieniem priorytetu zadań wrażliwych. Roczne plany kontroli wewnętrznej zatwierdza Rektor. Projekty planów kontroli i plany zatwierdzone stanowią dokumentację poufną do czasu ich zrealizowania lub okresu objętego planem.

Rektor otrzymuje roczne raporty z wykonania i wyników kontroli wewnętrznej do dnia 15 stycznia za rok ubiegły.

Kontrole zewnętrzne przeprowadzane przez uprawnione organy kontrolne podlegają rejestracji w rejestrze prowadzonym przez Dział Organizacyjno-Prawny. Do rejestru dołączana jest kopia dokumentacji kontroli zewnętrznej zawierająca wyniki kontroli.

Za realizację zaleceń pokontrolnych odpowiadają kierownicy właściwych ze względu na te zalecenia komórek merytorycznych. Jeżeli zalecenia powinny być zrealizowane przez inną komórkę organizacyjną, niż ta, w której była przeprowadzana kontrola, informacja o konieczności i terminie wykonania zaleceń pokontrolnych powinna być im przekazana przez komórkę organizacyjną, w której była przeprowadzana kontrola i która dysponuje dokumentacją kontrolną.

Jeżeli realizacja zaleceń wymaga podjęcia działań w szerszym organizacyjnym zakresie lub koordynacji, jednostka merytoryczna składa stosowny wniosek do Działu Organizacyjno-Prawnego w celu przygotowania stosownego wewnętrznego aktu normatywnego lub korespondencji.

4.6. System prawa wewnętrznego.

System wydawania i publikowania wewnętrznych aktów normatywnych, z uwzględnieniem wykorzystania technik informatycznych, określa zarządzeniem Rektor.

Obowiązujące wewnętrzne akty normatywne publikowane są dla potrzeb pracowników Uczelni na jej stronach internetowych (zakładka Informacja Prawna).

Biuro Rektora – w odniesieniu do uchwał Senatu Uczelni o charakterze normatywnym, oraz Dział Organizacyjno-Prawny – w odniesieniu do zarządzeń Rektora, przynajmniej raz w roku dokonują przeglądu aktualności tych aktów prawnych.

4.7. Organizacja Uczelni

Regulamin organizacyjny oraz schemat organizacyjny Uczelni ustala Rektor w drodze zarządzenia.

Zakresy czynności pracowników, są opracowywane zgodnie z Regulaminem organizacyjnym. Kierownicy właściwych jednostek organizacyjnych są zobowiązani do bieżącej analizy organizacji pracy i stopnia wykorzystania pracowników w podległych obszarach oraz do aktualizacji zakresów czynności pracowników.

Dział Organizacyjno-Prawny prowadzi centralny rejestr pełnomocnictw Rektora. Jednostki organizacyjne są zobowiązane do zgłaszania podpisanych pełnomocnictw do rejestru.

Kwestura prowadzi centralny rejestr upoważnień w zakresie kontroli dokumentów finansowo-księgowych. Zasady udzielania upoważnień w tym zakresie określają odrębne przepisy wewnętrzne.

4.8. Informacja elektroniczna o Uczelni

Uczelnia publikuje istotne informacje o swojej działalności na stronach internetowych.

Uczelnia zamieszcza informacje wymagane przepisami prawa w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP). Szczegółową organizację zamieszczania informacji w BIP określają odrębne przepisy wewnętrzne.

4.9. Podnoszenie świadomości w zakresie kontroli zarządczej wśród pracowników Uczelni

W Uczelni w miarę potrzeb organizowane są szkolenia wewnętrzne z zakresu kontroli zarządczej, z uwzględnieniem poziomów (szczebli) zarządzania i zadań systemowych.

Osoby odpowiedzialne za określenie i utrzymanie systemu kontroli zarządczej mogą być kierowani na szkolenia zewnętrzne.

Organizację szkoleń inicjuje – w uzgodnieniu z Kierownictwem Uczelni – Dział Organizacyjno-Prawny.

Odbycie szkoleń jest dokumentowane. Informacją w tym zakresie dysponuje Dział Kadr.

4.10. Przygotowywanie oświadczenia o stanie kontroli zarządczej w Uczelni

Kierownicy wskazanych przez Rektora jednostek organizacyjnych składają rocznie częściowe oświadczenia o stanie kontroli zarządczej w podległych im jednostkach. Wzór oświadczeń częściowych określa Rektor.

Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej w Uczelni przygotowuje Dział Organizacyjno-Prawny na podstawie:

- 1) oświadczeń o stanie kontroli zarządczej złożonych przez kierowników jednostek organizacyjnych,
- 2) sprawozdania z wykonania planu działalności Uczelni,
- 3) wyników samooceny stosowania standardów kontroli zarządczej AM, przygotowanej przez Dział Organizacyjno-Prawny na podstawie analizy kwestionariuszy stosowania standardów kontroli zarządczej wypełnionych przez kierujących komórkami organizacyjnymi, jeżeli taka samoocena była przeprowadzona,
- 4) oceny kontroli zarządczej dokonanej przez Kontrolę Wewnętrzną lub na podstawie wyników kontroli wewnętrznych prowadzonych przez Kontrolę Wewnętrzną w roku objętym treścią oświadczenia o stanie kontroli zarządczej,
- 5) wyników kontroli zewnętrznych przeprowadzonych w roku objętym treścią oświadczenia o stanie kontroli zarządczej,
- 6) oceny kontroli zarządczej dokonanej przez Audyt Wewnętrzny na podstawie wyników zadań audytowych w roku objętym treścią oświadczenia o stanie kontroli zarządczej,
- 7) informacji Biura Rektora o skargach i wnioskach dotyczących działalności Uczelni, rozpatrzonych w roku objętym treścią oświadczenia o stanie kontroli zarządczej.

Rektor corocznie w terminie do 25 lutego składa ministrowi właściwemu ds. gospodarki morskiej oświadczenie o stanie kontroli zarządczej w Akademii Morskiej w Szczecinie za rok ubiegły.

5. Mechanizmy kontroli

Standardy kontroli zarządczej wymieniają następujące mechanizmy kontroli, zapewniające osiągnięcie celów przez jednostki sektora finansów publicznych:

- 1) dokumentowanie systemu kontroli zarządczej,
- 2) nadzór,
- 3) ciągłość działalności,
- 4) ochrona zasobów,
- 5) szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych,
- 6) mechanizmy dotyczące kontroli systemów informatycznych.

Na dokumentację kontroli zarządczej składa się niniejszy dokument, *Polityka zarządzania ryzykiem w Akademii Morskiej w Szczecinie* oraz regulacje wewnętrzne, wprowadzające określone mechanizmy kontroli wewnętrznej, a także dokumenty wytwarzane w komórkach organizacyjnych w trakcie realizacji zadań.

Dąży się, by na stronach internetowych Uczelni zamieszczane były informacje o funkcjonujących w Uczelni mechanizmach kontroli zarządczej, w układzie standardów kontroli zarządczej, stanowiące graficzną i aktualną (powiązaną z aktualnymi regulacjami, zasadami i praktykami) prezentację systemu kontroli zarządczej, zapewniającą jednocześnie szybki dostęp do aktualnych regulacji wewnętrznych, kwestionariuszy i innych dokumentów.

Ciągłość działalności gwarantują zapisy Regulaminu organizacyjnego Uczelni oraz systemy zastępstw funkcjonujące w komórkach organizacyjnych, uwzględniające rozdział funkcji i obowiązków osób zastępujących oraz osób zastępowanych.

6. Informacja i komunikacja

Właściwa informacja i komunikacja są kluczowe dla efektywnej realizacji zadań. Dlatego w Uczelni stosowana jest zasada, zgodnie z którą informacje o charakterze wewnętrznym przekazywane są zarówno w sposób tradycyjny (pisma, inne dokumenty w wersji papierowej), jak i w sposób elektroniczny, w szczególności poprzez:

- 1) zamieszczanie informacji na stronach internetowych Uczelni oraz na centralnych dyskach sieciowych;
- 2) przekazywanie informacji w komunikatach wysyłanych za pośrednictwem służbowej poczty elektronicznej do wszystkich pracowników Uczelni lub do określonego kręgu adresatów (np. do kierujących komórkami organizacyjnymi).

Wyboru sposobu i formy przekazania informacji dokonuje każdorazowo komórka organizacyjna właściwa w danej sprawie. Każda komórka organizacyjna jest odpowiedzialna za przekazanie we właściwej formie i odpowiednim czasie informacji do wszystkich komórek i jednostek zaangażowanych w realizację celów i zadań, za które odpowiada.

W celu przekazania aktualnej informacji lub wymiany najważniejszych informacji organizowane są spotkania członków Kierownictwa Uczelni z kierującymi komórkami organizacyjnymi, a kierujący komórkami organizacyjnymi są zachęceni do organizowania podobnych spotkań z pracownikami poszczególnych komórek organizacyjnych.

