

**ZARZĄDZENIE Nr 218/2021**  
**Rektora Uniwersytetu Wrocławskiego**  
**z dnia 23 grudnia 2021 r.**

**w sprawie organizacji, trybu i zasad funkcjonowania kontroli zarządczej**  
**w Uniwersytecie Wrocławskim**

Na podstawie art. 23 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tj. Dz. U. 2021, poz. 478, z późn. zm.), w związku z art. 68 i 69 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tj. Dz. U. 2021, poz. 305, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wprowadza się organizację, tryb i zasady funkcjonowania kontroli zarządczej w Uniwersytecie Wrocławskim.

§ 2. Kontrola zarządcza w Uniwersytecie Wrocławskim, zwanym dalej „Uniwersytetem” stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji postawionych celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.

§ 3. System kontroli zarządczej ma dostarczyć Rektorowi Uniwersytetu rzetelnej informacji o realizacji celów i zadań w Uniwersytecie.

§ 4. Celem kontroli zarządczej jest zapewnienie w szczególności:

- 1) zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi;
- 2) skuteczności i efektywności działania;
- 3) wiarygodności sprawozdań;
- 4) ochrony zasobów;
- 5) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania;
- 6) efektywności i skuteczności przepływu informacji;
- 7) zarządzania ryzykiem.

§ 5. Oprócz niniejszego zarządzenia na dokumentację systemu kontroli zarządczej składają się wewnętrzne akty normatywne, polityki, instrukcje, dokumenty określające zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników oraz inne dokumenty wewnętrzne.

§ 6. Kontrolę zarządczą w Uniwersytecie sprawuje Rektor oraz:

- 1) Prorektorzy;
- 2) Dziekani Wydziałów;
- 3) Dyrektor Generalny;
- 4) Dyrektor rozwoju i utrzymania majątku i jego Zastępca;
- 5) Dyrektor ds. personalnych;
- 6) Dyrektor Finansowy;
- 7) kierownicy jednostek organizacyjnych.

§ 7. Rektor sprawuje bezpośredni nadzór nad stanem kontroli zarządczej w Uniwersytecie przy pomocy Biura ds. Strategii, Kontroli Zarządczej i Zarządzania Procesowego (zwanego dalej Biurem). Biuro w szczególności:

- 1) gromadzi informacje związane z wykonywaniem kontroli zarządczej;
- 2) prowadzi rejestr informacji i oświadczeń o stanie kontroli zarządczej;
- 3) prowadzi i aktualizuje wykaz aktów prawnych dotyczących kontroli zarządczej;
- 4) pełni rolę administratora merytorycznego oprogramowania do kontroli zarządczej.

§ 8. Kontrola zarządcza obejmuje następujące elementy:

- 1) środowisko wewnętrzne;
- 2) cele i zarządzanie ryzykiem;
- 3) mechanizmy kontroli;
- 4) informację i komunikację;

5) monitorowanie i ocenę.

§ 9. Podstawowymi funkcjami kontroli zarządczej w Uniwersytecie są:

- 1) ustalanie, czy wydatki publiczne dokonywane są:
  - a) w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad:
    - uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów,
    - optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów;
  - b) w sposób umożliwiający terminową realizację zadań,
  - c) w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań;
- 2) porównanie stopnia realizacji podjętych celów i zadań z przyjętymi założeniami.

§ 10. Mechanizmy kontroli zarządczej stosowane w Uniwersytecie powinny być:

- 1) adekwatne - zaprojektowane mechanizmy kontroli stanowią zamierzoną odpowiedź na zidentyfikowane ryzyka; dokonując oceny adekwatności mechanizmów kontroli należy ocenić, czy mechanizmy kontroli:
  - a) wpływają na przyczyny lub skutki wystąpienia ryzyka lub na obie te kwestie,
  - b) zostały skonstruowane tak, że ich prawidłowe stosowanie zabezpieczy jednostkę przed danym ryzykiem,
  - c) są odpowiednie w odniesieniu do ustalonego akceptowalnego poziomu ryzyka przy jednoczesnej skuteczności i efektywności kosztowej;
- 2) skuteczne – zaprojektowane mechanizmy kontroli skutecznie radzą sobie ze zidentyfikowanym ryzykiem. Kontrola zarządcza ma ograniczać ryzyko do akceptowalnego poziomu, w sposób automatyczny zabezpieczać przed daną przyczyną lub ograniczać skutek bez konieczności podejmowania innych działań. Skuteczność mechanizmów kontroli zarządczej oznacza, iż mechanizmy kontroli są niezależne od uznania, decyzji lub błędu człowieka;
- 3) efektywne – zaprojektowane mechanizmy kontroli pozwalają na skuteczną reakcję na ryzyko przy możliwie najmniejszych nakładach związanych z funkcjonowaniem tych mechanizmów.

§ 11. Osoby wymienione w § 6 ponoszą odpowiedzialność za nadzorowanie i kontrolowanie realizacji procesów zachodzących w podległych im merytorycznie jednostkach organizacyjnych, w sposób dający Rektorowi Uniwersytetu racjonalne zapewnienie, że:

- 1) działania podległych im merytorycznie jednostek organizacyjnych pozostają w zgodzie z przepisami prawa, zasadami, procedurami przyjętymi w Uniwersytecie, a także ze standardami kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych;
- 2) zasoby są zużywane oszczędnie i w sposób przynoszący pożytek, a jakości usług nadano odpowiednią rangę;
- 3) plany, programy, zamierzenia i cele jednostek organizacyjnych są monitorowane i osiąmane;
- 4) dane i informacje publikowane lub udostępniane wewnątrz, czy na zewnątrz są dokładne, wiarygodne i aktualne;
- 5) zasoby Uniwersytetu (włączając w to zasoby kadrowe, zasoby finansowe, dane, informację i reputację) są dostatecznie zabezpieczone oraz nadzorowane;
- 6) ryzyko związane z realizacją zadań jest na bieżąco identyfikowane i monitorowane celem ciągłej poprawy procesów.

