

Załącznik  
do Zarządzenia Nr 47/2011  
Rektora UMCS

# SYSTEM KONTROLI ZARZĄDCZEJ

---

UNIWERSYTET MARII CURIE-SKŁODOWSKIEJ  
W LUBLINIE

## Postanowienia ogólne

### § 1

Niniejszy dokument określa zakres, zasady i sposób funkcjonowania Systemu Kontroli Zarządczej w Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej, w tym:

- 1) Definicję kontroli zarządczej,
- 2) Cele Systemu Kontroli Zarządczej,
- 3) Elementy Systemu Kontroli Zarządczej,
- 4) Dokumentację Systemu Kontroli Zarządczej,
- 5) Odpowiedzialność za funkcjonowanie Systemu Kontroli Zarządczej.

### § 2

#### Podstawa prawna

System Kontroli Zarządczej w Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej wprowadzony został na podstawie następujących regulacji prawnych i dokumentów:

- 1) Art. 68-71 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240).
- 2) Komunikatu nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych.

### § 3

#### Podstawowe definicje

Ilekróć w treści tego dokumentu jest mowa o:

- 1) **Jednostce organizacyjnej**, należy przez to rozumieć wszystkie jednostki organizacyjne Uniwersytetu, w tym wydziały, jednostki ogólnouczelniane, jednostki administracji wszystkich szczebli oraz ich jednostki wewnętrzne,
- 2) **Kontroli zarządczej**, należy przez to rozumieć ogół działań podejmowanych, aby zapewnić realizację celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny, rzetelny i terminowy,
- 3) **Koordynatorze** – rozumie się przez to osobę wskazaną przez Rektora, która ponosi odpowiedzialność za koordynację prac związanych z funkcjonowaniem Systemu Kontroli Zarządczej, w tym działań związanych z wyznaczaniem i monitorowaniem realizacji celów oraz zarządzaniem ryzykiem,
- 4) **Kwestionariuszu samooceny**, należy przez to rozumieć kwestionariusz w jakim dokumentowane są wyniki oceny systemu kontroli zarządczej,
- 5) **Plan działalności**, należy przez to rozumieć przyjmowany corocznie dokument określający cele i zadania na dany rok budżetowy,
- 6) **Rejestrze ryzyka**, należy przez to rozumieć dokument odzwierciedlający przeprowadzoną identyfikację i analizę ryzyka, a także zaproponowaną reakcję na ryzyko. Stanowi główne źródło informacji dla sporządzanych okresowo raportów i zestawień dotyczących zarządzania ryzykiem,
- 7) **Rektorze**, należy przez to rozumieć Rektora UMCS,
- 8) **Ryzyku**, należy przez to rozumieć możliwość zaistnienia zdarzenia, które będzie miało wpływ na realizację założonych celów,
- 9) **Samoocenie**, należy przez to rozumieć formalny proces, który umożliwia dokonanie przeglądu istniejących elementów kontroli pod względem adekwatności celem proponowania i wdrażanie ulepszeń w istniejącym systemie,
- 10) **Uczelni, Uniwersytecie i UMCS** - należy przez to rozumieć Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie,

- 11) **Właścicielu celu** – rozumie się przez to osoby wskazane przez Rektora lub kierowników jednostek organizacyjnych, które są bezpośrednio odpowiedzialne za wykonanie danego celu,
- 12) **Zarządzaniu ryzykiem**, należy przez to rozumieć logiczną i systematyczną metodę tworzenia kontekstu, identyfikacji, analizy, oceny, działania, nadzoru oraz informowania o ryzyku w sposób, który umożliwi minimalizację strat i maksymalizację możliwości.

#### § 4

##### **Cele Systemu Kontroli Zarządczej**

Celem kontroli zarządczej w jednostce jest realizacja celów i zadań, w sposób zgodny z prawem, skuteczny, efektywny, oszczędny i terminowy, a w szczególności zapewnienie:

- 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

##### **Elementy Systemu Kontroli Zarządczej**

Na system kontroli zarządczej w jednostce składają się następujące elementy:

- 1) **Środowisko wewnętrzne**, które stanowi podstawę dla wszystkich pozostałych elementów Systemu Kontroli Zarządczej i na które składają się działania podejmowane w zakresie:
  - a) przestrzegania wartości etycznych,
  - b) zapewnienia kompetencji zawodowych pracowników jednostki,
  - c) zapewnienia struktury organizacyjnej odpowiadającej celom i zadaniom jednostki,
  - d) delegowania uprawnień i obowiązków osobom zarządzającym lub pracownikom.
- 2) **Cele i zarządzanie ryzykiem**, które ma na celu zwiększenie prawdopodobieństwa osiągnięcia celów i realizacji zadań jednostki oraz minimalizację negatywnych skutków wystąpienia ryzyka poprzez podejmowanie między innymi następujących zadań:
  - a) sformułowanie misji, rozumianej jako określenie celu istnienia jednostki,
  - b) określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji,
  - c) identyfikację ryzyka czyli określenia zdarzeń, które mogą mieć wpływ na realizację założonych celów,
  - d) analizę ryzyka, rozumianego jako określenie prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka i możliwych jego skutków,
  - e) reakcji na ryzyko.
- 3) **Mechanizmy kontroli**, które mają stanowić efektywną i skuteczną realizację reakcji na ryzyko, poprzez podejmowanie między innymi następujących działań:
  - a) dokumentowanie systemu kontroli zarządczej,
  - b) nadzór nad wykonaniem zadań w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji,
  - c) zapewnienie ciągłości działalności jednostki,
  - d) zapewnienia właściwej ochrony i wykorzystania zasobów jednostki,
  - e) wdrożenia szczegółowych mechanizmów kontroli dotyczących operacji finansowych i gospodarczych,
  - f) określenie mechanizmów kontroli zapewniających bezpieczeństwo danych i systemów informatycznych.

- 4) **Informacja i komunikacja**, które mają zapewnić wszystkim pracownikom w jednostce dostęp do informacji niezbędnych do wykonywania przypisanych im celów i zadań, między innymi poprzez:
  - a) zapewnienie bieżącej informacji,
  - b) zapewnienie komunikacji wewnętrznej w ramach jednostki,
  - c) zapewnienie komunikacji zewnętrznej z podmiotami zewnętrznymi,
- 5) **Monitorowanie i ocena**, które mają stanowić weryfikację obecności i funkcjonowania elementów Systemu Kontroli Zarządczej między innymi poprzez:
  - a) monitorowanie systemu kontroli zarządczej,
  - b) prowadzenie samooceny, procesu niezależnego od bieżącej działalności,
  - c) działania prowadzone przez służby audytu i kontroli,
  - d) uzyskanie corocznego zapewnienia o stanie kontroli zarządczej.

## **§ 6**

### **Odpowiedzialność za funkcjonowanie Systemu Kontroli Zarządczej**

1. Za właściwe funkcjonowanie systemu kontroli zarządczej w jednostce odpowiedzialny jest Rektor.
2. Rektor może wyznaczyć jednego z pracowników na Koordynatora prac związanych z bieżącym funkcjonowaniem systemu kontroli zarządczej.
3. Wszyscy pracownicy Uczelni biorą udział w funkcjonowaniu adekwatnego, skutecznego i efektywnego systemu kontroli zarządczej poprzez właściwe wykonywanie powierzanych im obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności.
4. Pracownicy Uczelni zobowiązani są do przekazywania swoim przełożonym informacji, które mogą mieć wpływ na ocenę i doskonalenie kontroli zarządczej oraz realizację założonych celów, w szczególności w zakresie:
  - 1) Wykrytych nieprawidłowości i nadużyć,
  - 2) Skarg studentów, klientów i kontrahentów,
  - 3) Innych istotnych różnic i odchyłeń od działalności planowej.
5. Każdy pracownik ma obowiązek zgłaszania uwag dotyczących funkcjonowania i usprawnienia systemu kontroli zarządczej.

## **§ 7**

### **Dokumentacja Systemu Kontroli Zarządczej**

Oprócz niniejszego zarządzenia dokumentację systemu kontroli zarządczej stanowią wewnętrzne akty normatywne, procedury wewnętrzne, instrukcje, polityki, dokumenty określające zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników oraz inne dokumenty wewnętrzne.