7. Monitorowanie i ocena kontroli zarządczej

Kontrola zarządcza jest monitorowana i oceniana na bieżąco przez:

- 1) Kontrolę Wewnętrzną – w trakcie prowadzonych zadań kontrolnych,
- 2) Audyt Wewnętrzny – w trakcie realizowanych zadań audytowych.

Kierownicy jednostek organizacyjnych mogą opracować, stosownie do powierzonych zadań i nadzorowanych obszarów działalności Uczelni, listy kontrolne potwierdzające wypełnienie *Standardów kontroli zarządczej AM*. Listy kontrolne powinny być wypełniane przed przeprowadzeniem ankiet samooceny.

Kierownicy jednostek organizacyjnych na polecenie Rektora wypełniają ankiety samooceny w zakresie wypełnienia w kierowanych przez nich obszarach *Standardów kontroli zarządczej AM*.

Ankiety samooceny, wyniki kontroli i audytu wewnętrznego stanowią źródło analizy stanu kontroli zarządczej.

Dział Organizacyjno-Prawny dokonuje okresowych przeglądów systemu kontroli zarządczej w

Uczelni. Proces samooceny stosowania standardów kontroli zarządczej przez komórki organizacyjne koordynowany jest przez Dział Organizacyjno-Prawny. Podsumowanie wyników procesu samooceny wykorzystywane jest w procesie przygotowywania oświadczenia Rektora o stanie kontroli zarządczej w Uczelni.

Na bieżące monitorowanie składa się również raportowanie o realizacji planów działalności i monitorowanie ryzyka przez właściwe komórki organizacyjne.

W celu monitorowania systemu kontroli zarządczej oraz umożliwienia wprowadzenia ewentualnych usprawnień tego systemu, dąży się do zamieszczania na stronach internetowych Uczelni (zakładka Kontrola Zarządcza) opisu sposobu dokumentowania systemu według *Standardów kontroli zarządczej AM*, z odnośnikami do odpowiednich procedur (linki do właściwych regulacji wewnętrznych), kwestionariuszy lub opisów sposobu wypełnienia przez Uczelnię standardów kontroli zarządczej. Zmiany lub uzupełnienia tego opisu dokonywane są przez Dział Organizacyjno-Prawny.

8. Usprawnianie kontroli zarządczej

W celu usprawnienia kontroli zarządczej mogą być sporządzane analizy i raporty dotyczące funkcjonowania systemu kontroli zarządczej oraz na ich podstawie opracowywane roczne plany poprawy. Roczne plany poprawy stanu kontroli zarządczej przygotowuje Dział Organizacyjno-Prawny.

9. Audyt Wewnętrzny

Audyt Wewnętrzny doradza Rektorowi w zakresie zapewnienia funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej oraz skutecznego audytu wewnętrznego. Zadania Audytu Wewnętrznego obejmują:

- 1) sygnalizowanie istotnych ryzyk,
- 2) sygnalizowanie istotnych słabości kontroli zarządczej oraz proponowanie jej usprawnień,
- 3) opracowywanie rocznych i strategicznych planów audytu,
- 4) monitorowanie wdrożenia zaleceń poaudytowych,
- 5) opracowywanie sprawozdań z wykonania planu audytu oraz z oceny kontroli zarządczej.

Audyt Wewnętrzny składa corocznie sprawozdanie z prowadzonej działalności, w którym sygnalizuje istotne ryzyka i słabości kontroli zarządczej, a także proponuje jej usprawnienia.

Audyt Wewnętrzny uczestniczy w procesie przygotowywania oświadczenia o stanie kontroli zarządczej poprzez wyrażanie opinii w sprawie proponowanej oceny stanu kontroli zarządczej w Uczelni. Audyt może sygnalizować istotne ryzyka i słabości kontroli zarządczej oraz proponować jej usprawnienia w każdym czasie.

10. Formularze i kwestionariusze

W ramach systemu kontroli zarządczej w Uczelni wykorzystywane są liczne formularze i kwestionariusze, dzięki którym komórki organizacyjne stosują jednakowe podejście, np. do identyfikowania ryzyka, a informacje pochodzące z różnych komórek organizacyjnych mogą być porównywane.

Wzory poszczególnych formularzy i kwestionariuszy są przygotowywane przez właściwe

komórki organizacyjne, koordynujące poszczególne procesy. Wszystkie formularze i kwestionariusze zamieszczane są na stronach internetowych Uczelni w zakładce Kontrola Zarządcza.

Standardy kontroli zarządczej w Akademii Morskiej w Szczecinie

I. Wstęp

1. Cel i charakter standardów

1.1. Celem standardów jest promowanie wdrażania w Uczelni spójnego i jednolitego modelu kontroli zarządczej zgodnego z międzynarodowymi standardami w tym zakresie, z uwzględnieniem specyficznych zadań Uczelni i warunków, w których ona działa.

1.2. Standardy stanowią uporządkowany zbiór wskazówek, które kadra kierownicza Uczelni powinna wykorzystać do oceny i doskonalenia systemu kontroli zarządczej.

1.3. Standardy zostały przedstawione w pięciu grupach odpowiadających poszczególnym elementom kontroli zarządczej:

- a) środowisko wewnętrzne,
- b) cele i zarządzanie ryzykiem,
- c) mechanizmy kontroli,
- d) informacja i komunikacja,
- e) monitorowanie i ocena.

2. Poziomy funkcjonowania kontroli zarządczej w sektorze finansów publicznych

2.1. Kontrola zarządcza w Akademii Morskiej w Szczecinie, jako jednostce sektora finansów publicznych, funkcjonuje na podstawowym poziomie w ramach sektora finansów publicznych (I poziom kontroli zarządczej). Za funkcjonowanie kontroli zarządczej w Uczelni odpowiedzialny jest Rektor.

2.2. Kontrola zarządcza w administracji rządowej funkcjonuje na poziomie działu administracji rządowej, a także jednostki samorządu terytorialnego (II poziom kontroli zarządczej). Za funkcjonowanie kontroli zarządczej na tym poziomie odpowiada odpowiednio minister kierujący danym działem administracji rządowej.

2.3. Minister jest odpowiedzialny za zapewnienie adekwatnego, skutecznego i efektywnego systemu kontroli zarządczej działu administracji rządowej (jako minister kierujący działem).

2.4. Biorąc pod uwagę określoną w art. 68 ust. 1 ustawy definicję kontroli zarządczej, za najistotniejszy element kontroli zarządczej w dziale administracji rządowej należy uznać system wyznaczania celów i zadań dla jednostek w danym dziale administracji rządowej, a także system monitorowania realizacji wyznaczonych celów i zadań.

3. Odniesienie do standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych

Przy opracowywaniu *Standardów kontroli zarządczej w Akademii Morskiej w Szczecinie* uwzględniono wskazówki zawarte w *Standardach kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych* wydanych przez Ministra Finansów i ogłoszonych w Komunikacie nr 23 z dnia 16 grudnia 2009 r. (Dz. Urz. MF nr 15, poz. 84).

II. Standardy kontroli zarządczej

A. Środowisko wewnętrzne

Właściwe środowisko wewnętrzne w sposób zasadniczy wpływa na jakość kontroli zarządczej.

1. Przestrzeganie wartości etycznych

Osoby zarządzające i pracownicy powinni być świadomi wartości etycznych przyjętych w jednostce i przestrzegać ich przy wykonywaniu powierzonych zadań.

Osoby zarządzające powinny wspierać i promować przestrzeganie wartości etycznych dając dobry przykład codziennym postępowaniem i podejmowanymi decyzjami.

Realizacji standardu służą:

- 1) kodeks etyki pracownika nauki (określany w Polsce centralnie),
- 2) zapisy w Regulaminie organizacyjnym Uczelni i Regulaminie pracy Uczelni,
- 3) zapisy w zakresach czynności pracowników (karty ogólne),
- 4) sprzyjające tej realizacji rozwiązania systemowe i organizacyjno-prawne Uczelni,
- 5) propagowanie wartości etycznych w środowisku akademickim,
- 6) działania kadry kierowniczej piętnujące zachowania nieetyczne,
- 7) system odpowiedzialności dyscyplinarnej i porządkowej.

2. Kompetencje zawodowe

Należy zadbać, aby osoby zarządzające i pracownicy posiadali wiedzę, umiejętności i doświadczenie pozwalające skutecznie i efektywnie wypełniać powierzone zadania. Proces zatrudnienia powinien być prowadzony w sposób zapewniający wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy.

Kadra nauczycielska Uczelni zatrudniana jest w drodze konkursów, chyba że przepisy prawa stanowią inaczej.

W przypadku zatrudniania pozostałych pracowników zaleca się stosowanie elementów konkurencyjnych (ogłoszenia publiczne, selekcja, wybór komisyjny), chyba że jest to niecelowe z uwagi na niską podaż danych specjalistów na rynku pracy lub niskie wymagania na danym stanowisku pracy.

