



POLITYKA ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

w AKADEMII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ im. Marii Grzegorzewskiej

Spis treści

ROZDZIAŁ I CELE I ZAŁOŻENIA POLITYKI ZARZĄDZANIA RYZYKIEM	2
ROZDZIAŁ II ZAKRES PODMIOTOWY POLITYKI ZARZĄDZANIA RYZYKIEM	2
ROZDZIAŁ III ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA REALIZACJĘ POLITYKI ZARZĄDZANIA RYZYKIEM.....	3
ROZDZIAŁ IV IDENTYFIKACJA I ANALIZA CZYNNIKÓW RYZYKA.....	4
ROZDZIAŁ V DOKUMENTOWANIE I RAPORTOWANIE PROCESU ZARZĄDZANIA RYZYKIEM I OBIEG DOKUMENTÓW.....	8
ROZDZIAŁ VI ZARZĄDZANIE RYZYKIEM	10
ROZDZIAŁ VII MONITOROWANIE RYZYKA I NADZÓR	11
ROZDZIAŁ VIII AKTUALIZACJA POLITYKI ZARZĄDZANIA RYZYKIEM	11

Załączniki:

- Załącznik nr 1.1 Słownik najważniejszych pojęć
- Załącznik nr 1.2 Wykaz obszarów działania (obszarów ryzyk) i kategorii ryzyk
- Załącznik nr 1.3 Wykaz kategorii ryzyka z przyporządkowanymi przykładowymi czynnikami ryzyka
- Załącznik nr 1.4 Karta identyfikacji i analizy ryzyka strategicznego / operacyjnego
- Załącznik nr 1.5 Karta identyfikacji i analizy ryzyka projektu
- Załącznik nr 1.6 Rejestr ryzyk strategicznych / operacyjnych
- Załącznik nr 1.7 Rejestr ryzyk projektu
- Załącznik nr 1.8 Sprawozdanie z zarządzania ryzykiem nieakceptowanym

.....

ROZDZIAŁ I

CELE I ZAŁOŻENIA POLITYKI ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

§ 1

1. Polityka zarządzania ryzykiem, zwana dalej „Polityką”, ma na celu zwiększenie prawdopodobieństwa osiągnięcia wyznaczonych celów i realizacji zadań w sposób oszczędny, efektywny i zgodny z prawem poprzez ograniczenie zagrożeń i wykorzystania szans w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej zwanej dalej „Akademią” lub „Uczelnią”.
2. Celem zarządzania ryzykiem w odniesieniu do głównych zadań Akademii jest:
 - 1) usprawnienie zarządzania Uczelnią,
 - 2) lepsze wykorzystanie zasobów finansowych i ludzkich oraz zapobieganie stratom finansowym,
 - 3) poprawianie jakości świadczenia usług i wykorzystanie dostępnych możliwości w realizacji celów i zadań,
 - 4) skuteczniejsze zarządzanie projektami, w tym ograniczenie niepowodzenia realizacji projektów,
 - 5) dostosowanie się do zmieniających się wymogów prawnych,
 - 6) ograniczenie możliwości niedostrzeżenia i niewykorzystania szans,
 - 7) ochrona zasobów informacyjnych Uczelni,
 - 8) zapewnienie, by mechanizmy kontrolne były proporcjonalne do ryzyka,
 - 9) wyeliminowanie możliwości wystąpienia nieetycznych zachowań, marnotrawstwa i oszustw,
 - 10) rozpoznanie obszarów nadmiernie kontrolowanych.
3. Działania podejmowane w ramach zarządzania ryzykiem są monitorowane i dokumentowane.
4. Zarządzanie ryzykiem stosuje się w szczególności do celów strategicznych i zadań wskazanych w planie działalności Uczelni na dany rok oraz podstawowych obszarów działalności Uczelni.

§ 2

1. Na ograniczenie ryzyka wpływa się poprzez zaprojektowanie i wdrożenie odpowiednich mechanizmów kontrolnych na podstawie wyników monitoringu poziomu ryzyka oraz jego oceny, jak i podjęcie działań naprawczych zmniejszających skutki zaistniałych negatywnych zdarzeń.
2. Polityka została opracowana przy uwzględnieniu specyficznych cech i uwarunkowań środowiskowych Uczelni.
3. Polityka stanowi narzędzie zarządzania dla kierownictwa Uczelni oraz wytyczne dla wszystkich pracowników Akademii.
4. Słownik najważniejszych pojęć użytych w Polityce został zamieszczony w Załączniku nr 1.1.