## **Rozdział I**

### **System wyznaczania i monitorowania realizacji celów**

## **§ 8**

1. Podstawowym zadaniem jednostki w ramach Systemu Kontroli Zarządczej jest wyznaczanie, w co najmniej rocznej perspektywie, celów i zadań oraz monitorowanie ich realizacji.
2. Celem systemu wyznaczania i monitorowania realizacji celów w jednostce jest zapewnienie w szczególności:
  - 1) Spójnego i czytelnego systemu wyznaczania celów i zadań,
  - 2) Odpowiedniego skoordynowania działań podejmowanych w ramach jednostki,
  - 3) Skuteczności i efektywności podejmowanych działań,

- 4) Informacji na temat stanu realizacji celów i zadań,
- 5) Efektywnego wykorzystania zasobów.

## **§ 9**

### **Misja**

1. Misję Uczelni określa Strategia Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.
2. Decyzję o zmianie misji podejmuje Senat.

## **§ 10**

### **Zasady i tryb wyznaczania celów i zadań**

1. Do końca października każdego roku Rektor przekazuje wyznaczonym przez siebie jednostkom organizacyjnym cele na rok następny.
2. W terminie do końca listopada każdego roku jednostki organizacyjne, którym zostały wyznaczone przez Rektora cele przekazują Koordynatorowi projekt Planu działalności na rok następny.
3. Oprócz celów wskazanych przez Rektora projekt Planu działalności zawierać może również propozycje celów określonych samodzielnie przez kierowników poszczególnych jednostek organizacyjnych oraz zadania służące realizacji planowanych celów.
4. Właściciele poszczególnych celów i zadań potwierdzają swoją odpowiedzialność za ich realizację podpisem składanym w Planie działalności stanowiącym *załącznik nr 1* do niniejszego dokumentu.
5. W terminie do końca grudnia każdego roku Rektor zatwierdza Plan działalności UMCS na rok następny i przedstawia go Senatowi.
6. W związku z uchwalaniem planu rzeczowo-finansowego przez Senat, Rektor może dokonać korekty Planu działalności.
7. Przy określaniu celów i zadań bierze się pod uwagę przede wszystkim:
  - 1) Misję uczelni,
  - 2) Przepisy prawa,
  - 3) Regulacje wewnętrzne określające obowiązki i zakres kompetencji,
8. Określone w ramach Systemu Kontroli Zarządczej cele i zadania powinny być:
  - 1) Istotne, czyli ważne dla realizacji misji oraz ważne dla potrzeb klientów zewnętrznych i wewnętrznych,
  - 2) Precyzyjne, czyli formułowane w sposób jasny i zapewniający jednoznaczną interpretację,
  - 3) Spójne, czyli zapewniające wzajemną zgodność i brak powielania się,
  - 4) Realne, czyli możliwe do realizacji z uwzględnieniem ryzyk związane z ich osiągnięciem,
  - 5) Mierzalne, czyli pozwalające określić ich planowaną wartość oraz stopień realizacji.

## **§ 11**

### **Zasady i tryb określania mierników**

1. Wszystkim z wyznaczonych w ramach Systemu Kontroli Zarządczej celom i zadaniom przypisane są mierniki określające ich docelową wartość.
2. Jeżeli miernik nie zostanie wyznaczony przez Rektora, odpowiedzialność za jego określenie spoczywa na właścicielu celu lub zadania.
3. Przy określaniu miernika i jego docelowej wartości bierze się pod uwagę przede wszystkim:
  - 1) Przepisy prawa,
  - 2) Regulacje wewnętrzne określające obowiązki i zakres kompetencji,
  - 3) Wytyczne Rektora.

4. Przypisane poszczególnym celom i zadaniom mierniki powinny:
  - 1) Umożliwiać wartościowe, ilościowe lub opisowe określenie bazowego i docelowego poziomu efektów z poniesionych nakładów,
  - 2) Określone w perspektywie roku, w którym dany cel lub zadanie ma być zrealizowane,
5. Na zasadach wyjątku, Rektor może podjąć decyzję o zastosowaniu mierników opisowych, niespełniających wymogu mierzalności, a także o rezygnacji ze stosowania mierników do niektórych zadań.

## **§ 12**

### **Plan działalności**

1. Plan działalności na rok następny zawiera następujące informacje:
  - 1) Cele,
  - 2) Zadania służące osiągnięciu celów,
  - 3) Mierniki odpowiadające poszczególnym celom i zadaniom,
  - 4) Zasoby finansowe lub/i ludzkie przeznaczone do realizacji celów i zadań, o ile Rektor uzna zasadność przedstawienia tego typu informacji w Planie działalności na dany rok,
  - 5) Podpisy właścicieli poszczególnych celów i zadań.
2. Wzór Planu działalności stanowi *załącznik nr 1* do niniejszego dokumentu.

## **§ 13**

### **Zasady i tryb monitorowania realizacji celów i zadań**

1. Kierownicy jednostek organizacyjnych, którym zostały wyznaczone przez Rektora cele i zadania odpowiedzialni są za bieżące monitorowanie przypisanych im celów i zadań za pomocą wyznaczonych mierników.
2. Kierownicy jednostek organizacyjnych, którym zostały wyznaczone przez Rektora cele i zadania zobowiązani są do informowania Rektora o stanie realizacji przypisanych im celów i zadań poprzez przekazywanie do Koordynatora:
  - 1) sprawozdania za pierwszy kwartał – do 30 kwietnia danego roku,
  - 2) sprawozdania za drugi kwartał – do 31 lipca danego roku,
  - 3) sprawozdania za trzeci kwartał – do 31 października danego roku,
  - 4) sprawozdania za czwarty kwartał – do 31 stycznia danego roku,
  - 5) sprawozdania rocznego – do 15 marca danego roku za rok poprzedni.
3. W przypadku wystąpienia istotnego zagrożenia dotyczącego realizacji założonych celów i zadań, ich właściciele mają obowiązek niezwłocznego przekazywania Koordynatorowi informacji na ten temat.
4. Do przekazywania sprawozdań o stanie realizacji celów i zadań służy wzór sprawozdania, który stanowi *załącznik nr 2* do niniejszego dokumentu.

## **§ 14**

### **Sprawozdanie z wykonania Planu działalności**

1. W terminie do końca marca każdego roku Rektor zatwierdza Sprawozdanie z wykonania Planu działalności, a następnie przedstawia je na najbliższym posiedzeniu Senatu.
2. Sprawozdanie z wykonania Planu działalności zawiera informacje o realizacji celów i zadań ze szczególnym uwzględnieniem:
  - 1) Informacji o uzyskanych miernikach,
  - 2) Informacji o ewentualnych przyczynach braku realizacji założonych celów i zadań.
3. Wzór Sprawozdania z wykonania Planu działalności stanowi *załącznik nr 2* do niniejszego dokumentu.

## **Rozdział II**

### **Zasady zarządzania ryzykiem**

#### **§ 15**

Celem funkcjonującego w jednostce procesu zarządzania ryzykiem jest zwiększenie prawdopodobieństwa osiągnięcia wyznaczonych celów i zadań.

#### **§ 16**

##### **Zakres zadań i obowiązków**

1. Za funkcjonowanie zarządzania ryzykiem odpowiada Rektor poprzez:
  - 1) Kształtowanie i wdrażanie zasad zarządzania ryzykiem,
  - 2) Nadzór i monitorowanie skuteczności procesu zarządzania ryzykiem,
  - 3) Podejmowanie decyzji dotyczących sposobu postępowania w odniesieniu do poszczególnych ryzyk,
  - 4) Podejmowanie decyzji dotyczących określenia właścicieli ryzyk.
2. Odpowiedzialność za koordynację prac w obszarze zarządzania ryzykiem ponosi wyznaczony przez Rektora pracownik poprzez:
  - 1) Koordynację procesu identyfikowania ryzyk związanych z realizacją wyznaczonych celów i zadań,
  - 2) Ujednolicanie i kumulowanie ryzyk przekazywanych przez komórki organizacyjne jednostki,
  - 3) Prowadzenie zbiorczego rejestru ryzyk obejmującego zidentyfikowane ryzyka uczelni,
  - 4) Sporządzanie okresowych raportów i zestawień dotyczących zarządzania ryzykiem,
  - 5) Coroczny przegląd polityki zarządzania ryzykiem w celu jej aktualizacji.
3. Wskazani przez Rektora właściciele poszczególnych celów i zadań odpowiadają za zarządzanie ryzykiem poprzez:
  - 1) Identyfikację ryzyk związanych z realizacją wyznaczonych im celów i zadań,
  - 2) Przeprowadzanie analizy ryzyka dla zidentyfikowanych ryzyk,
  - 3) Proponowanie sposobu postępowania w odniesieniu do poszczególnych ryzyk,
  - 4) Wdrażanie działań zaradczych w stosunku do zidentyfikowanych ryzyk.
4. Odpowiedzialność za określenie poziomu ryzyka akceptowalnego ponosi Zespół ds. zarządzania ryzykiem poprzez wyznaczanie priorytetu kierownictwa.