§ 12. Nadzorowanie i kontrolowanie jest funkcją kierowania i pozostaje integralną częścią ogólnego procesu zarządzania. W związku z tym do obowiązków osób wskazanych w § 6 należy:

- 1) identyfikowanie i ocena ryzyka związanego z konkretnym obszarem działań;
- 2) opracowywanie i ustalanie planów działań i innych środków, aby zminimalizować, ograniczyć lub usunąć ryzyko związane z zidentyfikowanym zagrożeniem;

- 3) wdrażanie procesów lub narzędzi nadzorowania i kontrolowania, które zachęcają i wymagają od podległych pracowników wykonywania swoich obowiązków w taki sposób, aby osiągnąć cele kontroli zarządczej;
- 4) zapewnianie skuteczności wykonania kontroli zarządczej oraz dbałość o ciągłe doskonalenie realizowanych procesów.

§ 13. Pracownicy Uniwersytetu wspierają Rektora w sprawowaniu kontroli zarządczej poprzez:

- 1) angażowanie się w procesy związane z kontrolą zarządczą w zakresie określonym w zarządzeniu realizując zadania i cele określone w Statucie, Strategii, Regulaminie Organizacyjnym, projektach, zakresach obowiązków oraz w udzielonych im umocowaniach (pełnomocnictwach i upoważnieniach);
- 2) szczególną dbałość o przestrzeganie procedur i mechanizmów kontroli, dotyczących przeprowadzania operacji finansowych i gospodarczych opisanych w przepisach prawa wewnętrznego;
- 3) pisemne zgłaszanie uwag dotyczących funkcjonowania i usprawnienia systemu kontroli zarządczej do Biura;
- 4) informowanie bezpośrednich przełożonych o ryzykach stwierdzonych w związku z wykonywanymi zadaniami;
- 5) udział w samoocenie kontroli zarządczej.

§ 14. Zobowiązuje się osoby wskazane w § 6 do zapewnienia i przestrzegania kontroli zarządczej, w tym do zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy we wszystkich procesach zachodzących w jednostce organizacyjnej.

§ 15. Źródłem informacji o adekwatności, efektywności oraz skuteczności kontroli zarządczej są w szczególności:

- 1) wyniki kontroli instytucjonalnych;
- 2) monitoring i ocena poszczególnych celów, zadań i procesów;
- 3) wyniki zarządzania ryzykiem;
- 4) prace audytu wewnętrznego;
- 5) wyniki przeprowadzonej samooceny kontroli zarządczej.

§ 16. Integralną część niniejszego zarządzenia stanowią:

- 1) Zbiór wytycznych do kontroli zarządczej w Uniwersytecie Wrocławskim- **Załącznik Nr 1** do niniejszego zarządzenia;
- 2) Polityka zarządzania strategicznego - **Załącznik Nr 2** do niniejszego zarządzenia;
- 3) Polityka zarządzania ryzykiem - **Załącznik Nr 3** do niniejszego zarządzenia;
- 4) Zasady samooceny i raportowania w ramach kontroli zarządczej - **Załącznik Nr 4** do niniejszego zarządzenia.

§ 17. Materiały szkoleniowe, wzory ankiety i obowiązującego oświadczenia o stanie kontroli zarządczej udostępnione są przez Biuro na stronie internetowej Uniwersytetu.

§ 18. Tracą moc:

- 1) zarządzenie Nr 164/2020 Rektora Uniwersytetu Wrocławskiego z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie organizacji, trybu i zasad funkcjonowania kontroli zarządczej w Uniwersytecie Wrocławskim,
- 2) zarządzenie Nr 24/2012 Rektora Uniwersytetu Wrocławskiego z dnia 28 marca 2012 r. w sprawie Polityki zarządzania ryzykiem.

§ 19. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.

**prof. dr hab. Przemysław Wiszewski**  
**REKTOR**

## **ZBIÓR WYTYCZNYCH DO KONTROLI ZARZĄDCZEJ W UNIWERSYTECIE WROCŁAWSKIM**

### **Rozdział I. Postanowienia Ogólne**

#### **§ 1. Standardy kontroli zarządczej**

1. Zbiór wskazówek do kontroli zarządczej opracowany został na podstawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych. Standardy kontroli zarządczej obejmują pięć grup:
  - 1) środowisko wewnętrzne;
  - 2) cele i zarządzanie ryzykiem;
  - 3) mechanizmy kontroli;
  - 4) informację i komunikację;
  - 5) monitorowanie i ocenę.
2. Osoby wymienione w § 6 zarządzenia zobowiązane są do wykorzystywania treści niniejszego Załącznika przy tworzeniu, ocenie i doskonaleniu systemu kontroli zarządczej.

### **Rozdział II. Środowisko wewnętrzne**

#### **§ 2. Przestrzeganie wartości etycznych**

1. Wszystkich pracowników Uniwersytetu powinien cechować wysoki poziom etyczny zapewniający osiągnięcie przez Uniwersytet wyznaczonych celów, w tym celów zapisanych w Strategii Rozwoju Uniwersytetu oraz w planie rzeczowo-finansowym.
2. Osoby zarządzające powinny wspierać i promować przestrzeganie wartości etycznych dając dobry przykład codziennym postępowaniem i podejmowanymi decyzjami.
3. Przestrzeganie wartości etycznych powinno być brane pod uwagę podczas organizowanych wyborów do organów kolegialnych i jednoosobowych w Uniwersytecie, a także podczas przeprowadzanych naborów nowych pracowników.
4. Pracownicy powinni być świadomi konsekwencji wynikających z nieetycznego zachowania lub działań niezgodnych z prawem.
5. Przypadki nieetycznego zachowania należy wyjaśniać, poddawać analizie i brać pod uwagę w ocenach pracowników.