Należy zapewnić rozwój kompetencji zawodowych pracowników jednostki i osób zarządzających.

Kadra nauczycielska podnosi swoje kompetencje dydaktyczne, naukowe i morskie zgodnie z odpowiednimi przepisami oraz dodatkowo zgodnie z wymaganiami dot. minimów kadrowych i wymaganiami wynikającymi z konwencji STCW.

Pozostali pracownicy powinni być kierowani, w miarę potrzeb i możliwości finansowych Uczelni, na szkolenia aktualizujące ich wiedzę zawodową, a kadra kierownicza dodatkowo na szkolenia z zakresu kierowania i zarządzania.

3. Struktura organizacyjna

Struktura organizacyjna Uczelni powinna być dostosowana do aktualnych jej celów i zadań. Struktura organizacyjna Uczelni jest ustalana w drodze Regulaminu organizacyjnego i schematu organizacyjnego Uczelni, wprowadzanych zarządzeniem Rektora.

Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych Uczelni oraz zakres podległości pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny. Regulamin organizacyjny Uczelni określa zadania administracyjne jednostek organizacyjnych. W pozostałym zakresie zadania jednostek organizacyjnych określa statut Uczelni lub odpowiednie regulaminy organizacyjne jednostek.

Aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności powinien być określony na piśmie dla każdego pracownika administracyjnego. W przypadku pozostałych pracowników zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności powinien być określony na piśmie szczególnie wówczas, gdy pracownik realizuje zadania związane z administracją Uczelni.

Zakresy czynności pracowników przed ich zatwierdzeniem są weryfikowane pod kątem zgodności z ustaloną organizacją Uczelni i zawartą umową o pracę.

Każdy nowo zatrudniany pracownik otrzymuje kartę ogólnych obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności.

4. Delegowanie uprawnień

Należy precyzyjnie określić zakres uprawnień delegowanych poszczególnym osobom zarządzającym lub pracownikom. Zakres delegowanych uprawnień powinien być odpowiedni do wagi podejmowanych decyzji, stopnia ich skomplikowania i ryzyka z nimi związanego.

Zaleca się delegowanie uprawnień do podejmowania decyzji, zwłaszcza tych o bieżącym charakterze. Przyjęcie delegowanych uprawnień powinno być potwierdzone podpisem.

Procedury udzielania upoważnień w zakresie kontroli dokumentów finansowo-księgowych określa odpowiednia instrukcja dot. obiegu i kontroli dokumentów finansowo-księgowych.

Uczelnia prowadzi centrale rejestry udzielonych pełnomocnictw Rektora oraz udzielonych upoważnień do kontroli dokumentów finansowo-księgowych.

B. Cele i zarządzanie ryzykiem

Jasne określenie misji może sprzyjać ustaleniu hierarchii celów i zadań oraz efektywnemu zarządzaniu ryzykiem. Zarządzanie ryzykiem ma na celu zwiększenie prawdopodobieństwa osiągnięcia celów i realizacji zadań. Proces zarządzania ryzykiem powinien być dokumentowany.

1. Misja i strategia

Cel istnienia Uczelni został określony w postaci krótkiego i syntetycznego opisu misji. Misja publikowana jest na stronach internetowych Uczelni.

Uczelnia określa strategię rozwoju w perspektywie kilku lat akademickich. Wydziały określają strategię rozwoju wydziałów zgodne ze strategią rozwoju Uczelni.

2. Określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji

Cele i zadania należy określać jasno i w perspektywie roku akademickiego. Ich wykonanie należy monitorować za pomocą wyznaczonych mierników.

Zaleca się przeprowadzanie oceny realizacji celów i zadań uwzględniając kryterium oszczędności, efektywności i skuteczności.

Należy zadbać, aby określając cele i zadania wskazać także komórki organizacyjne lub osoby odpowiedzialne bezpośrednio za ich wykonanie oraz zasoby przeznaczone do ich realizacji.

Uczelnia określa system planowania i monitorowania celów i zadań w dokumencie *Opis systemu kontroli zarządczej w Akademii Morskiej w Szczecinie*.

3. Identyfikacja ryzyka

Nie rzadziej niż raz w roku należy dokonać identyfikacji ryzyka w odniesieniu do celów i zadań. W przypadku istotnej zmiany warunków, w których funkcjonuje Uczelnia należy dokonać ponownej identyfikacji ryzyka.

Uczelnia określa jednolity system identyfikacji ryzyka w dokumencie *Polityka zarządzania ryzykiem w Akademii Morskiej w Szczecinie*.

4. Analiza ryzyka

Zidentyfikowane ryzyka należy poddać analizie mającej na celu określenie prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka i możliwych jego skutków. Należy określić akceptowany poziom ryzyka.

Uczelnia określa jednolity system analizy ryzyka w dokumencie *Polityka zarządzania ryzykiem w Akademii Morskiej w Szczecinie*.

5. Reakcja na ryzyko

W stosunku do każdego istotnego ryzyka powinno się określić rodzaj reakcji (tolerowanie, przeniesienie, wycofanie się, działanie). Należy określić działania, które należy podjąć w celu zmniejszenia danego ryzyka do akceptowanego poziomu.

C. Mechanizmy kontroli

Standardy w tym zakresie stanowią zestawienie podstawowych mechanizmów, które mogą funkcjonować w ramach systemu kontroli zarządczej. Nie tworzą one jednak zamkniętego katalogu, ponieważ system kontroli zarządczej powinien być elastyczny i dostosowany do specyficznych potrzeb Uczelni. Mechanizmy kontroli powinny stanowić odpowiedź na konkretne ryzyko. Koszty wdrożenia i stosowania mechanizmów kontroli nie powinny być wyższe niż uzyskane dzięki nim korzyści.

1. Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej

Procedury wewnętrzne, instrukcje, wytyczne, dokumenty określające zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników i inne dokumenty wewnętrzne stanowią dokumentację systemu kontroli zarządczej. Dokumentacja powinna być spójna i dostępna dla wszystkich osób, dla których jest niezbędna.

Realizacji tego standardu w Uczelni służy m.in.:

- 1) publikowanie wewnętrznych aktów normatywnych, opisów systemów, procedur i formularzy na stronach internetowych Uczelni,
- 2) dostęp do tych dokumentów we wskazanych jednostkach organizacyjnych (drogą tradycyjną i elektroniczną),
- 3) rozwój techniczny, opcjonalny i informacyjny stron internetowych Uczelni,
- 4) modernizacja i integracja systemów informatycznych.

2. Nadzór

Należy prowadzić nadzór nad wykonaniem zadań w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji.

3. Ciągłość działalności

Należy zapewnić istnienie mechanizmów służących utrzymaniu ciągłości działalności Uczelni wykorzystując, między innymi, wyniki analizy ryzyka.

4. Ochrona zasobów

Należy zadbać, aby dostęp do zasobów Uczelni miały wyłącznie upoważnione osoby. Osobom zarządzającym i pracownikom należy powierzyć odpowiedzialność za zapewnienie ochrony i właściwe wykorzystanie zasobów jednostki.

Realizacji tego standardu w Uczelni służy m.in.:

- 1) system zamówień publicznych (regulamin i system informatyczny),
- 2) system ewidencji mienia (instrukcje i system informatyczny),
- 3) system likwidacji mienia (regulamin i system informatyczny),
- 4) system wyceny mienia ruchomego (regulamin),
- 5) system inwentaryzacji mienia (instrukcja i system informatyczny),
- 6) system odpowiedzialności materialnej pracowników (instrukcja i system informatyczny),
- 7) system zarządzania własnością intelektualną (regulamin i system informatyczny),
- 8) system ochrony danych osobowych (*Polityka bezpieczeństwa*),
- 9) system ochrony zasobów informatycznych (regulamin),
- 10) systemy realizacji projektów z udziałem środków zewnętrznych (zasady, procedura),
- 11) system ochrony informacji niejawnych (zasady, procedura),
- 12) system ochrony obiektów (ochrona fizyczna, systemy alarmowe, monitoring TV, in.),
- 13) system ochrony przeciwpożarowej (regulaminy, instrukcje, środki techniczne),
- 14) system bezpieczeństwa i higieny pracy (regulaminy, instrukcje, szkolenia, środki techniczne).

5. Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych

Powinny istnieć przynajmniej następujące mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych:

- 1) rzetelne i pełne dokumentowanie i rejestrowanie operacji finansowych i gospodarczych,
- 2) zatwierdzanie (autoryzacja) operacji finansowych przez kierownika jednostki lub osoby przez niego upoważnione,
- 3) podział kluczowych obowiązków,
- 4) weryfikacja operacji finansowych i gospodarczych przed i po realizacji.

Realizacji tego standardu w Uczelni służy m.in.:

- 1) polityka rachunkowości,
- 2) instrukcja obiegu i kontroli dokumentów finansowo-księgowych.

6. Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych

Należy określić mechanizmy służące zapewnieniu bezpieczeństwa danych i systemów informatycznych.

Realizacji tego standardu w Uczelni służy m.in.:

- 1) Regulamin informatyczny Uczelni,
- 2) Polityka bezpieczeństwa danych osobowych w Uczelni.

D. Informacja i komunikacja

Osoby zarządzające oraz pracownicy powinni mieć zapewniony dostęp do informacji niezbędnych do wykonywania przez nich obowiązków. System komunikacji powinien umożliwiać przepływ potrzebnych informacji wewnątrz jednostki, zarówno w kierunku pionowym jak i poziomym. Efektywny system komunikacji powinien zapewnić nie tylko przepływ informacji, ale także ich właściwe zrozumienie przez odbiorców.

Realizacji tego standardu w Uczelni służy m.in.:

- 1) instrukcja kancelaryjna,
- 2) instrukcja archiwizacji,
- 3) system służbowej poczty elektronicznej,
- 4) dostęp do centralnych dysków sieciowych,
- 5) strony internetowe Uczelni,
- 6) system informacji prawnej Uczelni, w tym:
 - a) system informowania o wewnętrznych aktach prawnych,
 - b) system informowania o zewnętrznych aktach prawnych.

1. Bieżąca informacja

Osobom zarządzającym i pracownikom należy zapewnić, w odpowiedniej formie i czasie, właściwe oraz rzetelne informacje potrzebne do realizacji zadań.

2. Komunikacja wewnętrzna

Zapewnia się efektywne mechanizmy przekazywania ważnych informacji w obrębie struktury organizacyjnej Uczelni oraz w obrębie działu administracji rządowej.

Realizacji tego standardu w Uczelni służy m.in.:

- 1) obieg korespondencji,
- 2) informacje przekazywane bezpośrednio lub telefonicznie,
- 3) narady i spotkania informacyjne,
- 4) ww. systemy.

3. Komunikacja zewnętrzna

Zapewnia się efektywny system wymiany ważnych informacji z podmiotami zewnętrznymi mającymi wpływ na osiągnięcie celów i realizację zadań.

Realizacji tego standardu w Uczelni służy m.in.:

- 1) obieg korespondencji,
- 2) informacje przekazywane bezpośrednio, telefonicznie lub elektronicznie,
- 3) spotkania,
- 4) ww. systemy.

E. Monitorowanie i ocena

System kontroli zarządczej podlega monitorowaniu i ocenie.

1. Monitorowanie systemu kontroli zarządczej

Monitorowana jest skuteczność poszczególnych elementów systemu kontroli zarządczej, co umożliwia bieżące rozwiązywanie zidentyfikowanych problemów.

2. Samoocena

Okresowo przeprowadza się samoocenę systemu kontroli zarządczej. Samoocena jest ujęta w ramy procesu odrębnego od bieżącej działalności i udokumentowana.

3. Audyt wewnętrzny

Na warunkach określonych w ustawie o finansach publicznych audytor wewnętrzny prowadzi obiektywną i niezależną ocenę kontroli zarządczej.

Uczelnia określa szczegółowe procedury audytu w *Księdze procedur audytu wewnętrznego*.

4. Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej

Źródłem uzyskania zapewnienia o stanie kontroli zarządczej przez Rektora powinny być w szczególności wyniki: monitorowania, samooceny oraz przeprowadzonych audytów i kontroli. Corocznie dokonuje się potwierdzenia uzyskania powyższego zapewnienia w formie oświadczenia o stanie kontroli zarządczej za poprzedni rok.

Plan działalności na rok/.....**Akademii Morskiej w Szczecinie* - część Nauka/Nauczanie***

jednostki organizacyjnej*.....

Lp.	Cel	Mierniki określające stopień realizacji celu			Najważniejsze zadania służące do realizacji celu	Jednostka odpowiedzialna za realizację planu
		Nazwa	Planowana wartość do osiągnięcia na koniec roku, którego dotyczy plan	Wartość na koniec okresu poprzedniego		
1	2	3	4	5	6	7

* niepotrzebne skreślić

RAPORT / SPRAWOZDANIE***dot. osiągnięcia celów/wskaźników ujętych w planie na rok/.....****działalności Uczelni* w części Nauka/Nauczanie***

jednostki organizacyjnej*

Lp.	Cel/zadanie	Mierniki określające stopień realizacji celu		Stan na dzień 28 lutego* 30 września*
		Nazwa	Planowana wartość do osiągnięcia na koniec roku, którego dotyczy plan	

* niepotrzebne skreślić

Zestawienie zadań wrażliwych w Akademii Morskiej w Szczecinie

1. Wydatkowanie i pozyskiwanie środków finansowych:

- 1) udzielanie zamówień publicznych w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych,
- 2) gospodarka kasowa,
- 3) windykacja należności,
- 4) odpłatność za usługi naukowo-badawcze,
- 5) wnoszenie opłat za usługi edukacyjne,
- 6) wnoszenie opłat za wstęp na pływalnię,
- 7) wnoszenie opłat za pokoje gościnne,
- 8) wnoszenie opłat biblioteczných,
- 9) wynajem powierzchni, w tym lokali mieszkalnych,
- 10) sprzedaż składników majątkowych.

2. Działalność dydaktyczna i naukowo-badawcza:

- 1) realizacja i rozliczanie godzin nadwymiarowych,
- 2) realizacja programów nauczania, w odniesieniu do planów nauczania i standardów,
- 3) usługi naukowo-badawcze,
- 4) ochrona własności intelektualnej.

3. Obsługa procesu nauczania i szkolenia:

- 1) przyznawanie na rzecz studentów świadczeń pomocy materialnej,
- 2) realizacja decyzji o zakwaterowaniu w domach studenckich,
- 3) rekrutacja cudzoziemców na studia w języku polskim,
- 4) rekrutacja na studia stacjonarne i niestacjonarne,
- 5) udostępnianie danych osobowych studentów,
- 6) wydawanie decyzji administracyjnych dotyczących przebiegu studiów np. powtarzanie semestru,
- 7) wystawianie dyplomów, zaświadczeń, świadectw itp.,
- 8) dokumentowanie egzaminów i zaliczeń.

4. Obsługa spraw pracowniczych i socjalnych:

- 1) proces rekrutacji i zatrudniania pracowników,
- 2) naliczanie wynagrodzeń i stypendiów,
- 3) uznawanie praw autorskich do rozliczeń podatkowych,
- 4) dysponowanie funduszem świadczeń socjalnych,
- 5) udostępnianie danych osobowych pracowników.

5. Gospodarowanie mieniem:

- 1) gospodarka magazynowa- przyjmowanie i wydawanie materiałów i towarów,
- 2) inwentaryzacja,
- 3) likwidacja składników majątkowych,
- 4) wycena składników majątkowych,
- 5) realizacja zadań transportowych,
- 6) legalność oprogramowania.

Zatwierdzam

REKTOR

.....
prof. dr hab. inż. kpt.ż.w.
Stanisław Gućma

Polityka zarządzania ryzykiem w Akademii Morskiej w Szczecinie

Szczecin, marzec 2012 r.

Spis treści

1. Wprowadzenie
2. Odpowiedzialność za zarządzanie ryzykiem
 - 2.1. Kierownictwo
 - 2.2. Zespoły ds. Kontroli Zarządczej
 - 2.3. Kierujący komórkami organizacyjnymi
 - 2.4. Pozostali pracownicy
 - 2.5. Dział Organizacyjno-Prawny
3. Analiza ryzyka
 - 3.1. Identyfikacja ryzyka
 - 3.2. Ocena ryzyka
4. Reakcja na ryzyko
 - 4.1. Ocena apetytu na ryzyko – akceptowalny poziom ryzyka
 - 4.2. Określenie odpowiedniej reakcji na ryzyko – mechanizmy kontroli wewnętrznej
 - 4.3. Proporcjonalność mechanizmów kontrolnych
5. Dokumentowanie identyfikacji, oceny oraz określenia metody przeciwdziałania ryzykom związanym z osiągnięciem celów
6. Informacja i komunikacja
7. Monitorowanie ryzyka i ocena systemu zarządzania ryzykiem
 - 7.1. Monitorowanie ryzyka
 - 7.2. Ocena zarządzania ryzykiem
 - 7.2.1. Standard COSO II w zarządzaniu ryzykiem
 - 7.2.2. Raport oceny ryzyka
8. Rejestr ryzyk

Załączniki:

1. Arkusz ryzyka
2. Hierarchizacja ryzyk/raport

1. Wprowadzenie

Standardy Audytu Wewnętrznego w jednostkach sektora finansów publicznych¹, zwane dalej Standardami Audytu Wewnętrznego, definiują zarządzanie ryzykiem, jako proces identyfikacji, oceny, zarządzania i kontroli potencjalnych zdarzeń lub sytuacji, dostarczający racjonalnego zapewnienia, że cele organizacji zostaną zrealizowane. Z kolei Standardy kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych², zwane dalej Standardami kontroli zarządczej, wskazują, że zarządzanie ryzykiem ma na celu zwiększenie prawdopodobieństwa osiągnięcia celów i realizacji zadań organizacji.