#### **§ 17**

##### **Identyfikacja ryzyka**

1. W terminie do końca listopada każdego roku właściciele celów i zadań dokonują identyfikacji ryzyka w odniesieniu do swoich celów i zadań na rok następny.
2. W przypadku zmiany Planów działalności należy dokonać ponownej identyfikacji ryzyka.
3. Ponowna identyfikacja ryzyka dokonywana jest również w przypadku istotnej zmiany warunków, w których funkcjonuje jednostka.
4. Każde zidentyfikowane ryzyko ujmowane jest w rejestrze ryzyka zgodnie z zasadami określonymi w § 23.
5. O ile Rektor nie postanowi inaczej, właścicielem danego ryzyka jest właściciel celu lub zadania, do którego odnosi się to ryzyko.
6. Każdy pracownik za pośrednictwem swojego bezpośredniego przełożonego oraz kierownicy jednostek mają prawo i obowiązek zgłaszania Koordynatorowi ryzyk zidentyfikowanych w ramach realizowanych przez siebie celów i zadań.

#### **§ 18**

1. W procesie identyfikacji ryzyka wykorzystuje się między innymi następujące źródła

informacji:

- 1) Wyniki monitoringu realizacji wyznaczonych celów i zadań,
  - 2) Dane na temat realizacji celów i zadań z lat ubiegłych,
  - 3) Ustalenia z przeprowadzonych audytów i kontroli.
2. W procesie identyfikacji ryzyka rozważane są czynniki sprzyjające wystąpieniu ryzyk wynikających ze źródeł zewnętrznych i wewnętrznych.

## **§ 19**

### **Analiza ryzyka**

1. Każde zidentyfikowane ryzyko podlega analizie pod kątem jego znaczenia dla osiągnięcia przez jednostkę założonych celów i zadań.
2. Proces analizy ryzyka odbywa się do końca listopada każdego roku.
3. Każde poddane analizie ryzyko ujmowane jest w rejestrze ryzyka zgodnie z zasadami określonymi w § 23.
4. Każde ryzyko poddane analizie przypisywane jest do odpowiednich celów i zadań ujętych w rejestrze ryzyka.

## **§ 20**

1. Każde ryzyko oceniane jest pod kątem siły oddziaływania i prawdopodobieństwa jego wystąpienia.
2. Ocena danego ryzyka stanowi iloczyn siły oddziaływania i prawdopodobieństwa jego wystąpienia.
3. Ocena siły oddziaływania danego ryzyka polega na przypisaniu każdemu z ryzyk punktacji od 1 do 5, gdzie:
  - 1) 1 oznacza oddziaływanie nieznaczne,
  - 2) 2 oznacza oddziaływanie małe,
  - 3) 3 oznacza oddziaływanie średnie,
  - 4) 4 oznacza oddziaływanie poważne,
  - 5) 5 oznacza oddziaływanie katastrofalne dla wyznaczonych celów i zadań.
4. Przy ocenie siły oddziaływania danego ryzyka dla osiągnięcia wyznaczonych celów i zadań uwzględnia się zarówno skutki finansowe jak i niefinansowe.
5. Ocena prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka polega na przypisaniu każdemu z ryzyk punktacji od 1 do 5, gdzie:
  - 1) 1 oznacza prawdopodobieństwo znikome,
  - 2) 2 oznacza prawdopodobieństwo niskie,
  - 3) 3 oznacza prawdopodobieństwo średnie,
  - 4) 4 oznacza prawdopodobieństwo wysokie,
  - 5) 5 oznacza prawdopodobieństwo bardzo wysokie.
6. Przy ocenie prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka należy wziąć pod uwagę istniejące mechanizmy kontrolne oraz ich skuteczność.
7. Szczegółowy opis punktacji stosowanej do oceny siły oddziaływania i prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka został zawarty w *załączniku nr 4* do niniejszego dokumentu.
8. Wyniki analizy ryzyka poszczególnych ryzyk ujmowane są w rejestrze ryzyka zgodnie z zasadami określonymi w § 23.

## **§ 21**

### **Priorytet kierownictwa**

1. Zespół ds. zarządzania ryzykiem dokonuje oceny istotności wszystkich zidentyfikowanych ryzyk poprzez nadanie priorytetu kierownictwa, uwzględniając między innymi określony poziom ryzyka akceptowalnego.
2. Nadanie priorytetu kierownictwa polega na przypisaniu każdemu z ryzyk punktacji od 1



do 3, gdzie:

- 1) 1 oznacza priorytet niski, akceptacja ryzyka i nie podejmowanie działań zaradczych,
- 2) 2 oznacza priorytet średni, akceptacja ryzyka, zaplanowanie działań zaradczych do ewentualnego wdrożenia,
- 3) 3 oznacza priorytet wysoki, brak akceptacji ryzyka, wdrożenie działań zaradczych w określonym przez Rektora terminie.

## **§ 22**

### **Reakcja na ryzyko**

1. Dla każdego zidentyfikowanego i poddanego analizie ryzyka właściciel ryzyka wskazuje właściwą, optymalną jego zdaniem, reakcję (tolerowanie, przeniesienie, wycofanie się, działanie).
2. Dla każdego ryzyka, które przekracza akceptowalny poziom są opracowywane i wdrażane przez właściciela ryzyka odpowiednie działanie(a) zaradcze.
3. Określenie reakcji na ryzyka ujmowane są w rejestrze ryzyka zgodnie z zasadami określonymi w § 23.

## **§ 23**

### **Rejestr ryzyk**

1. W UMCS prowadzony jest rejestr ryzyk, który stanowi *załącznik nr 3* do niniejszego dokumentu.
2. Każda jednostka organizacyjna, której Rektor wyznaczył cele prowadzi częściowy rejestr ryzyk w odniesieniu do przypisanych mu celów i zadań.
3. W terminie do końca listopada każdego roku jednostki organizacyjne przekazują Koordynatorowi częściowe rejestry ryzyk.
4. W terminie do końca grudnia każdego roku, Koordynator opracowuje zbiorczy rejestr ryzyk w oparciu o przekazywane przez właścicieli poszczególnych ryzyk rejestry częściowe.
5. W przypadku zmiany Planów działalności przez Rektora lub Senat, jednostki organizacyjne i Koordynator dokonują aktualizacji rejestrów ryzyk.
6. Rejestr ryzyk wypełniany jest w następującej kolejności:
  - 1) Na etapie identyfikacji ryzyk wpisywane są dane: numer porządkowy, cel, zadanie, opis ryzyka w zadaniu, stosowane aktualnie mechanizmy kontrolne oraz właściciel ryzyka,
  - 2) Na etapie analizy ryzyka w rejestrze ryzyka wpisywane są dane: siła oddziaływania ryzyka, prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka, punktowa ocena ryzyka,
  - 3) Na etapie określania właściwej reakcji na ryzyko w rejestrze ryzyka wpisywane są informacje o przyjętej reakcji (tolerowanie, przeniesienie, wycofanie się, działanie). Opisana w rejestrze ryzyka reakcja na ryzyko może ulec zmianie po określeniu priorytetu kierownictwa.
  - 4) Na podstawie informacji zawartych pkt 1 – 3 Zespół ds. zarządzania ryzykiem określa priorytet kierownictwa w odniesieniu do poszczególnych ryzyk.