#### **§ 3. Kompetencje zawodowe**

1. Pracownicy Uniwersytetu, w tym jego kadra zarządzająca, są zobowiązani do posiadania odpowiedniego stopnia wiedzy, umiejętności i doświadczenia, które pozwalają skutecznie i efektywnie wykonywać powierzone zadania i obowiązki.
2. Pracownicy Uniwersytetu uczestniczą w szkoleniach dbając o podnoszenie poziomu wiedzy i kwalifikacji.
3. Zatrudnianie nowych pracowników powinno następować po przeprowadzeniu konkursu zapewniającego wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko.
4. Pracownicy Uniwersytetu podlegają okresowym ocenom wynikającym z obowiązujących przepisów prawa.

#### **§ 4. Struktura organizacyjna**

1. Struktura organizacyjna Uniwersytetu powinna być cyklicznie analizowana i dostosowywana do aktualnych warunków działania, celów i zadań.
2. Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialność jednostek organizacyjnych jest określony w Regulaminie Organizacyjnym Uniwersytetu oraz Regulaminie pracy Uniwersytetu, a także innych wewnętrznych aktach normatywnych i pełnomocnictwach.
3. Aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności powinien być określony dla każdego pracownika w karcie stanowiska pracy.

#### **§ 5. Delegowanie uprawnień**

1. Rektor podejmuje decyzje dotyczące działalności Uniwersytetu, niezastrzeżone dla innych organów Uczelni określone przez ustawę Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz Statut UWr.
2. Rektor udziela upoważnień i pełnomocnictw w formie pisemnej.

### **Rozdział III. Cele i zarządzanie ryzykiem**

#### **§ 6. Misja**

1. Misja Uniwersytetu została określona uchwałą Senatu UWr.
2. Wszyscy pracownicy Uniwersytetu mają obowiązek zapoznać się z tym dokumentem i dążyć do jego realizacji.

#### **§ 7. Określenie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji**

1. Podział zadań jednostek organizacyjnych jest zapisany w Regulaminie Organizacyjnym, a także innych wewnętrznych aktach normatywnych.
2. Cele oraz zasady monitorowania ich realizacji zostały zapisane w Strategii Rozwoju Uniwersytetu.
3. Podstawowym obowiązkiem każdej jednostki w ramach systemu kontroli zarządczej jest określenie, w minimum rocznej perspektywie, celów i zadań oraz bieżące monitorowanie ich realizacji.

#### **§ 8. Zarządzanie ryzykiem**

Cele i zasady zarządzania ryzykiem określa Polityka zarządzania ryzykiem stanowiąca Załącznik Nr 3 do zarządzenia.

### **Rozdział IV. Mechanizmy kontroli**

#### **§ 9. Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej w Uniwersytecie**

1. Wewnętrzne akty normatywne Uniwersytetu stanowiące dokumentację systemu kontroli zarządczej podlegają publikacji na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Uniwersytetu.
2. Wykaz aktów prawnych odnoszących się do kontroli zarządczej, zamieszczony jest na stronie internetowej Uniwersytetu i jest aktualizowany na bieżąco, nie rzadziej niż raz w roku, przez Biuro Strategii, Kontroli Zarządczej i Zarządzania Procesowego.
3. Dokumentacja systemu kontroli zarządczej powinna być spójna i dostępna dla wszystkich, dla których jest niezbędna.

## **§ 10. Nadzór**

1. Rektor przedkłada Radzie Uniwersytetu sprawozdanie z wykonania planu rzeczowo-finansowego oraz sprawozdanie finansowe.
2. W zakresie podległości służbowej merytorycznej sprawowany jest nadzór, który ma za zadanie doprowadzić do wymaganego stopnia pewności, że Uniwersytet osiąga swoje cele i je w pełni realizuje.

## **§ 11. Ciągłość działalności**

Na osobach wskazanych w Regulaminie Organizacyjnym jako osoby pełniące nadzór merytoryczny, spoczywa obowiązek wprowadzenia w nadzorowanych przez siebie jednostkach organizacyjnych mechanizmów służących utrzymaniu ciągłości działalności.

## **§ 12. Ochrona zasobów**

W Uniwersytecie Wrocławskim funkcjonują mechanizmy kontrolne zapewniające dostęp do zasobów tylko przez upoważnione osoby.

## **§ 13. Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych w Uniwersytecie**

1. W Uniwersytecie funkcjonują mechanizmy kontroli operacji finansowych i gospodarczych oparte na:
  - 1) rzetelnym i pełnym dokumentowaniu oraz rejestrowaniu operacji finansowych i gospodarczych;
  - 2) zatwierdzaniu (autoryzacji) operacji finansowych przez osoby do tego upoważnione;
  - 3) podziale kluczowych obowiązków;
  - 4) weryfikacji operacji finansowych i gospodarczych przed i po realizacji.
2. Na osobach wskazanych w § 6 zarządzenia spoczywa obowiązek nadzoru nad przestrzeganiem przez podwładnych pracowników mechanizmów kontroli operacji finansowych i gospodarczych.

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

1. W Uniwersytecie korzystanie z sieci informatycznych oraz baz danych jest uregulowane poprzez Regulamin bezpieczeństwa informacji przetwarzanych w systemach informatycznych oraz zasad korzystania z infrastruktury informatycznej Uniwersytetu.
2. Nadzór nad zasobami informatycznymi powierzony został Dyrektorowi Generalnemu.

## **Rozdział V. Informacja i komunikacja**

### **§ 15. Bieżąca informacja**

Osoby, wskazane w § 6 zarządzenia, a także pracownicy Uniwersytetu mają zagwarantowany dostęp do informacji koniecznych do realizacji powierzonych im obowiązków służbowych między innymi poprzez:

- 1) Internet, Intranet;
- 2) stronę Biuletynu Informacji Publicznej Uniwersytetu;
- 3) system informacji prawnej;
- 4) pocztę elektroniczną.

## **§ 16. Komunikacja wewnętrzna**

Osoby wskazane w § 6 zarządzenia zobowiązane są do przekazywania pracownikom informacji niezbędnych do osiągnięcia założonych celów jednostki.