ROZDZIAŁ II

ZAKRES PODMIOTOWY POLITYKI ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

§ 3

Polityka ma zastosowanie do wszystkich jednostek organizacyjnych Akademii oraz wszystkich pracowników zatrudnionych w Uczelni.

§ 4

Polityka ma zastosowanie dla trzech poziomów zarządzania:

- 1) strategicznego,
- 2) operacyjnego,
- 3) projektu.

§ 5

Zarządzanie ryzykiem na każdym poziomie obejmuje sześć etapów:

- 1) identyfikację ryzyka, które może oddziaływać na realizację celów Uczelni,
- 2) ocenę istniejących środków wykorzystywanych do utrzymania ryzyka pod kontrolą - mechanizmów kontrolnych,
- 3) analizę i hierarchizację ryzyka wg siły oddziaływania i prawdopodobieństwa jego wystąpienia

- nia,
- 4) zdefiniowanie działań wymaganych do postępowania z ryzykiem nieakceptowalnym,
 - 5) wskazanie osób odpowiedzialnych za podjęcie działań zaradczych oraz ustalenie terminu, do którego należy podjąć działania,
 - 6) monitorowanie i składanie raportów dotyczących skuteczności wdrożonych mechanizmów kontrolnych.

ROZDZIAŁ III

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA REALIZACJĘ POLITYKI ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

§ 6

1. Za realizację Polityki na poziomie strategicznym odpowiada Rektor Uczelni. Swoje zadania Rektor realizuje poprzez:
 - 1) kształtowanie i wdrażanie polityki zarządzania ryzykiem oraz nadzór nad nią,
 - 2) identyfikację ryzyka, czynników ryzyka i ocenę ryzyka na poziomie strategicznym,
 - 3) zdefiniowanie obszarów działania Akademii, które będą poddawane procesowi analizy ryzyka,
 - 4) ocenę, czy zidentyfikowane ryzyko jest akceptowane,
 - 5) ogłaszanie i wdrażanie mechanizmów kontrolnych oraz monitorowanie skuteczności mechanizmów kontrolnych,
 - 6) wyznaczanie właścicieli ryzyka w fazie strategicznego zarządzania ryzykiem.
2. W proces identyfikacji ryzyka, czynników ryzyka i oceny ryzyka na poziomie strategicznym włączeni są prorektorzy, kanclerz, kwestor – zwani w dalszej części Polityki „kierownictwem Uczelni” – którzy odpowiadają za:
 - 1) identyfikację, hierarchizację i ocenę ryzyka, planowanie odpowiedzi na ryzyko oraz monitorowanie wdrożonych działań i ocenę ich efektywności,
 - 2) zapewnienie zgodności działań z zakresem polityki zarządzania ryzykiem,
 - 3) zapewnienie, aby podlegli pracownicy byli świadomi procesu zarządzania ryzykiem oraz brali udział w identyfikowaniu i zgłaszaniu ryzyka,
 - 4) identyfikację potrzeb szkoleniowych w zakresie zarządzania ryzykiem.
3. Rektor może przypisać odpowiedzialność za zarządzanie kluczowym ryzykiem – dotyczącym głównych celów Uczelni – właściwemu merytorycznie członkowi kierownictwa Uczelni lub innej osobie.
4. Rektor może powołać Zespół ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem, zwany dalej „Zespołem” i Pełnomocnika ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem, zwanego dalej „Pełnomocnikiem”, wpierających go w realizacji zadań określonych w ust. 1.
5. Do zadań Zespołu ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem należą:
 - 1) dokonywanie przeglądu regulacji wewnętrznych w poszczególnych obszarach działalności Uczelni,
 - 2) ocena funkcjonalna systemu kontroli zarządczej wraz ze wskazaniem jej słabości,
 - 3) przedstawianie Rektorowi propozycji usprawnień systemu kontroli zarządczej, w tym informacji o potrzebie aktualizacji bądź udoskonalenia regulacji i procedur oraz formularzy obowiązujących w tym zakresie w Uczelni,
 - 4) rekomendowanie propozycji nowych lub modyfikacja już funkcjonujących w Uczelni rozwiązań systemowo-organizacyjnych i zasad funkcjonowania systemu kontroli zarządczej,
 - 5) przedstawianie propozycji usprawnień i zmian mechanizmów kontrolnych dotyczących najistotniejszych zagrożeń związanych z działalnością Uczelni,
 - 6) analizowanie wyników procesu zarządzania ryzykiem i samooceny kontroli zarządczej,
 - 7) inicjowanie i wspieranie działań na rzecz kształtowania świadomości pracowników w zakresie kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem,
 - 8) wsparcie Kierownictwa Uczelni przy określaniu mierników do osiągnięcia celów strategicznych,
 - 9) współpraca z Pełnomocnikiem ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem.
6. Do zadań Pełnomocnika Rektora ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem należy w szczególności:

- 1) ścisła współpraca z Prorektorem ds. rozwoju,
- 2) kierowanie pracami i przewodniczenie Zespołowi ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem,
- 3) planowanie, organizowanie, zwoływanie i prowadzenie posiedzeń Zespołu,
- 4) ustalanie harmonogramu prac Zespołu,
- 5) występowanie do kierowników jednostek o udostępnienie informacji i dokumentów niezbędnych do prac Zespołu,
- 6) aktualizacja Procedur Kontroli Zarządczej i Polityki Zarządzania Ryzykiem,
- 7) analiza i prowadzenie zbiorczego rejestru ryzyk oraz przedstawianie do decyzji Rektora,
- 8) przekazywanie decyzji Rektora w sprawie dalszego postępowania z ryzykami wskazanym w rejestrze ryzyk właścicielom,
- 9) prowadzenie szkoleń dotyczących zarządzania ryzykiem,
- 10) współpraca z audytorem wewnętrznym w obszarze kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem.

§ 7

1. Na poziomie operacyjnym za zarządzanie ryzykiem odpowiadają prorektorzy, kanclerz, kvestor, dyrektorzy/kierownicy jednostek organizacyjnych. W zakresie zarządzania ryzykiem wykonują oni swoje obowiązki poprzez:
 - 1) identyfikację i udokumentowanie ryzyka oraz czynników ryzyka, które są istotne dla osiągnięcia celów operacyjnych, w odniesieniu do zdefiniowanych obszarów działania i w ramach kategorii ryzyka,
 - 2) ocenę istotności czynników ryzyka w odniesieniu do realizowanych celów, z uwzględnieniem prawdopodobieństwa oraz potencjalnych skutków ryzyka wywołanego tymi czynnikami,
 - 3) projektowanie działań zaradczych w zakresie swojego obszaru działalności lub zgłaszanie bezpośrednio przełożonemu—propozycji rozwiązań, które przyczynią się do ograniczenia ryzyka do poziomu akceptowalnego,
 - 4) monitoring poziomu ryzyka operacyjnego, w tym funkcjonowania mechanizmów kontrolnych pod kątem ich adekwatności i skuteczności, a także odstępstw od zasad określonych w wewnętrznych aktach normatywnych,
 - 5) zapewnienie zgodności działań z zakresem Polityki,
 - 6) zapewnienie, by podlegli pracownicy byli świadomi procesu zarządzania ryzykiem oraz brali udział w identyfikowaniu i zgłaszaniu ryzyka.

§ 8

Na poziomie projektu za zarządzanie ryzykiem odpowiada kierownik projektu. W zakresie zarządzania ryzykiem wykonuje on swoje obowiązki poprzez:

- 1) identyfikację czynników ryzyka właściwych dla realizowanego projektu,
- 2) zdefiniowanie ryzyka i jego ocenę, uwzględniającą prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnego zdarzenia oraz jego potencjalny efekt, przy uwzględnieniu istniejących mechanizmów kontrolnych,
- 3) zaprojektowanie mechanizmów kontrolnych ograniczających poziom ryzyka,
- 4) zgłaszanie Prorektorowi ds. Nauki istotnych utrudnień w realizacji projektu,
- 5) przekazywanie Prorektorowi ds. Nauki rejestru ryzyk do akceptacji,
- 6) prowadzenie Rejestru ryzyka projektu,
- 7) wdrażanie zaproponowanych mechanizmów minimalizujących prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka,
- 8) monitoring ryzyka projektu.

ROZDZIAŁ IV IDENTYFIKACJA I ANALIZA CZYNNIKÓW RYZYKA

§ 9

1. Identyfikacja i ocena ryzyka oraz czynników ryzyka dokonywana jest na poziomie strategicznym, operacyjnym oraz projektu.
2. Przyjęto, iż identyfikacja i ocena czynników ryzyka odbywa się w odniesieniu do zidentyfikowanych na poziomie strategicznym obszarów działania i kategorii ryzyk, wymienionych w Załączniku nr 1.2 do Polityki.