## **§ 24**

### **Zespół ds. zarządzania ryzykiem**

1. Celem Zespołu ds. zarządzania ryzykiem jest przede wszystkim:
  - 1) Wspieranie Rektora w podejmowaniu decyzji w odpowiedzi na zidentyfikowane ryzyka,
  - 2) Określanie poziomu ryzyka akceptowalnego poprzez wyznaczenie priorytetu kierownictwa,
  - 3) Analiza Raportu rocznego z zarządzania ryzykiem,

- 4) Dokonywanie przeglądu skuteczności ogólnych założeń systemu zarządzania ryzykiem.
2. W skład Zespołu ds. zarządzania ryzykiem wchodzi Rektor, Prorektorzy, Kanclerz, Kwestor oraz Koordynator. Funkcję Przewodniczącego Zespołu ds. zarządzania ryzykiem pełni Rektor.
3. Sekretarzem Zespołu ds. zarządzania ryzykiem jest Koordynator.
4. W posiedzeniach Zespołu ds. zarządzania ryzykiem mogą uczestniczyć również inni wskazani przez Rektora pracownicy Uczelni, jeżeli zostanie uznane to za wskazane.

## **§ 25**

### **Raport roczny z zarządzania ryzykiem**

1. W terminie do końca marca każdego roku Koordynator opracowuje i przedstawia Zespołowi ds. zarządzania ryzykiem Raport roczny z zarządzania ryzykiem.
2. Raport roczny opracowywany jest w oparciu o informacje przekazywane w terminie do 15 marca przez jednostki organizacyjne prowadzące częściowe rejestry ryzyk.
3. Wzór raportu stanowi *załącznik nr 5* do niniejszego zarządzenia.

## **Rozdział III**

### **Zasady samooceny oraz przedstawiania oświadczenia o stanie kontroli zarządczej**

## **§ 26**

### **Samoocena systemu kontroli zarządczej**

1. W celu zapewnienia właściwego funkcjonowania kontroli zarządczej do końca marca każdego roku Rektor dokonuje samooceny Systemu Kontroli Zarządczej.
2. W terminie do 15 marca każdego roku kierownicy wszystkich jednostek organizacyjnych uczelni oraz przekazują Koordynatorowi kwestionariusz samooceny jednostki, którą kierują.
3. W procesie samooceny uczestniczyć mogą także wszyscy pracownicy uczelni, którzy zdecydują się skorzystać z elektronicznego systemu ankietowania.
4. Rektor może zobowiązać poszczególnych pracowników do dokonania samooceny Systemu Kontroli Zarządczej w obszarze, za który odpowiadają.
5. Koordynator przygotowuje zbiorczą informację o stanie kontroli zarządczej w UMCS i przekazuje ją Rektorowi – w terminie do końca marca każdego roku.
6. Wzór zbiorczej informacji o stanie kontroli zarządczej stanowi *załącznik nr 7* do niniejszego zarządzenia.
7. Samoocena może zostać przeprowadzona dodatkowo w trakcie roku budżetowego, w trybie doraźnym, w przypadku wystąpienia istotnych zmian w odniesieniu do funkcjonowania jednostki.

## **§ 27**

### **Kwestionariusz samooceny**

1. Podstawą udokumentowania samooceny jest kwestionariusz, w którym dokonuje się oceny wypełniania kryteriów kontroli zarządczej, według wzoru przekazywanego corocznie przez Rektora.
2. Samoocenę przeprowadza się przy zachowaniu zasad rzetelności i bezstronności dokonywanych ocen, poprzez odniesienie się do istniejących dowodów funkcjonującego systemu kontroli zarządczej. W tym celu należy wykorzystać informacje zebrane w wyniku:
  - 1) Sprawowanego nadzoru merytorycznego,

- 2) Wykonywanych przeglądów bieżących (monitoring) działalności,
  - 3) Analizy i oceny ryzyka, oraz
  - 4) Informacje przekazywane przez pracowników, które mogą mieć wpływ na ocenę i doskonalenie kontroli zarządczej,
  - 5) Informacje na temat realizacji procedur wewnętrznych,
  - 6) Informacje na temat działań szkoleniowych i innych wzmacniających systemy kontrolne.
3. Podczas wypełniania kwestionariusza samooceny należy wziąć pod uwagę również wszelkie informacje na temat nieprawidłowości i ryzyk funkcjonowania systemu kontroli zarządczej o jakich mowa w raportach służb kontrolnych i audytowych.

### **§ 28**

1. W ramach samooceny prowadzonej przez kierowników jednostek należy dokonać oceny poszczególnych elementów kontroli zarządczej według przyjętej 5 stopniowej skali ocen dojrzałości jednostki stanowiącej **załącznik nr 6** do niniejszego dokumentu. Kwantyfikacja ocen przedstawia się następująco:
  - 1) Ocena 1 – Wyraźne nieprzestrzeganie wymogów. Ocena skrajnie negatywna. Wymagane są natychmiastowe działania naprawcze ze strony kierownictwa jednostki,
  - 2) Ocena 2 – Niedostateczna. Ocena negatywna. Wymagane są natychmiastowe działania naprawcze ze strony kierownictwa jednostki,
  - 3) Ocena 3 – Dostateczna. Ocena pozytywna. Działania naprawcze powinny nastąpić w czasie określonym przez kierownictwo jednostki,
  - 4) Ocena 4 – Dobra. Ocena jednoznacznie pozytywna. Ewentualne działania udoskonalające powinny nastąpić w czasie określonym przez kierownictwo jednostki,
  - 5) Ocena 5 – Najlepsza praktyka. Ocena skrajnie pozytywna. Nie ma potrzeby podejmowania działań naprawczych.
2. W procesie samooceny dokonywanej przez pracowników uczelni za pomocą elektronicznego systemu ankietowania nie stosuje się skali ocen dojrzałości jednostki.

### **§ 29**

#### **Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej**

1. W terminie do 15 marca każdego roku kierownicy wszystkich jednostek organizacyjnych uczelni przekazują Koordynatorowi oświadczenie o stanie kontroli zarządczej w obszarze, za który odpowiadają.
2. Koordynator przygotowuje zbiorcze zestawienie wszystkich oświadczeń o stanie kontroli zarządczej w UMCS i przekazuje je Rektorowi – w terminie do końca marca każdego roku.
3. Celem potwierdzenia, że system kontroli zarządczej wdrożony w Uczelni zapewnia realizację celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy, Rektor składa w terminie do końca marca każdego roku oświadczenie o stanie kontroli zarządczej w UMCS. Oświadczenie odnosi się do zdarzeń dla minionego roku budżetowego. Wzór oświadczenia stanowi **załącznik nr 8** do niniejszego zarządzenia.
4. Przy sporządzaniu oświadczeń należy uwzględnić wyniki dokonanej samooceny systemu kontroli zarządczej oraz oceny realizacji założonych na dany rok celów i zadań.
5. W procesie przygotowania oświadczenia o stanie kontroli zarządczej Rektor może zdecydować o konieczności złożenia oświadczeń cząstkowych o stanie kontroli zarządczej przez poszczególnych pracowników.

### **§ 30**

Przy sporządzaniu oświadczenia o stanie kontroli zarządczej Rektor uwzględnia przede wszystkim:

- 1) Wyniki samooceny systemu kontroli zarządczej;

- 2) Sprawozdanie z wykonania Planu działalności,
- 3) Oświadczenia częściowe o stanie kontroli zarządczej,
- 4) Wyniki audytów i kontroli.

### **§ 31**

1. W przypadku wystąpienia zastrzeżeń dotyczących funkcjonowania kontroli zarządczej, osoba podpisująca oświadczenie o stanie kontroli zarządczej zobowiązana jest do określenia działań naprawczych.
2. Ostateczną decyzję co do zakresu i terminu działań naprawczych podejmuje Rektor.

## Plan działalności<sup>1</sup> ..... na rok 20....

### Część A: Najważniejsze cele do realizacji w roku 20....

(W tej części planu należy wskazać cele strategiczne przyjęte do realizacji w danym roku)

Cele / Zadania	Planowany miernik		Zasoby	Właściciel celu / zadania i jego podpis
	miara	wartość		
Cel 1/20... :.....				
Cel 2/20... :.....				
Cel 3/20... :.....				
Cel 4/20... :.....				
Cel 5/20... :.....				

<sup>1</sup> Nazwa jednostki organizacyjnej

**Część B: Cele wynikające z planu budżetowego w roku 20....**

(W tej części planu należy wymienić cele i zadania wynikające z planu budżetowego)

Cele / Zadania	Planowany miernik		Zasoby	Właściciel celu / zadania i jego podpis
	miara	wartość		
Cel 1/20... :.....				
Zadanie 1.1/20... :.....				
Zadanie 1.2/20... :.....				
Cel 2/20... :.....				
Zadanie 2.1/20... :.....				
Zadanie 2.2/20... :.....				