## **§ 17. Komunikacja zewnętrzna**

1. Osoby wskazane w § 6 zarządzenia są zobowiązane w zakresie swoich struktur organizacyjnych, w ramach podległości merytorycznej, do wymiany informacji z podmiotami zewnętrznymi mającymi wpływ na osiągnięcie celów i realizację zadań.
2. Na stronach internetowych Uniwersytetu zamieszczane są informacje związane z działalnością, wewnętrznymi aktami prawnymi oraz inne informacje potrzebne do należytego poinformowania podmiotu.

## **Rozdział VI. Monitorowanie i ocena**

### **§ 18. Monitorowanie systemu kontroli zarządczej**

Wykonywany nadzór przez osoby wskazane § 6 zarządzenia ma za zadanie zlokalizowanie oraz rozwiązanie zidentyfikowanych problemów.

### **§ 19. Samoocena**

1. Celem samooceny systemu kontroli zarządczej jest dokonanie analizy dotychczasowych działań w zakresie systemu kontroli zarządczej oraz poprawy funkcjonowania Uniwersytetu poprzez pozyskiwanie i analizę informacji dotyczących określonych obszarów funkcjonowania UWr.
2. Szczegółowe zasady samooceny i raportowania wykonanych zaleceń kontroli zarządczej zostały ujęte w **Załączniku nr 4** do zarządzenia.

## **POLITYKA ZARZĄDZANIA STRATEGICZNEGO**

### **I. Ogólne zasady i podstawowe pojęcia**

1. Głównym zadaniem wprowadzenia niniejszego dokumentu jest opisanie procesu zarządzania strategicznego realizowanego w Uniwersytecie w ramach zapewnienia zgodności osiąganych efektów z zaplanowanymi celami. Sprawnie działająca polityka ma również sprzyjać wcześniejszemu wykryciu zagrożeń oraz możliwych przyczyn braku realizacji zaplanowanych działań. Polityka zarządzania strategicznego realizowana jest w ramach sprawowanej przez Rektora Uniwersytetu kontroli zarządczej, w tym standardu „Cele i zarządzanie ryzykiem”.
2. Głównymi uczestnikami procesów w ramach Polityki zarządzania strategicznego są jednostki organizacyjne Uniwersytetu, które realizują zadania i działania w ramach strategii. Pośrednimi uczestnikami są wszyscy pracownicy Uniwersytetu wspierający działania wynikające z celów i zadań na określonych w strategii.
3. Biuro Strategii, Kontroli Zarządczej i Zarządzania Procesowego pełni rolę jednostki wspierającej, koordynującej i monitorującej działanie Polityki zarządzania strategicznego na poziomie całego Uniwersytetu, a także na poziomie poszczególnych jednostek biorących udział w procesie.
4. Podstawowe pojęcia:
  - 1) Biuro – Biuro Strategii, Kontroli Zarządczej i Zarządzania Procesowego;
  - 2) **cele operacyjne** – zidentyfikowane w ramach strategii cele do osiągnięcia;
  - 3) **cele strategiczne** – zidentyfikowane w ramach strategii priorytetowe kierunki rozwoju w poszczególnych obszarach działalności;
  - 4) **działania** – działania szczegółowe realizowane w ramach zadań;
  - 5) **jednostki koordynujące** – jednostki organizacyjne wskazane przez właściciela jako odpowiedzialne za koordynację zadania;
  - 6) **mierniki** – wskaźniki pozwalające na dokonywanie pomiarów stopnia realizacji celów i zadań w sposób policzalny;
  - 7) **polityka** – Politykę zarządzania strategicznego;
  - 8) **właściciele** – kierownicy jednostek organizacyjnych lub osoby pełniące funkcje przypisane do zadań;
  - 9) **zadania** - zadania w ramach poszczególnych celów operacyjnych przyjętych do realizacji przez Uniwersytet;
  - 10) **zrównoważone karty wyników** - instrument przekształcania celów strategicznych organizacji w cele operacyjne na poszczególnych szczeblach organizacji i raportowania w ramach określonych perspektyw przy zastosowaniu przyjętych mierników.
5. Proces zarządzania strategicznego w formie diagramu EPC udostępniany jest przez Biuro w oprogramowaniu ARIS oraz na stronie internetowej.
6. Wdrożenie zarządzania strategicznego obejmuje następujące procesy:
  - 1) decydowanie o kierunkach rozwoju, kształtowanie strategii;
  - 2) operacjonalizacja strategii;
  - 3) realizacja, monitorowanie, analiza i ocena realizacji strategii;
  - 4) sprawozdawczość z realizacji strategii;
  - 5) monitorowanie kierunków zmian zewnętrznych, analiza strategiczna.



## **II. Decydowanie o kierunkach rozwoju, kształtowanie strategii**

1. Na podstawie wniosków z analiz strategicznych Rektor Uniwersytetu podejmuje decyzję odnośnie ustalenia kierunków rozwoju i inicjuje proces kształtowania lub weryfikacji celów strategicznych.
2. Dyrektor Finansowy przy wsparciu Biura dokonuje analizy ekonomicznej i analizy SWOT celów strategicznych w powiązaniu z polityką i procesem planowania finansowego.
3. Prorektor ds. innowacji i zmian określa tryb i jednostki uczestniczące w opracowaniu projektu strategii i po weryfikacji przedkłada projekt strategii Rektorowi Uniwersytetu.
4. Rektor Uniwersytetu dokonuje weryfikacji projektu Strategii i w przypadku jego akceptacji przedkłada projekt strategii do zaopiniowania Radzie Uniwersytetu i Senackiej Komisji Rozwoju. Strategię uchwała Senat.

## **III. Operacjonalizacja strategii**

1. Biuro w porozumieniu z Kolegium Rektorskim i właściwymi kierownikami jednostek organizacyjnych opracowuje pod nadzorem Prorektora ds. innowacji i zmian propozycję operacjonalizacji strategii. Minimalnymi danymi wyjściowymi tego kroku są: określenie właścicieli, określenie działań szczegółowych z terminami realizacji, określenie jednostek koordynujących działania i mierników.
2. Prorektor ds. innowacji i zmian przedkłada opracowaną propozycję operacjonalizacji do akceptacji Rektora Uniwersytetu. Akceptacja stanowi podstawę procesu realizacji, monitorowania, analizy i oceny realizacji strategii.