3. Wykaz obszarów i kategorii ryzyk podlega aktualizacji, bez konieczności dokonywania zmian w Polityce.
4. W ramach identyfikacji ryzyka zdefiniowano kategorie ryzyka, przyporządkowując im charakterystyczne dla Uczelni czynniki ryzyka (Załącznik nr 1.3).
5. Czynniki ryzyka w ramach kategorii mogą podlegać w wyniku procesu identyfikacji, rozbudowaniu lub modyfikacji bez konieczności dokonywania zmian w Polityce.
6. Proces identyfikacji i analizy czynników ryzyka odbywa się przynajmniej raz w roku.

§ 10

1. Na poziomie operacyjnym za identyfikację dodatkowych czynników ryzyka, w ramach kategorii, odpowiadają osoby wskazane w § 7 ust 1, przewodniczący komisji senackich oraz osoby zatrudnione na samodzielnych stanowiskach.
2. Przewodniczący komisji senackiej mogą wyznaczyć spośród członków komisji osobę odpowiedzialną za wykonywanie czynności wskazanych w ust. 1.
3. Dokumentowanie wyników identyfikacji dodatkowych czynników ryzyka odbywa się wg zasad określonych w Rozdziale V.
4. W identyfikacji czynników ryzyka na poziomie operacyjnym mają prawo brać udział wszyscy pracownicy Uczelni.
5. Pracownicy Akademii w zakresie powierzonych zadań są w szczególności zobowiązani do informowania swojego przełożonego o wszelkich zdarzeniach, które mogą doprowadzić do wystąpienia negatywnych skutków w działalności Uczelni, w tym o istotnych zmianach zidentyfikowanego ryzyka lub o potencjalnych nowych ryzykach.
6. Pracownicy Uczelni zgłaszają przełożonym odstępstwa od obowiązujących zasad zawartych w wewnętrznych aktach normatywnych.
7. Zasady zgłaszania przez pracowników incydentów lub odstępstw od zasad określają we własnym zakresie dyrektorzy/kierownicy jednostek organizacyjnych.
8. Dyrektorzy/kierownicy jednostek organizacyjnych przesyłają do Pełnomocnika drogą mailową informację na temat nowych istotnych czynników ryzyka, które zostały wyłonione w procesie monitorowania.
9. Dyrektorzy/kierownicy jednostek organizacyjnych w ramach swoich uprawnień mogą opracować dodatkowe zasady wewnętrzne identyfikacji i dokumentowania czynników ryzyka.

§ 11

1. Identyfikacja czynników ryzyka i ryzyka dla projektu (z perspektywy Akademii) dokonywana jest na etapie wniosku o akceptację projektu oraz w każdym czasie, gdy nastąpi zmiana ryzyka już zidentyfikowanego lub wystąpią nowe ryzyka.
2. Dokumentowanie procesu identyfikacji, analizy i zarządzania ryzykiem odbywa się wg procedury określonej w Rozdziale V.

§ 12

Kierownictwo Uczelni oraz Pełnomocnik ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem mogą identyfikować dodatkowe czynniki ryzyka nieuwzględnione w procesie identyfikacji na poziomie operacyjnym.

§ 13

1. Każdy czynnik ryzyka podlega analizie pod kątem jego wpływu na osiąganie przez Akademię założonych celów.
2. Przy ocenie istotności czynnika ryzyka należy wziąć pod uwagę siłę oddziaływania ryzyka (skutki, jakie są generowane przez dane ryzyko) i stopień prawdopodobieństwa wystąpienia negatywnych zdarzeń.
3. Przy ocenie skutków należy wziąć pod uwagę zarówno skutki finansowe, jak i niefinansowe, tj. utratę reputacji, konsekwencje prawne, w tym karno-skarbowe, utratę szansy, opóźnienia, obniżenie jakości pracy i inne.
4. Ocena siły oddziaływania czynnika ryzyka, polega na przyznaniu każdemu czynnikowi w ramach obszaru punktacji od 1 do 4, gdzie 1 oznacza małą (m) siłę oddziaływania czynnika,

2 średnią (ś), 3 dużą (d), a 4 – bardzo dużą (bd) zgodnie z poniższą tabelą.