**Część C: Inne cele przyjęte do realizacji w roku 20...**

(W tej części planu, należy wskazać cele i zadania przyjęte do realizacji, które nie zostały wymienione w części A i B)

Cele / Zadania	Planowany miernik		Zasoby	Właściciel celu / zadania i jego podpis
	miara	wartość		
Cel 1/20... :.....				
Zadanie 1.1/20... :.....				
Zadanie 1.2/20... :.....				
Cel 2/20... :.....				
Zadanie 2.1/20... :.....				
Zadanie 2.2/20... :.....				

.....  
Data

.....  
Podpis kierownika jednostki

**Sprawozdanie z wykonania Planu działalności<sup>2</sup> ..... za 20.....**

Cel / Zadanie	Miernik planowany		Miernik osiągnięty		Uwagi
	miara	wartość	miara	wartość	
Cel 1/20... :.....					
Zadanie 1.1/20... :.....					
Zadanie 1.2/20... :.....					
Cel 2/20... :.....					
Zadanie 2.1/20... :.....					

**Informacja dotycząca realizacji celów objętych planem działalności na rok .....**

(Należy krótko opisać główne przyczyny, które spowodowały niezrealizowanie celów, wystąpienie różnic w planowanych i osiągniętych wartościach mierników)

.....  
Data

.....  
Podpis kierownika jednostki

<sup>2</sup> Nazwa jednostki organizacyjnej.



Rejestr ryzyka<sup>3</sup> ..... za 20.....

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
Lp.	Cel	Zadanie	Opis ryzyka	Właściciel ryzyka	Stosowane aktualnie mechanizmy kontrolne	Siła oddziaływania ryzyka w skali 1-5	Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka w skali 1-5	Punktowa ocena ryzyka iloczyn oddziaływania i prawdopodobieństwa. (9 = 7 x 8)	Reakcja na ryzyko	Priorytet kierownictwa w skali 1-3
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										

.....  
Data.....  
Podpis

---

<sup>3</sup> Nazwa jednostki organizacyjnej.

## Wytyczne do oceny prawdopodobieństwa wystąpienia i siły oddziaływania ryzyka

### Skala prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka

### Skala siły oddziaływania ryzyka

Prawdopodobieństwo wystąpienia	Oszacowane ryzyko	Siła oddziaływania	Oszacowane ryzyko
<p>Tego typu ryzyko do tej pory jeszcze nigdy nie wystąpiło.</p> <p>Obszar działania / proces nie dotyczy zadań strategicznych, nie należy do priorytetowych czynności generujących ryzyko.</p> <p>Przy realizacji zadań w ramach danego obszaru / procesu nie współpracuje się z innymi jednostkami organizacyjnymi.</p> <p>W ostatnich 2 latach obszar / proces nie podlegał zmianom technologicznym, organizacyjnym i kadrowym, bądź podlegał zmianom w minimalnym stopniu i uznaje się je za wdrożone.</p> <p>Oceniany obszar / proces uregulowany jest wyłącznie regulacjami wewnętrznymi.</p>	<p>1</p> <p>znikome</p>	<p><u>Organizacyjne:</u></p> <p>Niska niezgodność z procedurami / przepisami prawa.</p> <p>Nie występuje zagrożenie utraty dobrego wizerunku.</p> <p>Ewentualne zakłócenia bez wpływu na realizację zadań i osiągnięcie celów.</p> <p>Ewentualne skutki ograniczane (neutralizowane) przez istniejące mechanizmy kontrolne.</p> <p><u>Finansowe:</u></p> <p>Nie przewiduje się wystąpienia straty finansowej, dodatkowych kosztów – bądź nieznaczne do 3 tys. zł.</p>	<p>1</p> <p>nieznaczne</p>
<p>Tego typu ryzyko nie wystąpiło w okresie ostatnich 10 lat. Ryzyko prawdopodobnie nie wystąpi / może wystąpić w zupełnie wyjątkowych sytuacjach.</p> <p>Przy realizacji zadań w danym obszarze / procesie współpracuje się z małą (1 lub 2) liczbą jednostek organizacyjnych.</p> <p>W ostatnim roku obszar / proces nie podlegał zmianom technologicznym, organizacyjnym i kadrowym, bądź podlegał zmianom w minimalnym stopniu i uznaje się je za wdrożone.</p> <p>Obszar / proces w małym zakresie objęty regulacjami o charakterze zewnętrznym. Nie podlegały one zmianom.</p>	<p>2</p> <p>niskie</p>	<p><u>Organizacyjne:</u></p> <p>Średnia niezgodność z procedurami lub niska niezgodność z postanowieniami umów.</p> <p>Małe zakłócenia pracy, ewentualne utrudnienia w realizacji zadań, nie mające wpływu na osiągnięcie celów.</p> <p>Istniejące mechanizmy kontrolne powinny ograniczyć skutki ewentualnych zakłóceń.</p> <p>Małe zagrożenie utraty dobrego wizerunku.</p> <p><u>Finansowe:</u></p> <p>&gt; 3 tys. do 10 tys zł</p>	<p>2</p> <p>małe</p>

Prawdopodobieństwo wystąpienia	Oszacowane ryzyko	Siła oddziaływania	Oszacowane ryzyko
<p>Tego typu ryzyko nie wystąpiło w okresie ostatnich 5 lat.</p> <p>Przy realizacji zadań w ramach danego obszaru / procesu współpracuje się dużą (co najmniej 3) liczbą jednostek organizacyjnych.</p> <p>W ciągu ostatniego roku obszar / proces podlegał ograniczonym zmianom organizacyjnym, technologicznym i kadrowym.</p> <p>Obszar / proces objęty w małym stopniu regulacjami zewnętrznymi, które mogły podlegać w ostatnim okresie pewnym zmianom.</p> <p>Może dotyczyć zadań o istotnym znaczeniu dla celów działalności.</p>	<p>3</p> <p>średnie</p>	<p><u>Organizacyjne:</u></p> <p>Niska niezgodność z przepisami prawa lub średnia niezgodność z postanowieniami umów lub poważna niezgodność z procedurami.</p> <p>Średnie zakłócenia pracy. Potencjalne zagrożenia mogą doprowadzić do niewykonywania podstawowych zadań w określonym zakresie.</p> <p>Istniejące mechanizmy kontrolne tylko w pewnym stopniu mogą ograniczyć skutki ewentualnych zakłóceń.</p> <p>Średnie zagrożenie utraty dobrego wizerunku lub/i ograniczone do skali regionu.</p> <p><u>Finansowe:</u></p> <p>&gt; 10 tys. do 50 tys. zł</p>	<p>3</p> <p>średnie</p>
<p>Tego typu ryzyko nie wystąpiło w okresie ostatniego roku, ale miało miejsce w okresie ostatnich 5 lat. Istnieje wysokie prawdopodobieństwo na wystąpienie tego ryzyka.</p> <p>Obszar / proces wymaga współpracy z dużą (co najmniej 3) liczbą jednostek organizacyjnych lub/i podmiotami zewnętrznymi.</p> <p>W ciągu ostatniego roku obszar / proces podlegał zmianom technologicznym, organizacyjnym i kadrowym, z których część może wymagać poprawek i działań dostosowawczych.</p> <p>Obszar / proces objęty dużą liczbą regulacji prawnych (zewnętrznych i wewnętrznych), które w ostatnim roku podlegały istotnym zmianom.</p>	<p>4</p> <p>wysokie</p>	<p><u>Organizacyjne:</u></p> <p>Średnia niezgodność z przepisami prawa lub poważna niezgodność z postanowieniami umów.</p> <p>Poważne zakłócenia pracy. Mogą doprowadzić do nie wykonania celów cyklicznie (stałe zagrożenie).</p> <p>Niska skuteczność istniejących mechanizmów kontrolnych.</p> <p>Wysokie zagrożenie utraty dobrego wizerunku lub/i oddziaływanie na poza regionem.</p> <p>Zagrożenie zdrowia ludzi.</p> <p><u>Finansowe:</u></p> <p>&gt; 50 tys. do 100 tys. zł.</p>	<p>4</p> <p>poważne</p>