Zarządzanie ryzykiem w Akademii Morskiej w Szczecinie, zwanej dalej Uczelnią, realizowane jest w celu dostarczenia racjonalnego zapewnienia, że osiągnięte zostaną cele określone w planie działalności Uczelni oraz w planach działalności komórek organizacyjnych.

Celem Polityki zarządzania ryzykiem w Uczelni, zwanej dalej *Polityką zarządzania ryzykiem*, jest wsparcie kadry zarządzającej (Kierownictwo Uczelni) i pracowników Uczelni w procesie zarządzania ryzykiem, w szczególności poprzez wprowadzenie jednolitych zasad identyfikacji i oceny ryzyka, określenie zasad ustalania akceptowalnego poziomu ryzyka, monitorowania ryzyka oraz oceny systemu zarządzania ryzykiem. Zasady te służą również usprawnieniu planowania działalności Uczelni, a tym samym zwiększeniu skuteczności realizacji zadań i osiągania celów poprzez stosowanie odpowiednich mechanizmów kontroli wewnętrznej oraz uzyskiwanie informacji o zagrożeniach dla realizacji wyznaczonych celów i zadań.

Niezależnie od *Polityki zarządzania ryzykiem*, szczegółowe kwestie związane z zarządzaniem ryzykiem zostały uregulowane w innych obowiązujących w Uczelni dokumentach. Są to przede wszystkim: Regulamin organizacyjny AM, procedury wewnętrzne oraz zarządzenia wewnętrzne Rektora, ustalające określone mechanizmy kontroli wewnętrznej (mechanizmy kontrolne).

Zarządzanie ryzykiem w Uczelni obejmuje następujące etapy:

- 1) identyfikację ryzyka,
- 2) analizę i ocenę ryzyka,
- 3) określenie akceptowalnego poziomu ryzyka,
- 4) określenie odpowiedniej reakcji na ryzyko oraz wdrożenie mechanizmów kontroli wewnętrznej,
- 5) raportowanie o zdarzeniach mających negatywny wpływ na osiąganie celów,
- 6) zapewnienie pracownikom odpowiedniej informacji o ryzykach, niezbędnej do wykonywania zadań,
- 7) monitorowanie ryzyka oraz ocenę systemu zarządzania ryzykiem.

Polityka zarządzania ryzykiem stanowi uzupełnienie i rozwinięcie dokumentu *Opis systemu kontroli zarządczej w Akademii Morskiej w Szczecinie*. Definicje najważniejszych pojęć stosowanych w niniejszym dokumencie są zgodne z definicjami zamieszczonymi w dokumencie

¹ Międzynarodowe Standardy Profesjonalnej Praktyki Audytu Wewnętrznego, opracowane przez The Institute of Internal Auditors, określone przez Ministra Finansów jako standardy audytu wewnętrznego w jednostkach sektora finansów publicznych w Komunikacie Nr 8 Ministra Finansów z dnia 20 maja 2011 r. w sprawie standardów audytu wewnętrznego w jednostkach sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF, Nr 5, poz. 23)

² Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF, Nr 15, poz. 84).

Opis systemu kontroli zarządczej w Akademii Morskiej w Szczecinie.

Niniejsza polityka będzie podlegała okresowemu przeglądowi i analizie. W miarę postępu we wdrażaniu w Uczelni systemu zarządzania ryzykiem, zmianie mogą ulec poszczególne elementy tej Polityki. Polityka udostępniana jest pracownikom Uczelni poprzez zamieszczenie na stronach internetowych Uczelni w zakładce Kontrola Zarządcza. Pracownicy są również informowani o wszystkich zmianach w tym zakresie.

2. Odpowiedzialność za zarządzanie ryzykiem

W procesie zarządzania ryzykiem uczestniczą wszyscy pracownicy Uczelni.

2.1. Kierownictwo

Kierownictwo Uczelni odpowiada za zarządzanie ryzykiem na poziomie strategicznym, w szczególności poprzez:

- 1) podejmowanie decyzji o działaniach przeciwdziałających ryzyku w celu zwiększenia skuteczności i efektywności stosowanych mechanizmów kontroli wewnętrznej lub decyzji o wdrożeniu dodatkowych mechanizmów kontrolnych,
- 2) formułowanie zaleceń dla komórek organizacyjnych dotyczących planowania rozwoju i działalności Uczelni oraz realizacji celów i zadań.

2.2. Zespoły ds. Kontroli Zarządczej

Do podstawowych kompetencji Zespołów w ramach zarządzania ryzykiem należy:

- 1) zarządzanie ryzykiem na poziomie zaplanowanych w planie działalności Uczelni celów i zadań,
- 2) monitorowanie skuteczności i jakości zarządzania ryzykiem na niższych szczeblach organizacyjnych Uczelni,
- 3) formułowanie zaleceń dla komórek organizacyjnych dotyczących zarządzania ryzykiem,
- 4) monitorowanie oraz okresowy i bieżący przegląd systemu zarządzania ryzykiem w Uczelni i proponowanie rozwiązań usprawniających system oraz podnoszących efektywność zarządzania ryzykiem.
- 5) dokonywanie corocznego przeglądu *Polityki zarządzania ryzykiem*, by zapewnić jej adekwatność do potrzeb Uczelni,
- 6) składanie zbiorczych raportów Kierownictwu Uczelni z wyników monitorowania oraz efektywności systemu zarządzania ryzykiem Uczelni.

2.3. Kierujący komórkami organizacyjnymi

Kierujący komórkami organizacyjnymi odpowiadają za zarządzanie ryzykiem na poziomie operacyjnym, a w szczególności za:

- 1) identyfikację i ocenę ryzyka związanego z realizacją celów i zadań określonych w planie działalności Uczelni oraz planach działalności komórek organizacyjnych,
- 2) analizowanie zidentyfikowanych ryzyk,
- 3) ustalenie wartości prawdopodobieństwa i wpływu zidentyfikowanych ryzyk,
- 4) określenie akceptowalnego poziomu dla każdego ryzyka,
- 5) podejmowanie reakcji na ryzyko, w szczególności wykonywanie działań kontrolnych, projektowanie dodatkowych mechanizmów kontroli wewnętrznej dla ryzyk, których istotność przekracza apetyt na ryzyko,
- 6) raportowanie na temat ryzyka oraz jego monitorowanie.

Kierownik komórki organizacyjnej, w ramach powierzonych mu zadań, jest odpowiedzialny za zarządzanie ryzykiem występującym w działaniach komórki organizacyjnej oraz jest właścicielem ryzyk występujących w działaniach komórki organizacyjnej, którą kieruje.

Kierujący komórkami organizacyjnymi mogą delegować wykonywanie powyższych działań w całości lub części na pracowników komórki organizacyjnej, nie mogą jednak przenosić na nich odpowiedzialności za te działania.

2.4. Pozostali pracownicy

Pracownicy Uczelni są obowiązani znać i przestrzegać *Politykę zarządzania ryzykiem*, a w zakresie swoich kompetencji są obowiązani do:

- 1) monitorowania poziomu zdefiniowanych ryzyk w zakresie, w jakim występują one w działaniach pracownika,
- 2) podejmowania reakcji w sytuacji wystąpienia ryzyka (zmaterializowania się ryzyka),
- 3) informowania przełożonych o wszelkich zdarzeniach, które mogą doprowadzić do negatywnych skutków w działalności Uczelni, w tym o potencjalnych nowych ryzykach lub istotnych zmianach poziomu zidentyfikowanych ryzyk,
- 4) informowania przełożonych o zdarzeniach, które mogą negatywnie wpływać na realizację celów Uczelni lub naruszyć jej reputację.

2.5. Dział Organizacyjno-Prawny

W ramach systemu zarządzania ryzykiem Dział Organizacyjno-Prawny realizuje zadania obejmujące okresową weryfikację regulacji wewnętrznych pod kątem celów kontroli zarządczej, występujących ryzyk oraz adekwatności stosowanych mechanizmów kontroli wewnętrznej.

3. Analiza ryzyka

3.1. Identyfikacja ryzyka

Identyfikacja ryzyka polega na wskazaniu takich zdarzeń, które będą miały negatywny wpływ na osiągnięcie celów określonych w planie działalności Uczelni oraz w planach działalności komórek organizacyjnych Uczelni. W praktyce proces ten sprowadza się do przeanalizowania poszczególnych celów i zadań oraz udzielenia odpowiedzi na następujące pytania:

- 1) Co może pójść nie tak?
- 2) Jakie jest prawdopodobieństwo, że coś może pójść nie tak?
- 3) Co się stanie, jeżeli coś pójdzie nie tak?
- 4) Co należy zrobić, aby usunąć zagrożenie?
- 5) Co zrobić, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo ponownego wystąpienia zagrożenia?