## **IV. Realizacja, monitorowanie, analiza i ocena realizacji strategii**

1. Biuro odpowiada za wspieranie, monitorowanie, analizę i ocenę realizacji strategii.
2. Właściciele odpowiedzialni są za:
  - 1) nadzorowanie realizacji działań przez wyznaczone przez nich jednostki koordynujące zgodnie z zaplanowanym harmonogramem,
  - 2) inicjowanie nowych działań wspierających realizację zadań ze strategii,
  - 3) koordynowanie działań z przedstawicielami innych jednostek organizacyjnych w zakresie identyfikacji i adaptacji działań,
  - 4) monitorowanie zagrożeń związanych z realizacją działań, zidentyfikowanie ryzyka, analizę ryzyka, zarządzanie ryzykiem w ramach przypisanych zadań zgodnie z wytycznymi zawartymi w Polityce zarządzania ryzykiem stanowiącej Załącznik Nr 3 do zarządzenia.
3. Biuro na prośbę właściciela wspiera go w realizacji strategii w zakresie koordynacji międzyobszarowej w przypadku, gdy w realizacji zadań jako jednostki wspierające wskazane są jednostki znajdujące się poza podległością merytoryczną lub organizacyjną właściciela.
4. W przypadku zadań przypisanych do właścicieli w ramach jednostek administracji centralnej bieżące monitorowanie strategii odbywa się w cyklach miesięcznych. Biuro 1-ego dnia roboczego każdego miesiąca udostępnia jednostkom koordynującym w ramach administracji centralnej źródło elektronicznego raportowania działań, których termin realizacji upływał do końca ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego. Jednostki koordynujące wskazują do 5-ego dnia roboczego odpowiedzi ze wskazaniem opisu sposobu realizacji zadania, ewentualnych przyczyn braku realizacji założonych działań, propozycji - uzgodnionego z właścicielem - terminu naprawczego w przypadku braku realizacji działania w wyznaczonym wcześniej terminie.
5. Biuro na podstawie informacji uzyskanych od jednostek koordynujących dokonuje analizy informacji, w przypadku niejasności lub braków konsultuje informacje z

właściwymi jednostkami organizacyjnymi i przedstawia do 7-ego dnia roboczego każdego miesiąca Prorektorowi ds. innowacji i zmian raport miesięczny obejmujący co najmniej następujące obszary:

- 1) rodzaje działań zaplanowanych do realizacji w ramach poszczególnych zadań na dany okres oraz osoby za nie odpowiedzialne;
  - 2) statusy działań z podziałem na zrealizowane i niezrealizowane;
  - 3) opis sposobu realizacji działań w przypadku działań ocenionych jako zrealizowanych;
  - 4) wyjaśnienia w zakresie przyczyny braku realizacji działań wraz z terminem naprawczym.
6. Prorektor ds. innowacji i zmian, w imieniu Rektora, odpowiada za monitoring realizacji działań realizowanych w ramach strategii przez wydziały. Bieżące monitorowanie strategii odbywa się w przypadku zadań przypisanych do właścicieli w ramach wydziałów w cyklach kwartalnych. Prorektor ds. innowacji i zmian na podstawie informacji przekazanej przez Dziekanów wydziałów dokonuje analizy stopnia realizacji zadań. W przypadku braku realizacji zadań w wyznaczonym terminie Prorektor ds. innowacji i zmian ustala z właściwym Dziekanem termin naprawczy.
7. Prorektor ds. innowacji i zmian do 10-ego dnia roboczego miesiąca następującego po zakończonym kwartale przekazuje Rektorowi informację z monitoringu realizacji strategii.

## **V. Sprawozdawczość z realizacji strategii**

1. Biuro w terminie do 1-ego marca każdego roku dokonuje przeglądu realizacji strategii za poprzedni rok kalendarzowy na zasadach określonych w niniejszym rozdziale.
2. Biuro odpowiada za aktualizację na koniec roku Zrównoważonych kart wyników Strategii Uniwersytetu z podziałem na perspektywy określone w strategii.
3. Biuro przygotowuje sprawozdanie roczne z realizacji strategii w ramach działań będących do realizacji za poprzedni rok kalendarzowy uwzględniając stopień zaawansowania działań wynikających ze strategii, stosowne raporty miesięczne i zrównoważone karty wyników.
4. Sprawozdanie roczne zawiera informacje o podjętych działaniach w zakresie zadań określonych w harmonogramie z informacją o poziomie zaawansowania i przyjętych miernikach w podziale na cele strategiczne i perspektywy.
5. Prorektor ds. innowacji i zmian weryfikuje przedstawione sprawozdanie i przedkłada je następnie Rektorowi do akceptacji. Po akceptacji Rektor przedkłada sprawozdanie do zaopiniowania Radzie Uniwersytetu i Senackiej Komisji Rozwoju. Zatwierdzenia sprawozdania rocznego z realizacji strategii dokonuje Senat.
6. Wyniki z przeglądu strategii, o których mowa w pkt. 1 zasilają proces Decydowanie o kierunkach rozwoju i kształtowanie strategii.

## **VI. Monitorowanie kierunków zmian zewnętrznych, analiza strategiczna**

1. Biuro na bieżąco dokonuje analizy planowanych zmian w otoczeniu, na podstawie konsultacji z właściwymi kierownikami jednostek organizacyjnych lub osobami pełniącymi właściwą funkcję, pod kątem zmian mogących wpływać na funkcjonowanie strategii Uniwersytetu w obszarach: działalność naukowo-badawcza, dydaktyczna, zarządzanie informacją, współpraca z otoczeniem społeczno-gospodarczym, obsługa socjalno-bytowa studentów i doktorantów, finansowo-księgowym, zasoby ludzkie, IT, , zakupy, zarządzanie majątkiem.
2. Biuro dostarcza Prorektorowi ds. innowacji i zmian wnioski z przeprowadzonej analizy w formie raportu dotyczącego strategicznych kierunków zmian zewnętrznych.