Prawdopodobieństwo wystąpienia	Oszacowane ryzyko	Siła oddziaływania	Oszacowane ryzyko
<p>Tego typu ryzyko wystąpiło w okresie ostatniego roku lub/i ryzyko z pewnością wystąpi w ciągu najbliższego roku.</p> <p>Obszar / proces wymaga współpracy z dużą (co najmniej 3) liczbą jednostek organizacyjnych lub/i podmiotami zewnętrznymi.</p> <p>W ciągu ostatniego roku obszar / proces podlegał istotnym zmianom technologicznym, organizacyjnym i kadrowym / obszar podlega częstym zmianom tego typu / obszar jest w trakcie zmian.</p> <p>Obszar / proces objęty dużą liczbą regulacji prawnych (zewnętrznych i wewnętrznych), które w ostatnim roku podlegały istotnym zmianom lub/i, które zmieniają się z pewnością w ciągu najbliższego roku.</p>	<p>5</p> <p>bardzo wysokie</p>	<p><u>Organizacyjne:</u></p> <p>Poważna niezgodność z przepisami prawa.</p> <p>Olbrzymie zakłócenia pracy. Zagrożenia spowodują brak zachowania ciągłości procesów działania, utrzymania funkcjonalności systemów niezbędnych do wykonywania podstawowych celów. Brak osiągnięcia kluczowych celów.</p> <p>Brak odpowiednich mechanizmów kontrolnych bądź istniejące mechanizmy okazują się nieskuteczne.</p> <p>Bardzo wysokie zagrożenie związane z utratą dobrego wizerunku.</p> <p>Zagrożenie życia ludzi.</p> <p><u>Finansowe:</u></p> <p>&gt; 100 tys. zł, utrata znacznego majątku.</p>	<p>5</p> <p>katastrofalne</p>

## Raport roczny z zarządzania ryzykiem za rok 20....

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Lp.	Cel	Zadanie	Opis ryzyka	Właściciel ryzyka	Punktowa ocena ryzyka ilożycyn oddziaływania i prawdopodobieństwa.	Priorytet kierownictwa w skali 1-3	Czy ryzyko się zmaterializowało? (Tak / Nie)	Opis podjętych działań (jeżeli 'odpowiedź „Tak” w kolumnie 7)	Opis planowanych działań (o ile są planowane)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

.....  
Data

.....  
Podpis

## Ocena dojrzałości jednostki

### Kryteria oceny Systemu Kontroli Zarządczej

**Objaśnienie:** Oceniając każdy z elementów kontroli zarządczej (w skali od 1 do 5) należy pamiętać, że przyjęcie danej oceny jest możliwe tylko wówczas gdy oceniany element spełnia wszystkie wskazane poniżej cechy składające się na opis oceny. Niespełnienie choćby jednego elementu opisu danej oceny oznacza brak możliwości jej przyjęcia.

Ocena	Środowisko wewnętrzne	Cele i zarządzanie ryzykiem	Mechanizmy Kontrolne	Informacja i komunikacja	Monitorowanie i ocena
<b>Ocena: 1</b> <b>Wyraźnie nieprzebranie wymagań</b>	<p>Mniej niż 25% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 1-4.</p> <p>Częste przypadki naruszania wartości etycznych.</p> <p>Brak zasobów ludzkich, kadra jest niewykwalifikowana lub/i niekompetentna.</p> <p>Brak struktury organizacyjnej lub/i struktura nie zapewnia właściwej realizacji celów.</p> <p>Brak formalnego podziału obowiązków.</p> <p>Delegowanie uprawnień realizowane jest w sposób przypadkowy i nieformalny.</p>	<p>Mniej niż 25% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 5-9.</p> <p>Brak misji i celów jednostki.</p> <p>Brak zarządzania ryzykiem.</p>	<p>Mniej niż 25% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 10-15.</p> <p>Brak mechanizmów kontrolnych zapewniających właściwy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nadzór,</li> <li>- ciągłość działalności,</li> <li>- ochronę zasobów,</li> <li>- kontrolę operacji finansowych i gospodarczych</li> <li>- bezpieczeństwo danych i systemów informatycznych</li> </ul> <p>Istniejące mechanizmy kontrolne nie są stosowane w sposób ciągły lecz sporadycznie, ad hoc.</p>	<p>Mniej niż 25% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 16-18.</p> <p>Brak zasad komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej.</p> <p>Brak instrukcji, regulacji wewnętrznych formalizujących wykonywanie zadań, są one realizowane intuicyjnie.</p> <p>Brak systemów informatycznych, nie istnieją żadne ograniczenia w dostępie do informacji, informacja nie jest zabezpieczana.</p>	<p>Mniej 25% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 19-22.</p> <p>Brak zasad monitorowania i oceny systemu kontroli zarządczej.</p>

Ocena	Środowisko wewnętrzne	Cele i zarządzanie ryzykiem	Mechanizmy Kontrolne	Informacja i komunikacja	Monitorowanie i ocena
<b>Ocena: 2</b> <b>Niedostateczna</b>	<p>Mniej niż 50% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 1-4.</p> <p>Brak dokumentu określającego wartości etyczne.</p> <p>Zasoby ludzkie są niewystarczające, część kadry jest niewykwalfikowana lub/i niekompetentna.</p> <p>Polityka kadrowa nie jest sformalizowana.</p> <p>Zrozumienie i akceptacja zasad środowiska wewnętrznego nie jest powszechna wśród kierownictwa i pracowników jednostki.</p> <p>Struktura nie gwarantuje prawidłowego podziału zadań lub funkcjonuje w sposób nieformalny.</p>	<p>Mniej niż 50% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 5-9.</p> <p>Misja i cele są określone, ale nie przypisano im mierników, zasobów i podmiotów odpowiedzialnych za ich realizację.</p> <p>Nie istnieje dokumentacja tego procesu.</p> <p>Identyfikacja i szacowanie ryzyk jest wykonywane sporadycznie i intuicyjnie, nie istnieje dokumentacja tego procesu.</p>	<p>Mniej niż 50% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 10-15.</p> <p>Brak mechanizmów kontrolnych zapewniających właściwy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nadzór,</li> <li>- ciągłość działalności,</li> <li>- ochronę zasobów,</li> <li>- kontrolę operacji fin.-gosp.</li> <li>- bezpieczeństwo danych i systemów informatycznych</li> </ul> <p>Stosowane mechanizmy kontroli nie stanowią odpowiedzi na konkretne ryzyka określone w procesie zarządzania ryzykiem.</p> <p>Dokumentacja dotycząca kontroli zarządczej jest niespójna i niedostępna dla wszystkich osób, dla których jest niezbędna.</p> <p>Są stosowane intuicyjnie, ad hoc, nie są ze sobą powiązane, oparte w dużym stopniu na indywidualnej wiedzy pracowników, a nie na sformalizowanej dokumentacji.</p>	<p>Mniej niż 50% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 16-18.</p> <p>Brak sformalizowanych, spójnych i wystandaryzowanych zasad komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej.</p> <p>Część czynności wykonywana w oparciu o pisemne instrukcje, część poza instrukcjami, brak aktualizacji dokumentacji wewnętrznej.</p> <p>Zaprojektowane systemy IT (elektronicznego przetwarzania danych) nie gwarantują właściwego wykonania zadań i nie stanowią wsparcia dla instrukcji manualnych, powodując wykonywanie licznych nieefektywnych kontroli manualnych, niekonsekwentne zasady odnoszące się do ochrony poufności, integralności i dostępności do informacji.</p>	<p>Mniej niż 50% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 19-22.</p> <p>Brak sformalizowanych, spójnych i wystandaryzowanych zasad samooceny systemu kontroli zarządczej.</p> <p>Brak zapewnienia kierownika jednostki o stanie kontroli zarządczej.</p>