Identyfikacja ryzyka odbywa się równolegle z planowaniem działalności Uczelni, ponieważ zarządzanie ryzykiem dotyczy celów określonych w planie działalności Uczelni i planach działalności komórek organizacyjnych.

Czynniki mogące mieć negatywny wpływ na osiąganie celów Uczelni mogą mieć charakter zewnętrzny (występują na zewnątrz Uczelni) lub wewnętrzny (wiążą się ze sposobem działania Uczelni).

Przykładowe czynniki zewnętrzne mogące mieć negatywny wpływ na realizację celów mogą

mieć charakter:

- 1) ekonomiczny,
- 2) środowiskowy,
- 3) polityczny,
- 4) społeczny,
- 5) technologiczny.

Zdarzenia wywołane czynnikami wewnętrznymi, mogącymi niekorzystnie oddziaływać na osiągnięcie celów Uczelni, mogą być związane z:

- 1) finansowaniem działalności Uczelni,
- 2) dokonywaniem zakupów towarów i usług,
- 3) możliwością popełniania błędów przez pracowników Uczelni,
- 4) niedoskonałościami wewnętrznych mechanizmów kontroli lub błędnymi działaniami,
- 5) nieobecnościami pracowników,
- 6) wystąpieniem błędów w systemach informatycznych,
- 7) problemami w komunikacji wewnętrznej.

Identyfikację ryzyka przeprowadzają raz w roku Zespoły ds. Kontroli Zarządczej i komórki organizacyjne w ramach realizacji planu działalności Uczelni i planów komórek organizacyjnych. Do identyfikacji ryzyka wykorzystywany jest **arkusz identyfikacji, oceny oraz określenia metody przeciwdziałania ryzykom związanym z osiąganiem celów (arkusz ryzyka)**, którego wzór stanowi załącznik nr 1.

3.2. Ocena ryzyka

Ocena ryzyka jest podstawą decyzji o sposobie zarządzania ryzykiem. Dokonywana jest według kryterium prawdopodobieństwa i wpływu (możliwych skutków) wystąpienia określonego zdarzenia na realizację zadań i osiągnięcie celów Uczelni.

Prawdopodobieństwo ryzyka to możliwość, że dane zdarzenie wystąpi. Określa się je na podstawie prognozowanej możliwości wystąpienia zdarzenia mającego negatywny wpływ na osiągnięcie celu lub realizację zadania (prawdopodobieństwo, że coś pójdzie nie tak). Ocena wg kryterium prawdopodobieństwa powinna uwzględniać częstotliwość wystąpienia takiego zdarzenia w przeszłości (wcale, rzadko, często).

Wpływ ryzyka to przewidywane skutki wystąpienia zdarzenia dla osiągnięcia celu lub realizacji zadania (co stanie się, jeżeli coś pójdzie nie tak).

Prawdopodobieństwo ocenia się w skali 1 (niskie), 2 (średnie), 3 (wysokie), a wpływ powinien zostać oceniony w skali 1 (mały), 2 (średni), 3 (wysoki). Opis ryzyka wg kryterium prawdopodobieństwa oraz wg kryterium wpływu zawierają tabele poniżej.

Tabela 1. Opis ryzyka wg kryterium prawdopodobieństwa

Prawdopodobieństwo	Wartość pkt.	Opis
Niskie	1	Zdarzenie nie wystąpiło w okresie ostatnich 3 lat, wystąpienie zdarzenia jest mało prawdopodobne lub wysoce nieprawdopodobne (istnieją nikłe szanse, że zdarzenie może wystąpić)
Średnie	2	Zdarzenie wystąpiło w poprzednich okresach (nie częściej niż raz w okresie ostatnich 3 lat) albo prawdopodobieństwo wystąpienia określonego zdarzenia nie przekracza 25%

Wysokie	3	Zdarzenie wystąpiło ostatnio, zdarzenie może wystąpić w każdym roku albo prawdopodobieństwo wystąpienia określonego zdarzenia przekracza 25%
---------	---	--

Tabela 2. Opis ryzyka wg kryterium wpływu (oddziaływania)

Wpływ	Wartość pkt.	Opis
Mały	1	Zdarzenie nieznacznie wpłynie na działalność komórki organizacyjnej / Uczelni
Średni	2	Zdarzenie w sposób umiarkowany wpłynie na działalność komórki organizacyjnej / Uczelni
Wysoki	3	Zdarzenie w sposób istotny wpłynie na działalności komórki organizacyjnej / Uczelni

Istotność ryzyka pozwala ustalić ważność ryzyka i przyjąć właściwą reakcję na ryzyko. Poziom istotności jest wynikiem oceny prawdopodobieństwa i wpływu ryzyka na osiągnięcie celu lub realizację zadania. W praktyce istotność stanowi wynik mnożenia liczby odpowiadającej ocenie wpływu i liczby odpowiadającej ocenie prawdopodobieństwa. Przy skali stosowanej w Uczelni, istotność będzie wahała się pomiędzy 1 (1 x 1) a 9 (3 x 3).

Ocena poszczególnych ryzyk dokonywana jest w komórkach organizacyjnych Uczelni, odrębnie dla każdego z celów/zadań, oraz dokumentowana w **arkuszu ryzyka**. Ocenę przeprowadza się z uwzględnieniem istniejących mechanizmów kontrolnych.

Komórki organizacyjne mogą stosować do prezentacji i hierarchizacji wszystkich zidentyfikowanych ryzyk macierz ryzyka, zamieszczając w odpowiednim prostokącie ryzyka, których istotność odpowiada wartościom liczbowym zaprezentowanym poniżej.

Wpływ	Wysoki - 3	6	9
	Średni - 2	4	6
	Mały- 1 Niskie -1	Średnie - 2	Wysokie - 3
	Prawdopodobieństwo		

Rys. 1. Macierz ryzyka

Oceniłone ryzyka można uporządkować według ich wpływu, procesu lub kryteriów punktowej oceny ryzyka (prawdopodobieństwa i wpływu). Dzięki temu możliwa jest hierarchizacja działań podejmowanych w celu zmniejszenia ryzyka:

- 1) ryzyka znajdujące się w prostokątach oznaczonych kolorem czerwonym wymagają pilnej

- uwagi i natychmiastowego podjęcia działań przez komórkę organizacyjną,
- 2) ryzyka znajdujące się w prostokątach oznaczonych kolorem pomarańczowym należy omawiać na okresowych spotkaniach wewnętrznych komórki organizacyjnej i monitorować; w pewnych wypadkach może okazać się konieczne podjęcie dalszych działań (zastosowanie dodatkowych mechanizmów kontroli wewnętrznej, przygotowanie nowych regulacji wewnętrznych),
 - 3) ryzyka znajdujące się w prostokątach oznaczonych kolorem żółtym to najniższe zagrożenie dla realizacji celów i zadań komórek organizacyjnych, wymagające monitorowania.

Wzór dokumentu **hierarchizacja ryzyk / raport** stanowi załącznik nr 2.

4. Reakcja na ryzyko

Sposób reakcji na ryzyko powinien uwzględniać **akceptowalny poziom ryzyka** oraz relacje kosztów wdrożenia działań, które stanowiłyby odpowiedź na ryzyko, do korzyści uzyskanych w wyniku podjęcia tych działań.

4.1. Ocena apetytu na ryzyko – akceptowalny poziom ryzyka

Według standardów audytu wewnętrznego, **apetyt na ryzyko** to poziom ryzyka, który organizacja jest skłonna zaakceptować. Akceptowalny poziom ryzyka to ustalony poziom istotności, przy którym nie jest wymagane podejmowanie dodatkowych działań przeciwdziałających ryzyku, a jedynie monitorowanie ryzyk w ramach istniejących mechanizmów kontrolnych.

Ryzyko nieakceptowalne – ryzyko wyższe niż akceptowalne, wymaga ustalenia i podjęcia działań ograniczających ryzyko do poziomu akceptowalnego. Mechanizmy kontrolne mogą obniżać albo prawdopodobieństwo albo wpływ ryzyka, albo oba te elementy łącznie.

Właściciel ryzyka określa akceptowalny poziom każdego zidentyfikowanego ryzyka. Ryzyka, dla których istotność oceniona została powyżej akceptowalnego poziomu, nie są akceptowane i wymagają zastosowania mechanizmów kontrolnych, obniżających ryzyko do akceptowanego poziomu. Podjęcie decyzji o realizacji określonych zadań, dla których ryzyka nieosiągnięcia celów przekraczają apetyt na ryzyko, wymaga uzasadnienia.

4.2. Określenie odpowiedniej reakcji na ryzyko – mechanizmy kontroli wewnętrznej

Mechanizmy kontroli wewnętrznej to zbiór funkcjonujących w Uczelni standardów, procedur, polityk, a także środków materialnych i planów zaradczych, jakie minimalizują negatywne skutki ocenianego ryzyka. Jako przykłady mechanizmów kontrolnych (mechanizmów kontroli ryzyka) można wymienić: dokumentowanie procesów, wielopoziomą autoryzację i weryfikację działań, podział kluczowych obowiązków, ochronę i kontrolowanie dostępu osób do danych, zasobów finansowych, materialnych i informatycznych.