3. Wnioski z przeprowadzonej analizy zasilają w ramach zarządzania strategicznego procesy: Decydowanie o kierunkach rozwoju, kształtowanie strategii.

## **POLITYKA ZARZĄDZANIA RYZYKIEM**

### **I. Zasady systemu zarządzania ryzykiem w Uniwersytecie**

1. Polityka zarządzania ryzykiem stanowi systemowy sposób zarządzania ryzykiem podstawowych celów i zadań uniwersytetu. Polityka zarządzania ryzykiem realizowana jest w ramach sprawowanej przez Rektora Uniwersytetu kontroli zarządczej, w tym standardu „Cele i zarządzanie ryzykiem”.
2. Podstawowe pojęcia:
  - 1) ryzyko – możliwość zaistnienia zdarzenia, które będzie miało negatywny wpływ na realizację założonych celów lub zadań;
  - 2) czynnik ryzyka – okoliczności, które mogą wywołać ryzyko;
  - 3) ryzyko akceptowalne (apetyt na ryzyko) – poziom ryzyka uznany za bezpieczny do realizacji celu lub zadania;
  - 4) matryca oceny ryzyka – graficzne odzwierciedlenie poziomu ryzyka;
  - 5) rejestr ryzyka – dokument, który zawiera informację o ryzyku, jego analizie, mechanizmach kontrolnych;
  - 6) mechanizm kontrolny – element systemu kontroli zmniejszający poziom ryzyka;
  - 7) obszar ryzyka – obszar działalności jednostki;
  - 8) Biuro – Biuro Strategii, Kontroli Zarządczej i Zarządzania Procesowego.

### **II. Założenia i cele systemu zarządzania ryzykiem**

1. Zarządzanie ryzykiem stanowi stały, powtarzalny proces polegający na identyfikacji, analizie i ocenie ryzyka oraz podejmowaniu działań zaradczych, zapobiegających możliwości wystąpienia niekorzystnych skutków dla Uniwersytetu oraz realizowanych celów i zadań.
2. Celem zarządzania ryzykiem jest utrzymanie ryzyka na poziomie akceptowalnym, który umożliwi minimalizację zagrożeń i maksymalizację szans na osiągnięcie celów.
3. Zarządzanie ryzykiem służy:
  - 1) realizacji strategii Uniwersytetu;
  - 2) skutecznej realizacji planów i procedur wewnętrznych;
  - 3) budowaniu ładu organizacyjnego (governance);
  - 4) usprawnieniu efektywności zarządzania Uniwersytetem i jego jednostkami organizacyjnymi;
  - 5) optymalnemu wykorzystaniu zasobów ludzkich oraz finansowych;
  - 6) skutecznemu zarządzaniu procesami, programami i projektami;
  - 7) dostosowywaniu Uniwersytetu do zmieniających się zewnętrznych uregulowań prawnych i środowiskowych, międzynarodowych standardów i zasad, najlepszych praktyk zarządczych;
  - 8) doskonaleniu funkcjonowania infrastruktury informatycznej oraz procesów IT;
  - 9) zapobieganiu zachowaniu nieetycznemu, bezprawnemu, nadużyciom, oszustwom, marnotrawstwu i biurokracji.

### **III. Zakres podmiotowy zarządzania ryzykiem**

1. Zarządzanie ryzykiem odbywa się na trzech poziomach: strategicznym, operacyjnym oraz konkretnego projektu.
2. Na poziomie strategicznym zarządzanie ryzykiem dokonuje się w odniesieniu do celów i zadań ogólnouniversyteckich wynikających ze Strategii rozwoju Uniwersytetu.

3. Na poziomie operacyjnym zarządzanie ryzykiem dokonuje się w odniesieniu do celów, zadań i procesów realizowanych w jednostkach organizacyjnych Uniwersytetu.
4. Na poziomie projektu zarządzanie ryzykiem jest dokonywane na etapie wnioskowania i realizacji konkretnego projektu.

#### **IV. Zasady odpowiedzialności za zarządzanie ryzykiem**

1. Pełną odpowiedzialność za zarządzanie ryzykiem jako właściciel ryzyka ponosi Kierownik jednostki zarządzającej ryzykiem.
2. Za wdrożenie i stosowanie zasad systemu zarządzania ryzykiem odpowiadają:
  - 1) Na poziomie strategicznym – Rektor lub delegowany przez Rektora – prorektor
  - 2) Na poziomie operacyjnym:
    - a) Prorektorzy,
    - b) Dziekani,
    - c) Dyrektor Generalny,
    - d) Dyrektor ds. rozwoju i utrzymania majątku i jego Zastępca,
    - e) Dyrektor ds. personalnych,
    - f) Kierownicy jednostek organizacyjnych,
    - g) inne osoby, którym zostanie powierzona przez Rektora odpowiedzialność za zarządzanie ryzykiem,
  - 3) Na poziomie projektu – kierownik projektu.
3. Osoby wymienione w pkt. 2 mogą powoływać do technicznej obsługi procesu zarządzania ryzykiem osoby lub/i zespoły robocze, z zachowaniem pełnej odpowiedzialności za utrzymanie skutecznego systemu zarządzania ryzykiem w zakresie swoich kompetencji.