Ocena	Środowisko wewnętrzne	Cele i zarządzanie ryzykiem	Mechanizmy Kontrolne	Informacja i komunikacja	Monitorowanie i ocena
<b>Ocena: 3</b> <b>Dostateczna</b>	<p>Co najmniej 50% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 1-4.</p> <p>Istnieje dokument określający wartości etyczne.</p> <p>Zasoby ludzkie są wystarczające, kadra jest wykwalifikowana i kompetentna.</p> <p>Podstawowe zasady polityki kadrowej są sformalizowane.</p> <p>Struktura organizacyjna jest określona w formie pisemnej.</p> <p>Struktura zapewnia właściwą realizację celów.</p> <p>Formalny zakres obowiązków określono dla każdego pracownika.</p> <p>Delegowanie uprawnień realizowane jest w sposób formalny.</p>	<p>Co najmniej 50% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 5-9.</p> <p>Misja i cele są formalnie określone. Do celów przypisano mierniki, zasoby i podmioty odpowiedzialne za ich realizację. Istnieje dokumentacja tego procesu.</p> <p>Wśród kadry zarządzającej istnieje świadomość analizy i oceny ryzyka. Miały miejsce szkolenia w tym zakresie.</p> <p>Dokonywana jest udokumentowana identyfikacja i analiza ryzyk w odniesieniu do celów.</p> <p>Brak pisemnych procedur w zakresie zarządzania ryzykiem.</p>	<p>Co najmniej 50% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 10-15.</p> <p>Istnieją mechanizmy kontrolne zapewniające właściwy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nadzór,</li> <li>- ciągłość działalności,</li> <li>- ochronę zasobów,</li> <li>- kontrolę operacji finansowych i gospodarczych</li> <li>- bezpieczeństwo danych i systemów informatycznych</li> </ul> <p>Przepisy wewnętrzne, regulaminy, instrukcje są sformalizowane, jakkolwiek ich jakość i skuteczność jest ograniczona.</p> <p>Stosowane mechanizmy nie są jasne, stosowane przy ograniczonej przejrzystości i zrozumieniu. Istnieje wysoki stopień zależności od indywidualnej wiedzy pracownika, istnieje realne ryzyko błędnego stosowania.</p>	<p>Co najmniej 50% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 16-18.</p> <p>Istnieją sformalizowane, spójne i wystandaryzowane zasady komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej.</p> <p>Instrukcje są sformalizowane i aktualizowane, jakkolwiek zdarzają się przypadki opóźnień.</p> <p>Zaprojektowane systemy IT stanowią wsparcie dla instrukcji manualnych, ograniczony sposób zabezpieczenia w sposób formalny poufności, integralności informacji.</p>	<p>Co najmniej 50% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 19-22.</p> <p>Istnieją sformalizowane, spójne i wystandaryzowane zasady samooceny systemu kontroli zarządczej.</p> <p>Kierownik jednostki przedstawia zapewnienie o stanie kontroli zarządczej.</p> <p>Monitorowanie skuteczności poszczególnych elementów systemu kontroli zarządczej ograniczona jedynie do sporadycznych przeglądów.</p>



Ocena	Środowisko wewnętrzne	Cele i zarządzanie ryzykiem	Mechanizmy Kontrolne	Informacja i komunikacja	Monitorowanie i ocena
<p><b>Ocena: 4</b></p> <p><b>Dobra</b></p>	<p>Co najmniej 75% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 1-4.</p> <p>Wszyscy pracownicy zostali formalnie zapoznani z dokumentem określającym wartości etyczne.</p> <p>Zasoby ludzkie są w pełni wystarczające do realizacji celów.</p> <p>Jednostka planuje i realizuje politykę szkoleniową zapewniającą odpowiednie kwalifikacje i kompetencje kadry.</p> <p>Wszystkie zasady polityki kadrowej są sformalizowane.</p> <p>Struktura organizacyjna określona jest w formie pisemnej i odpowiada aktualnym celom.</p> <p>Każdy pracownik posiada aktualny zakres obowiązków.</p> <p>Delegowanie uprawnień jest sformalizowane, a ich przyjęcie każdorazowo potwierdzane podpisem.</p>	<p>Co najmniej 75% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 5-9.</p> <p>Misja i cele są corocznie formalnie określone. Do każdego celu i zadania przypisano mierniki, zasoby i podmioty odpowiedzialne za ich realizację.</p> <p>Istnieje sformalizowany system monitorowania realizacji celów i zadań.</p> <p>Co roku dokonywana jest ocena końcowa realizacji celów i zadań.</p> <p>Kadra zarządzająca jest przeszkolona z zakresu zarządzania ryzykiem.</p> <p>Co najmniej raz w roku dokonywana jest w sposób formalny identyfikacja, a także określenie skutków i prawdopodobieństwa ryzyka w odniesieniu do celów. Zdefiniowano akceptowalne poziomy ryzyka.</p> <p>Istnieją pisemne procedury zarządzania ryzykiem.</p>	<p>Co najmniej 75% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 10-15.</p> <p>Istnieją sformalizowane, spójne i wystandaryzowane mechanizmy kontrolne zapewniające właściwy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nadzór,</li> <li>- ciągłość działalności,</li> <li>- ochronę zasobów,</li> <li>- kontrolę operacji fin-gosp.</li> <li>- bezpieczeństwo danych i systemów informatycznych</li> </ul> <p>Procesy podlegają ciągłemu doskonaleniu, występują sporadyczne błędy. Istnieje niewielki stopień zależności od indywidualnej wiedzy pracownika, istnieje niskie ryzyko błędnego stosowania.</p> <p>Stosowane mechanizmy kontroli stanowią bezpośrednią odpowiedź na ryzyka określone w procesie zarządzania ryzykiem.</p> <p>Dokumentacja dotycząca kontroli zarządczej jest spójna i dostępna dla wszystkich osób, dla których jest niezbędna.</p>	<p>Co najmniej 75% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 16-18.</p> <p>Istnieją sformalizowane, spójne i wystandaryzowane zasady komunikacji wewnętrznej.</p> <p>Istnieją formalne zasady komunikacji z podmiotami zewnętrznymi (tryby załatwiania spraw, przyjmowania skarg, reklamacji, etc.).</p> <p>Ewentualnemu doskonaleniu procesów towarzyszy aktualizacja instrukcji.</p> <p>Istnieją formalne zasady zabezpieczające poufność, integralność i dostępność do informacji. Automatyzacja i narzędzia elektroniczne są stosowane przez pracowników.</p>	<p>Co najmniej 75% odpowiedzi „Tak” na pytania dotyczące standardów 19-22.</p> <p>Istnieją sformalizowane, spójne i wystandaryzowane zasady samooceny systemu kontroli zarządczej.</p> <p>Kierownik jednostki przedstawia zapewnienie o stanie kontroli zarządczej biorąc pod uwagę wyniki monitorowania, samooceny oraz ewentualnych audytów i kontroli.</p> <p>Monitorowanie skuteczności poszczególnych elementów systemu kontroli zarządczej wykonywane jest w oparciu o formalne zasady.</p>