Standardy kontroli zarządczej przewidują następujące możliwe rodzaje reakcji na ryzyko:

- 1) tolerowanie ryzyka (akceptacja ryzyka) – ma miejsce wtedy, gdy kierownictwo świadomie decyduje się podjąć działania pomimo występującego ryzyka,
- 2) przeniesienie ryzyka (transfer ryzyka) – ma miejsce wtedy, gdy następuje przeniesienie ryzyka na podmiot zewnętrzny (przykładem jest ubezpieczenie mienia); przeniesienie ryzyka najczęściej łączy się z dodatkowymi kosztami,

- 3) wycofanie się – jest równoznaczne z zakończeniem działań o dużym ryzyku, gdy nie udało się obniżyć ryzyka do akceptowanego poziomu; w przypadku jednostek sektora finansów publicznych taka reakcja jest najmniej prawdopodobna,
- 4) działanie – polega na podjęciu działań zmniejszających ryzyko do akceptowanego poziomu; jest to najczęstsza reakcja (przykład to wprowadzanie dodatkowych mechanizmów kontrolnych w danym procesie).

Mechanizmy kontroli wewnętrznej powinny stanowić odpowiedź na konkretne ryzyka. Obejmują one takie polityki, procedury lub konkretne działania, w wyniku których zwiększa się prawdopodobieństwo osiągnięcia zamierzonych celów.

Mechanizmy kontroli wewnętrznej można podzielić na cztery kategorie:

- 1) mechanizmy wykrywające,
- 2) mechanizmy nakazujące,
- 3) mechanizmy prewencyjne,
- 4) mechanizmy korekcyjne.

Mechanizmy wykrywające – mają na celu wykrycie przypadków wystąpienia niepożądanych rezultatów. Mają zastosowanie post factum, więc są stosowane w sytuacjach, gdy możliwe jest zaakceptowanie ewentualnych strat lub szkód. Przykładem tych mechanizmów jest inwentaryzacja, uzgadnianie transakcji, kontrola inspekcyjna prowadzona przez Kontrolę Wewnętrzną oraz analizy ex post.

Mechanizmy nakazujące – mają za zadanie zapewnić, że pożądane wyniki zostaną osiągnięte. Mają zastosowanie w sytuacjach, gdy należy unikać niepożądanych skutków określonych działań, np. ze względu na wymóg przestrzegania przepisów BHP lub ochronę zasobów. Przykładem takiego mechanizmu jest wymóg zakładania ubrań ochronnych lub wymóg odpowiedniego przeszkolenia pracowników przed rozpoczęciem pracy.

Mechanizmy prewencyjne – mają na celu ograniczenie możliwości wystąpienia niepożądanych efektów. Do tej kategorii zaliczanych jest większość mechanizmów kontroli. Przykładem mechanizmu jest podział obowiązków pomiędzy osoby zatwierdzające płatności, wprowadzenie szczegółowych procedur określających sposób postępowania w poszczególnych procesach.

Mechanizmy korekcyjne – mają na celu korygowanie przypadków wystąpienia niepożądanych rezultatów. Stanowią sposób na odzyskanie strat lub naprawę szkód. Przykładem mechanizmu jest wprowadzanie do zawieranych umów odpowiednich postanowień dotyczących odpowiedzialności wykonawcy lub dochodzenia roszczeń z tytułu niewłaściwego wykonania umowy.

4.3. Proporcjonalność mechanizmów kontrolnych

Opracowując i wprowadzając mechanizmy kontrolne należy pamiętać, aby mechanizmy te były proporcjonalne do zidentyfikowanego ryzyka.

Odpowiednie są mechanizmy dające wystarczającą pewność, że ewentualna strata będzie mieścić się w ramach określonego apetytu na ryzyko. Należy pamiętać, iż każdy mechanizm kontrolny wiąże się z pewnymi kosztami. **Ważne jest, aby koszty korespondowały z ryzykiem kontrolowanym przez te mechanizmy.**

5. Dokumentowanie identyfikacji, oceny oraz określenia metody przeciwdziałania ryzykom związanym z osiągnięciem celów

Działania mające na celu identyfikację, ocenę oraz określenie metody przeciwdziałania ryzykom związanym z osiągnięciem celów przeprowadzane są z wykorzystaniem **arkusza ryzyka**.

Arkusze wypełniają raz w roku Zespoły ds. Kontroli Zarządczej i właściwe komórki organizacyjne na etapie przygotowania projektu planu działalności Uczelni oraz planu działalności komórki organizacyjnej, wpisując do arkusza planowane cele i zadania. Proces ten służy ustaleniu występującego lub możliwego do wystąpienia zdarzenia zagrażającego realizacji celów / zadań ujętych w projekcie planu działalności komórki organizacyjnej.

Do graficznego ujęcia ryzyk może służyć dokument **hierarchizacja ryzyk / raport**.

6. Informacja i komunikacja

Wymóg zapewnienia pracownikom odpowiedniej informacji realizowany jest poprzez zapewnienie wszystkim pracownikom dostępu do wszystkich dokumentów i formularzy stosowanych w kontroli zarządczej, w tym w procesach zarządzania ryzykiem.

Podczas realizacji zadań w sposób ciągły kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy tych komórek monitorują realizację zadań. O wystąpieniu zdarzenia, którego skutkiem jest zmaterializowanie się ryzyka, komórka organizacyjna informuje właściwego członka Kierownictwa Uczelni.

7. Monitorowanie ryzyka i ocena systemu zarządzania ryzykiem

7.1. Monitorowanie ryzyka

Monitorowanie ryzyka polega na okresowym sprawdzaniu, czy:

- 1) ryzyko uległo zmianie,
- 2) punktowa ocena ryzyka jest odpowiednia (w odniesieniu do prawdopodobieństwa i wpływu),
- 3) stosowane mechanizmy kontroli wewnętrznej są skuteczne,
- 4) wykonywane są uzgodnione działania w zakresie zarządzania ryzykiem.

Przyjmując, że mechanizmy kontroli działają poprzez:

- 1) ograniczenie niewłaściwych zachowań pracowników,
- 2) stosowanie procedur nadzoru pomocnych w zapobieganiu lub wykrywaniu istotnych nieprawidłowości,
- 3) sporządzanie sprawozdań, raportów i informacji, w sposób pozwalający zarządzającym kontrolować i monitorować działalność Uczelni,
- 4) skuteczną kontrolę gospodarki finansowej, która zapewnia, że:
 - a) operacje są wykonywane zgodnie z przepisami i regulacjami wewnętrznymi,
 - b) operacje są prawidłowo księgowane,
 - c) dostęp do aktywów jest możliwy na zasadach zapewniających ich bezpieczeństwo,
 - d) aktywa są inwentaryzowane i uzgadniane z danymi księgowymi

należy dokonać okresowej oceny stosowanych mechanizmów kontroli wewnętrznej, w szczególności w celu określenia, które ryzyka powinny być monitorowane, a które nie muszą być monitorowane.

Gdy cele Uczelni/komórki organizacyjnej zostały osiągnięte, a zadania zrealizowane, przyjmuje się, że zarządzanie ryzykiem było efektywne, a mechanizmy kontroli skuteczne; gdy cele nie zostały osiągnięte lub zadania nie zostały zrealizowane w części lub w całości – komórka organizacyjna dokonuje oceny mechanizmów kontroli wewnętrznej (czy skuteczne).

Jeżeli przyczyną niezrealizowania zadań lub nieosiągnięcia celów były nieskuteczne mechanizmy kontroli wewnętrznej, komórka organizacyjna wskazuje takie nowe mechanizmy, które ograniczą ryzyka nieosiągnięcia celów w przyszłości, w szczególności na koniec planowanego okresu, oraz wskazuje ryzyka, które miały wpływ na niezrealizowanie zadań / nieosiągnięcie celów.

Jeżeli przyczyną nieosiągnięcia celów były ryzyka niezidentyfikowane na etapie planowania działalności, komórka organizacyjna jest obowiązana zidentyfikować, przeanalizować i ocenić nowe ryzyka.

W przypadku gdy nieosiągnięcie celów stanowiło wynik błędów w planowaniu działalności lub realizacji zadań, komórka organizacyjna jest obowiązana zidentyfikować słabości kontroli zarządczej oraz zaproponować działania, które wyeliminują te słabości w przyszłości.

Monitorowanie ryzyka jest dokumentowane na **arkuszu ryzyka** oraz w dokumencie **hierarchizacja ryzyk/raport**, jeżeli był wykorzystany.