#### **V. Zasady realizacji systemu zarządzania ryzykiem**

1. Osoby wskazane w rozdziale IV pkt 2 zobowiązane są dokonywać minimum 1 raz do roku w terminie do 30 listopada każdego roku przeglądu ryzyk i w przypadku zidentyfikowania ryzyka w podległych sobie jednostkach organizacyjnej udokumentować ten fakt w rejestrze ryzyk na zasadach określonych w niniejszym rozdziale, w oprogramowaniu wskazanym w pkt. 2.
2. Narzędziem wspierającym system zarządzania ryzykiem jest oprogramowanie Smart Audit. Oprogramowanie SMART AUDIT umożliwia zgłaszanie ryzyk do celów strategicznych i zdefiniowanych procesów oraz zgłaszanie incydentów. Szczegółowa instrukcja użytkownika udostępniona jest przez Biuro na stronie internetowej.
3. Osoby wskazane w rozdział IV pkt 2. odpowiedzialne są za:
  - 1) identyfikację ryzyka istotnego dla osiągnięcia celów w odniesieniu do zdefiniowanych obszarów ryzyka;
  - 2) analizę i ocenę ryzyka poprzez: przypisanie ryzyka do odpowiedniej kategorii tj. strategiczne/finansowe/operacyjne/reputacji oraz ocenę istotności ryzyka zgodnie z opisem szczegółowym w pkt. 8;
  - 3) określenie sposobu postępowania wobec ryzyka;
  - 4) monitorowanie ryzyka, w tym adekwatności, skuteczności i efektywności funkcjonowania mechanizmów kontrolnych oraz pod kątem wiarygodności sprawozdawczości wewnętrznej i zewnętrznej;
  - 5) zapewnienie szkolenia i komunikacji w ramach systemu zarządzania ryzykiem;
  - 6) dokumentowania procesu zarządzania ryzykiem.
4. Realizacja procesu zarządzania ryzykiem na poziomie strategicznym wymaga dodatkowo dokonywania oceny sposobu zarządzania ryzykiem w jednostkach Uniwersytetu, w tym efektywności podejmowanych działań w stosunku do istotnych ryzyk.

5. Identyfikacji ryzyka dokonuje się na każdym poziomie struktury organizacyjnej w odniesieniu do celów i zadań jednostki. Identyfikacja ryzyk dla projektu jest dokonywana na etapie wniosku o akceptację projektu oraz w trakcie realizacji projektu.
6. Proces identyfikacji ryzyka powinien obejmować zarówno ryzyka istniejące, jak i ryzyka potencjalne wynikające z perspektywicznego analizowania przyszłych celów i zadań.
7. W procesie identyfikacji ryzyka uczestniczą wszyscy pracownicy. Formy uczestnictwa dobiera osoba zarządzająca ryzykiem, stosownie do wag ryzyka poddawanych identyfikacji.
8. Ocenę istotności ryzyka stanowi iloczyn punktowej oceny wpływu ryzyka i oceny prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka zgodnie z niniejszymi założeniami metodycznymi:
  - 1) przyjmuje się skalę istotności ryzyka:
    - a) ryzyko niskie – istotność zawiera się w skali punktowej od 1 do 3,99,
    - b) ryzyko średnie - istotność zawiera się w skali punktowej od 4 do 7,99,
    - c) ryzyko wysokie – istotność zawierająca się w przedziale od 8 do 11,99,
    - d) ryzyko bardzo wysokie - istotność zawiera się w skali punktowej od 12 do 16;
  - 2) ocena wpływu ryzyka to składowa istotności, która polega na określeniu siły jego oddziaływania w razie wystąpienia zdarzenia (należy ocenić potencjalne skutki materializacji ryzyka – zarówno finansowe, jak i niefinansowe):
    - a) 1 – niska siła oddziaływania,
    - b) 2 – średnia siła oddziaływania,
    - c) 3 – wysoka siła oddziaływania,
    - d) 4 – bardzo wysoka siła oddziaływania;
  - 3) ocena prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka to składowa istotności, która polega na ocenie prawdopodobieństwa materializacji ryzyka:
    - a) 1 – mało prawdopodobne,
    - b) 2 – możliwe,
    - c) 3 – prawdopodobne,
    - d) 4 – prawie pewne.
9. Określenie ryzyka akceptowalnego na poszczególnych poziomach zarządzania (strategicznym, operacyjnym, projektu) należy do wyłącznej kompetencji osób wymienionych w rozdział IV pkt 2. Poziom ryzyka akceptowalnego powinien być ustalany z uwzględnieniem przepisów prawa, standardów kontroli zarządczej oraz najlepszych praktyk zarządczych. W stosunku do każdego ryzyka przekraczającego poziom akceptowalny należy podejmować działania zaradcze:
  - 1) przeciwdziałanie - podjęcie działań ograniczających ryzyko do poziomu akceptowalnego np. poprzez zastosowanie nowych mechanizmów kontrolnych lub wzmocnienie już istniejących zabezpieczeń;
  - 2) transfer ryzyka - przeniesienie ryzyka na inny podmiot np. poprzez ubezpieczenie;
  - 3) przesunięcie w czasie - zaniechanie w danym momencie działań rodzących zbyt wysokie ryzyko;
  - 4) tolerowanie ryzyka - w przypadku gdy istnieją określone trudności w przeciwdziałaniu ryzyku, a także gdy koszty podjętych działań mogą przekroczyć przewidywane korzyści.
10. Przed podjęciem działań zaradczych należy rozważyć:
  - 1) istotność ryzyka nieakceptowalnego;
  - 2) istotność ryzyka możliwą do osiągnięcia po podjęciu działań zaradczych;

- 3) możliwość i celowość zastosowania jednego lub kilku działań zaradczych.
11. W zależności od poziomu ryzyka proponuje się następujące zasady postępowania:
- 1) ryzyko niskie - stanowi najniższe zagrożenie, należy rozważyć możliwość jego akceptacji;
  - 2) ryzyko średnie - może wywierać wpływ na działalność, należy je monitorować i rozważyć potrzebę wprowadzenia dodatkowych mechanizmów kontrolnych mając na uwadze koszty ich wprowadzenia;
  - 3) ryzyko wysokie - może wpłynąć na realizowane działania, wymaga wzmocnienia systemu kontroli wewnętrznej i procesu monitorowania ryzyka;
  - 4) ryzyko bardzo wysokie - stanowi poważne zagrożenie dla kluczowej działalności jednostki/projektu i osiągnięcia założonych celów, nie może być akceptowane; potrzebne jest natychmiastowe działanie poprzez wprowadzenie silnych mechanizmów kontrolnych i ciągły monitoring.
12. Podejmując przeciwdziałanie jako metodę postępowania z ryzykiem należy:
- 1) ocenić skuteczność istniejących mechanizmów kontrolnych;
  - 2) rozważyć możliwość i koszty wprowadzenia dodatkowych mechanizmów kontrolnych ograniczających ryzyko;
  - 3) monitorować skuteczność podjętych działań i reagować adekwatnie do pozyskiwanych informacji.
13. W odniesieniu do ryzyk wynikających z odstępstw od zasad i procedur, działania zaradcze podejmowane są na bieżąco.