Ocena	Środowisko wewnętrzne	Cele i zarządzanie ryzykiem	Mechanizmy Kontrolne	Informacja i komunikacja	Monitorowanie i ocena
<b>Ocena: 5</b> <b>Najlepsza praktyka</b>	<p>Brak odpowiedzi „Nie” na pytania kwestionariusza samooceny dotyczące standardów 1-4.</p> <p>Wśród pracowników jak i kadry kierowniczej istnieje powszechna akceptacja i świadomość standardów kontroli zarządczej.</p> <p>Wszyscy pracownicy zostali formalnie zapoznani z dokumentem określającym wartości etyczne. Postępowanie pracowników jest zgodne z wartościami etycznymi.</p> <p>Polityka kadrowa jest sformalizowana i realizowana w sposób przejrzysty i spójny.</p> <p>Struktura organizacyjna określona jest w formie pisemnej i odpowiada aktualnym celom, każdy pracownik ma do niej bezpośredni dostęp. Każdy pracownik posiada aktualny zakres obowiązków.</p> <p>Delegowanie uprawnień jest sformalizowane, a ich przyjęcie każdorazowo potwierdzane podpisem.</p>	<p>Brak odpowiedzi „Nie” na pytania kwestionariusza samooceny dotyczące standardów 5-9.</p> <p>Misja i cele są corocznie formalnie określone. Do każdego celu i zadania przypisano mierniki, zasoby i podmioty odpowiedzialne za ich realizację. Istnieje sformalizowany system monitorowania ich realizacji. Dokonana została formalna ocena końcowa realizacji celów/zadań uwzględniająca kryterium oszczędności, efektywności i skuteczności. Co najmniej raz w roku dokonywana jest w sposób formalny identyfikacja, a także określenie skutków i prawdopodobieństwa ryzyka w odniesieniu do celów. Zdefiniowano akceptowalne poziomy ryzyka i rodzaj reakcji. Proces zarządzania ryzykiem jest sformalizowany, doskonały i podlega regularnym przeglądom. Kadra zarządzająca swobodnie korzysta z wszystkich technik zarządzania ryzykiem.</p>	<p>Brak odpowiedzi „Nie” na pytania kwestionariusza samooceny dotyczące standardów 10-15.</p> <p>Istnieją sformalizowane, spójne i wystandaryzowane mechanizmy kontrolne zapewniające właściwy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nadzór,</li> <li>- ciągłość działalności,</li> <li>- ochronę zasobów,</li> <li>- kontrolę operacji finansowych i gospodarczych</li> <li>- bezpieczeństwo danych i systemów informatycznych</li> </ul> <p>Mechanizmy kontrolne są sformalizowane o dobrej standaryzacji, transparentne, stosowane i akceptowane zarówno przez pracowników jak i kadre kierowniczą.</p> <p>Do każdego istotnego ryzyka określonego w procesie zarządzania ryzykiem przypisano mechanizm kontrolny stanowiący odpowiedź na to ryzyko. Dokumentacja dotycząca kontroli zarządczej jest spójna i dostępna dla wszystkich osób, dla których jest niezbędna.</p>	<p>Brak odpowiedzi „Nie” na pytania kwestionariusza samooceny dotyczące standardów 16-18.</p> <p>Istnieją sformalizowane, spójne i wystandaryzowane zasady komunikacji wewnętrznej.</p> <p>Istnieją formalne zasady komunikacji z podmiotami zewnętrznymi (tryby załatwiania spraw, przyjmowania skarg, reklamacji, etc.).</p> <p>Instrukcje, regulaminy są na bieżąco aktualizowane przy zmianach i udoskonaleniach procesów.</p> <p>Istnieją zasady formalne zabezpieczające poufność, integralność i dostępność do informacji, są znane i akceptowane zarówno przez pracowników jak i kadre kierowniczą.</p>	<p>Brak odpowiedzi „Nie” na pytania kwestionariusza samooceny dotyczące standardów 19-22.</p> <p>Istnieją sformalizowane, spójne i wystandaryzowane zasady samooceny systemu kontroli zarządczej.</p> <p>Kierownik jednostki przedstawia zapewnienie o stanie kontroli zarządczej biorąc pod uwagę wyniki monitorowania, samooceny oraz ewentualnych audytów i kontroli.</p> <p>Monitorowanie skuteczności poszczególnych elementów systemu kontroli zarządczej wykonywana w oparciu o czynności cykliczne, realizowane zgodnie z planem, na bieżąco. Pozyskiwana informacja dostarcza narzędzi do poprawiania jakości i efektywności realizowanych zadań.</p>

**Zbiorcza informacja o stanie kontroli zarządczej****Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej**

(nazwa jednostki)

**za rok .....**

(rok, za który składane jest oświadczenie)

Lp.	Element kontroli zarządczej	Ocena punktowa (1 – 5)	Uwagi / informacje uzupełniające
1.	Środowisko wewnętrzne		
2.	Cele i zarządzanie ryzykiem		
3.	Mechanizmy kontroli		
4.	Informacja i komunikacja		
5.	Monitorowanie i ocena		

.....

data

.....

czytelny podpis

**Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej**

.....  
(nazwa jednostki)

**za rok** .....  
(rok, za który składane jest oświadczenie)

**Dział I<sup>1)</sup>**

Jako osoba odpowiedzialna za zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, tj. działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy, a w szczególności dla zapewnienia:

- zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
- skuteczności i efektywności działania,
- wiarygodności sprawozdań,
- ochrony zasobów,
- przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
- efektywności i skuteczności przepływu informacji,
- zarządzania ryzykiem,

oświadczam, że w kierowanej przeze mnie jednostce sektora finansów publicznych

.....  
(nazwa jednostki sektora finansów publicznych\*)

**Część A<sup>2)</sup>**

€ w wystarczającym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

**Część B<sup>3)</sup>**

€ w ograniczonym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej wraz z planowanymi działaniami, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej, zostały opisane w dziale II oświadczenia.

**Część C<sup>4)</sup>**

€ nie funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej wraz z planowanymi działaniami, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej, zostały opisane w dziale II oświadczenia.

**Część D**

Niniejsze oświadczenie opiera się na mojej ocenie i informacjach dostępnych w czasie sporządzania niniejszego oświadczenia pochodzących z:<sup>5)</sup>

- € monitoringu realizacji celów i zadań,
- € samooceny kontroli zarządczej przeprowadzonej z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych 8),
- € procesu zarządzania ryzykiem,
- € audytu wewnętrznego,
- € kontroli wewnętrznych,
- € kontroli zewnętrznych,
- € innych źródeł informacji: .....

Jednocześnie oświadczam, że nie są mi znane inne fakty lub okoliczności, które mogłyby wpłynąć na treść niniejszego oświadczenia.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis kierownika jednostki)

## Dział II<sup>6)</sup>

### 1. Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej w roku ubiegłym.

.....  
.....  
.....  
Należy opisać przyczyny złożenia zastrzeżeń w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej, np. istotną słabość kontroli zarządczej, istotną nieprawidłowość w funkcjonowaniu jednostki, istotny cel lub zadanie, które nie zostały zrealizowane, niewystarczający monitoring kontroli zarządczej, wraz z podaniem, jeżeli to możliwe, elementu, którego zastrzeżenia dotyczą, w szczególności: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania, wiarygodności sprawozdań, ochrony zasobów, przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, efektywności i skuteczności przepływu informacji lub zarządzania ryzykiem.

### 2. Planowane działania, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej.

.....  
.....  
.....  
Należy opisać kluczowe działania, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej w odniesieniu do złożonych zastrzeżeń, wraz z podaniem terminu ich realizacji.

## Dział III<sup>7)</sup>

Działania, które zostały podjęte w ubiegłym roku w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej.

### 1. Działania, które zostały zaplanowane na rok, którego dotyczy oświadczenie:

.....  
.....  
Należy opisać najistotniejsze działania, jakie zostały podjęte w roku, którego dotyczy niniejsze oświadczenie w odniesieniu do planowanych działań wskazanych w dziale II oświadczenia za rok poprzedzający rok, którego dotyczy niniejsze oświadczenie.

### 2. Pozostałe działania:

.....  
.....  
Należy opisać najistotniejsze działania, niezaplanowane w oświadczeniu za rok poprzedzający rok, którego dotyczy niniejsze oświadczenie, jeżeli takie działania zostały podjęte.

## Objaśnienia:

- 1) W dziale I, w zależności od wyników oceny stanu kontroli zarządczej, wypełnia się tylko jedną część z części A albo B, albo C przez zaznaczenie znakiem "X" odpowiedniego wiersza. Pozostałe dwie części wykreśla się. Część D wypełnia się niezależnie od wyników oceny stanu kontroli zarządczej.
- 2) Część A wypełnia się w przypadku, gdy kontrola zarządcza w wystarczającym stopniu zapewniła łącznie wszystkie następujące elementy: zgodność działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczność i efektywność działania, wiarygodność sprawozdań, ochronę zasobów, przestrzegania i promowanie zasad etycznego postępowania, efektywność i skuteczność przepływu informacji oraz zarządzanie ryzykiem.
- 3) Część B wypełnia się w przypadku, gdy kontrola zarządcza nie zapewniła w wystarczającym stopniu jednego lub więcej z wymienionych elementów: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania, wiarygodności sprawozdań, ochrony zasobów, przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, efektywności i skuteczności przepływu informacji lub zarządzania ryzykiem, z zastrzeżeniem przypisu 6.
- 4) Część C wypełnia się w przypadku, gdy kontrola zarządcza nie zapewniła w wystarczającym stopniu żadnego z wymienionych elementów: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania, wiarygodności sprawozdań, ochrony zasobów, przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, efektywności i skuteczności przepływu informacji oraz zarządzania ryzykiem.
- 5) Znakiem "X" zaznaczyć odpowiednie wiersze. W przypadku zaznaczenia punktu "innych źródeł informacji" należy je wymienić.
- 6) Dział II sporządzany jest w przypadku, gdy w dziale I niniejszego oświadczenia zaznaczono część B albo C.
- 7) Dział III sporządza się w przypadku, gdy w dziale I oświadczenia za rok poprzedzający rok, którego dotyczy niniejsze oświadczenie, była zaznaczona część B albo C lub gdy w roku, którego dotyczy niniejsze oświadczenie, były podejmowane inne niezaplanowane działania mające na celu poprawę funkcjonowania kontroli zarządczej.