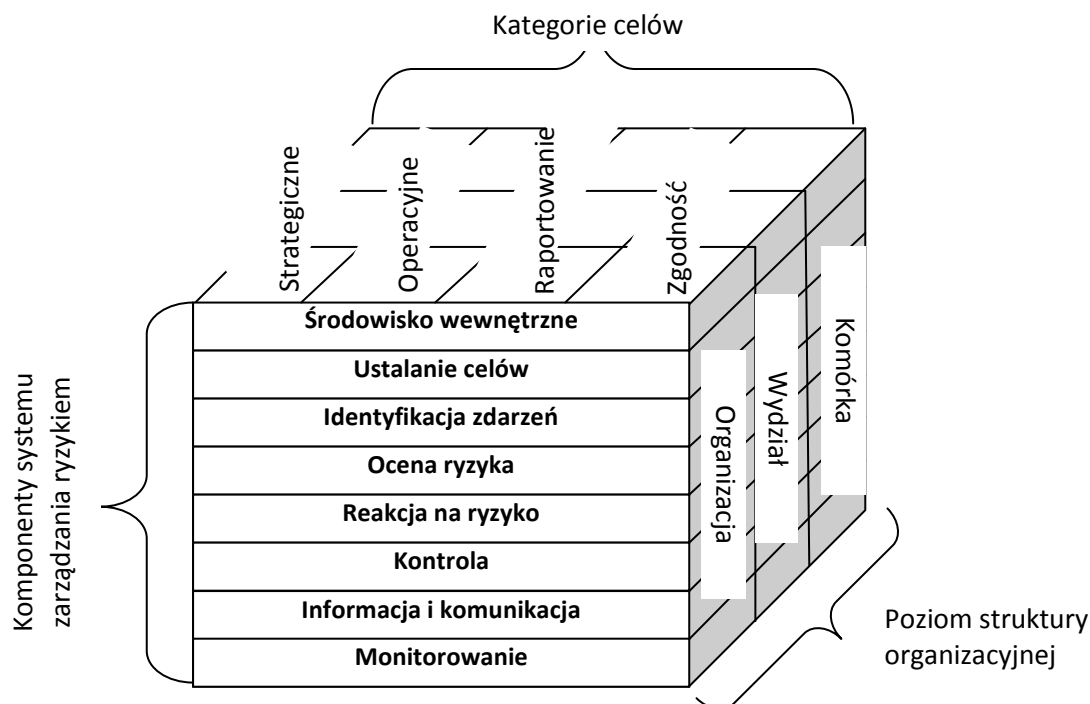
7.2. Ocena zarządzania ryzykiem

7.2.1. Standard COSO II w zarządzaniu ryzykiem

Standard COSO II stosowany w zarządzaniu ryzykiem obejmuje:

- 1) cztery kategorie celów: strategiczne, operacyjne, cele w zakresie sprawozdawczości i zgodności z prawem, które przedstawiane są w pionowych kolumnach sześcianu ilustrującego tę koncepcję;
- 2) osiem komponentów zarządzania ryzykiem przedstawionych w poziomych rzędach oraz
- 3) jednostki wewnętrzne organizacji – przedstawione w trzecim wymiarze kostki.

Zarządzanie ryzykiem wg COSO II



Rys. 2. Zarządzanie ryzykiem wg standardu COSO II

Rysunek 2 ilustruje podejście do objęcia całości działalności organizacji zarządzaniem ryzykiem, umożliwiające zarządzającym skoncentrowanie się na kategoriach celów, komponentach systemu zarządzania ryzykiem lub na wewnętrznych jednostkach organizacyjnych, albo na dowolnym układzie tych elementów.

Zgodnie z tym modelem przyjmuje się, że zarządzanie ryzykiem w organizacji jest efektywne, jeżeli ocena zarządzania ryzykiem dokonana została na podstawie stwierdzenia, że obecnych jest osiem komponentów systemu zarządzania ryzykiem, które funkcjonują na zadowalającym poziomie. Komponenty te są kryteriami oceny efektywności zarządzania ryzykiem. Aby system zarządzania ryzykiem był efektywny, komponenty powinny istnieć i działać właściwie, nie mogą być obciążone znaczącymi słabościami, a ryzyko powinno mieścić się na dopuszczalnym poziomie, określonym apetytem na ryzyko.

Ocena zarządzania ryzykiem wg kategorii celów wymaga stwierdzenia, że zarządzanie ryzykiem jest efektywne w każdej z czterech kategorii celów, tzn. daje kierownictwu rozsądny stopień pewności, że:

- 1) posiada ono wiedzę na temat postępów w zakresie osiągnięcia celów strategicznych,
- 2) posiada wiedzę na temat postępów w zakresie osiągnięcia celów operacyjnych,
- 3) sprawozdawczość organizacji jest wiarygodna,
- 4) przestrzegane są przepisy prawa.

Efektywne zarządzanie ryzykiem oznacza, że organizacja posiada procedury ustalania celów, które korespondują z misją i wizją organizacji oraz odpowiadają poziomowi ryzyka ustalonego przez kierownictwo organizacji.

Audyt Wewnętrzny dokonuje niezależnej i obiektywnej oceny kontroli zarządczej, w tym systemu zarządzania ryzykiem. Przedmiotem oceny jest skuteczność procesu zarządzania

ryzykiem oraz skuteczność i efektywność stosowanych mechanizmów kontrolnych. Wyniki oceny powinny umożliwić:

- 1) identyfikację istotnych słabości kontroli zarządczej w Uczelni, o ile takie słabości wystąpią,
- 2) przygotowanie propozycji usprawnień kontroli zarządczej w Uczelni.

Proces zarządzania ryzykiem może być przedmiotem kontroli prowadzonej przez Kontrolę Wewnętrzną

7.2.2. Raport oceny ryzyka

Corocznie Zespoły ds. Kontroli Zarządczej dokonują oceny zarządzania ryzykiem, ze szczególnym uwzględnieniem oceny postępów w dziedzinie zarządzania ryzykiem w Uczelni, oceny mechanizmów kontroli wewnętrznej, w tym informowania, komunikowania raportowania, oraz oceny narażenia Uczelni na ryzyko w nadchodzącym roku akademickim, uwzględniającej obowiązujące normy prawne, cele i priorytety Kierownictwa Uczelni oraz ocenę systemu zarządzania ryzykiem, dokonywaną przez Audyt Wewnętrzny.

Do opracowania rocznego raportu wykorzystuje się informacje o sukcesach odniesionych w dziedzinie zarządzania ryzykiem, w tym o podjętych działaniach, oraz o wahaniach poziomu ryzyka wykazanych zmianami w punktowej ocenie ryzyka.

8. Rejestry ryzyk

W celu usprawnienia zarządzania ryzykiem komórki organizacyjne mogą prowadzić dla własnych potrzeb rejestry ryzyk. Rejestru takie powinny być uaktualniane na podstawie wyników przeglądu zawartych w nim informacji o ryzykach, ponownej analizy ryzyka oraz oceny, czy możliwość wystąpienia danego zdarzenia wzrosła, zmalała, czy pozostaje na takim samym poziomie, mimo podjętych działań.

ARKUSZ RYZYKA
do Planu działalności na rok/.....
Uczelni w części Nauka/Nauczanie*

Właściciel ryzyka (Zespół/jednostka organizacyjna):

Nr celu/zdania ...1.... (wg planu)	Opis celu/zadania:						
Zidentyfikowane ryzyka							
Ryzyko nr ...1..	Opis ryzyka						
	Ocena ryzyka	Wpływ	Wysoki - 3	6	9	<input type="checkbox"/>	
		Średni -2	4	6		
	Apetyt na ryzyko		Mały- 1 Niskie -1	Średnie - 2	Wysokie - 3		
	Prawdopodobieństwo						
	Skutki wystąpienia ryzyka	1.	2.	3.			
	Reakcja na wystąpienie ryzyka	1..tolerowanie*	2. przeniesienie*	3. wycofanie się*			
	4. działania minimalizujące ryzyko*: 1) 2)						
Monitorowanie ryzyka (data i opis zmian)							
Ryzyko nr ...2..	Opis ryzyka						
	Ocena ryzyka	Wpływ	Wysoki - 3	6	9	<input type="checkbox"/>	
		Średni -2	4	6		
	Apetyt na ryzyko		Mały- 1 Niskie -1	Średnie - 2	Wysokie - 3		
	Prawdopodobieństwo						
	Skutki wystąpienia ryzyka:	1.	2.	3.			
	Reakcja na wystąpienie ryzyka	1..tolerowanie*	2. przeniesienie*	3. wycofanie się*			
	4. działania minimalizujące ryzyko*: 1) 2)						
Monitorowanie ryzyka (data i opis zmian)							

* niepotrzebne skreślić

HIERARCHIZACJA RYZYK / RAPORT
(w ujęciu dynamicznym)

Rok/.....

Jednostka organizacyjna

I. Okres od

Wpływ			
	Prawdopodobieństwo		

II. Okres od

Wpływ			
	Prawdopodobieństwo		