## **VI. Dokumentowanie procesu. Wsparcie.**

1. Proces identyfikacji ryzyka podlega dokumentowaniu.
2. Dokumentacja działań powinna być prowadzona na takim poziomie jakości, aby stanowiła niewątpliwą dowód realizacji systemu zarządzania ryzykiem.
3. Dokumentacja systemu zarządzania ryzykiem na wszystkich jego poziomach podlega przechowywaniu w jednostce, w której powstała, zgodnie z odrębnymi przepisami wewnętrznymi.
4. Bieżącego wsparcia metodologicznego udziela Biuro.

## **ZASADY SAMOOCENY I RAPORTOWANIA W RAMACH KONTROLI ZARZĄDCZEJ**

1. Proces samooceny funkcjonowania kontroli zarządczej na Uniwersytecie w imieniu Rektora Uniwersytetu koordynuje Biuro Strategii, Kontroli Zarządczej i Zarządzania Procesowego, zwane dalej Biurem. Biuro udostępnia na stronie internetowej instrukcję dokonywania samooceny wraz ze szkoleniami on-line w zakresie procedury raportowania kontroli zarządczej określonej w pkt 2. Samoocena realizowana jest przy pomocy Oświadczenia o stanie kontroli zarządczej i ankiety samooceny.
2. Osobami zobowiązanymi do wypełnienia ankiet i ewentualnych oświadczeń (oświadczenia wypełnia się w przypadku oceny funkcjonowania kontroli zarządczej jako funkcjonującej w stopniu ograniczonym albo oceny negatywnej) są:
  - 1) osoby pełniące funkcje kierownicze oraz kierujący jednostkami organizacyjnymi realizujący zadania obejmujące całość działalności podstawowej i pomocniczej Uniwersytetu w ramach realizowanego przez Uniwersytet Zarządzania Procesowego, tj:
    - a) Prorektorzy i jednostki organizacyjne podległe im merytorycznie,
    - b) Dziekani,
    - c) Dyrektorzy Instytutu oraz kierownicy jednostek organizacyjnych podległych bezpośrednio merytorycznie Dziekanowi,
    - d) Dyrektor Generalny i jednostki organizacyjne podległe mu merytorycznie,
    - e) Dyrektor ds. rozwoju i utrzymania majątku, jego Zastępca i jednostki podległe merytorycznie pod Dyrektora ds. rozwoju i utrzymania majątku lub pod jego Zastępcę,
    - f) Dyrektor ds. personalnych i jednostki organizacyjne podległe merytorycznie;
    - g) Dyrektor Finansowy i jednostki organizacyjne podległe mu merytorycznie,
    - h) Jednostki organizacyjne podległe merytorycznie pod Głównego Księgowego
    - i) Biuro Radców Prawnych,
    - j) Biuro Audytu Wewnętrznego,
    - k) Dział Bezpieczeństwa i Higieny Pracy oraz Ochrony Przeciwpowodźkowej,
    - l) Biuro Rektora,
    - m) Dział ds. Komunikacji,
    - n) Dział Spraw Obronnych,
    - o) Samodzielne Stanowisko ds. Ochrony Danych Osobowych.
  - 2) jednostki wskazane przez Biuro na podstawie analizy ryzyka wykonanej w poprzednim roku kalendarzowym – przesłanką uzasadniającą wskazanie przez Biuro takiej jednostki w ramach obowiązku samooceny kontroli zarządczej jest:
    - a) ocena ryzyka przez daną jednostkę organizacyjną dokonana/wykonana zgodnie z rozdziałem V pkt 1 i 3 Załącznika Nr 3 ryzyka rezydualnego na poziomie istotności uzgodnionym przez Biuro z Rektorem;
    - b) zgłoszenie przez pracownika Uniwersytetu incydentu zgodnie z rozdziałem V pkt1 i 3 Załącznika Nr 3 mającego wpływ na funkcjonowanie danej jednostki organizacyjnej.
3. Rektor z własnej inicjatywy może wskazać dodatkowe jednostki organizacyjne objęte obowiązkiem określonym w pkt. 2.



4. Biuro w terminie do 7-ego stycznia każdego roku powiadamia i udostępnia kierownikom jednostek organizacyjnych wskazanym zgodnie z pkt. 2 łącze elektroniczne do realizacji samooceny.
5. Samoocenę przeprowadza się przy zachowaniu zasad rzetelności i bezstronności dokonywanych ocen, poprzez odniesienie się do istniejących dowodów funkcjonującej kontroli zarządczej. W tym celu należy wykorzystać informacje zebrane w wyniku:
  - 1) sprawowanego nadzoru merytorycznego;
  - 2) monitorowania bieżących działalności;
  - 3) analizy i oceny ryzyka;
  - 4) kontroli instytucjonalnych;
  - 5) audytu wewnętrznego.
6. W terminie do 10 lutego każdego roku Biuro przygotowuje informacje o stanie kontroli zarządczej w Uniwersytecie i przekazuje Rektorowi zbiorcze zestawienie samoocen stanu kontroli zarządczej wraz ze wskazanymi zastrzeżeniami i zaleceniami.
7. Rektor składa do Ministerstwa właściwego ds. szkolnictwa wyższego, w terminie wyznaczonym, oświadczenie o stanie kontroli zarządczej w Uniwersytecie.
8. W obszarze standardu „Cele i zarządzanie ryzykiem” monitoring i bieżące raportowanie kontroli zarządczej odbywa się dodatkowo w ramach realizacji Polityki zarządzania strategicznego i Polityki zarządzania ryzykiem stanowiących odpowiednio Załącznik Nr 2 i Załącznik Nr 3 do zarządzenia.