Tabela nr 1

SKALA SIŁY ODDZIAŁYWANIA RYZYKA	
Punktacja siły	Siła oddziaływania
1 Mała (m)	<p>kryterium legalności: brak naruszeń prawa i procedur;</p> <p>kryterium skuteczności: ewentualne zakłócenia nie mają wpływu na realizację i osiągnięcie celów;</p> <p>kryterium odporności: ewentualne skutki są neutralizowane przez istniejące mechanizmy kontrolne;</p> <p>kryterium reputacji: nie występuje zagrożenie utraty dobrego wizerunku;</p> <p>kryterium finansowe: nie przewiduje się wystąpienia straty finansowej, dodatkowych kosztów – bądź nieznaczne do 3% budżetu;</p>
2 Średnia (ś)	<p>kryterium legalności: mogą, ale nie muszą nastąpić naruszenia procedur, które nie powodują naruszenia przepisów i umów;</p> <p>kryterium skuteczności: średnie zakłócenia pracy; potencjalne zagrożenia mogą doprowadzić do niewykonania celu lub zadania;</p> <p>kryterium odporności: istniejące mechanizmy kontrolne tylko w pewnym stopniu mogą ograniczyć skutki ewentualnych zakłóceń;</p> <p>kryterium reputacji: średnie zagrożenie utraty dobrego wizerunku, ograniczone do skali miasta;</p> <p>kryterium finansowe: strata od 3% do 5%;</p>
3 Duża (d)	<p>kryterium legalności: mogą, ale nie muszą nastąpić naruszenia prawa, umów, które nie skutkują dalszymi konsekwencjami;</p> <p>kryterium skuteczności: poważne zakłócenia pracy; mogą doprowadzić do niewykonania celu lub zadania cyklicznie (zagrożenie stałe);</p> <p>kryterium odporności: niska skuteczność istniejących mechanizmów kontrolnych;</p> <p>kryterium reputacji: wysokie zagrożenie utraty dobrego wizerunku, oddziaływanie poza obszar miasta;</p> <p>kryterium bezpieczeństwa: zagrożenie zdrowia ludzi;</p> <p>kryterium finansowe: strata od 5% do 10%;</p>
4 Bardzo duża (bd)	<p>kryterium legalności: naruszenie prawa i umów, które skutkują dalszymi konsekwencjami;</p> <p>kryterium skuteczności: olbrzymie zakłócenia pracy; zagrożenia spowodują brak zachowania ciągłości procesów działania; utrzymania funkcjonalności systemów niezbędnych do wykonywania podstawowych celów; brak osiągnięcia kluczowych celów lub zadań;</p> <p>kryterium odporności: brak odpowiednich mechanizmów kontrolnych lub istniejące mechanizmy okazują się nieskuteczne;</p> <p>kryterium reputacji: bardzo wysokie zagrożenie związane z utratą dobrego wizerunku; oddziaływanie na terenie całego kraju;</p> <p>kryterium bezpieczeństwa: zagrożenie życia ludzi;</p> <p>kryterium finansowe: strata powyżej 10% lub i utrata znaczącego majątku;</p>

- Przy ocenie prawdopodobieństwa wystąpienia negatywnego zdarzenia brane są pod uwagę istniejące mechanizmy kontrolne, ich skuteczność i poziom wdrożenia.
- Przy ocenie prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka stosuje się skalę 4 stopniową, gdzie 1 oznacza prawdopodobieństwo niskie (n), 2 - średnie (śr), 3 - wysokie (w), 4 - bardzo wysokie (bw) zgodnie z poniższą tabelą.

Tabela nr 2

SKALA PRAWDOPODOBIEŃSTWA WYSTĄPIENIA RYZYKA

Punktacja prawdopodobieństwa	Prawdopodobieństwo wystąpienia
<p style="text-align: center;">1 Niskie (n)</p>	<p>kryterium częstotliwości: ryzyko tego typu jeszcze nigdy nie wystąpiło lub wystąpiło 1 raz w okresie ostatnich 3 lat; ryzyko prawdopodobnie nie wystąpi lub może wystąpić w zupełnie wyjątkowych sytuacjach; kryterium liczby uczestników: przy realizacji danego celu/zadania nie współpracuje się z innymi jednostkami/komórkami lub współpracuje się z małą (1 lub 2) jednostkami/komórkami; kryterium stabilności: w ostatnich 3 latach obszar/proces nie podlegał lub podlegał w minimalnym stopniu zmianom technologicznym, organizacyjnym i kadrowym; kryterium wpływu na zasady realizacji: objęty obszar/proces uregulowany jest wyłącznie regulacjami wewnętrznymi;</p>
<p style="text-align: center;">2 Średnie (śr)</p>	<p>kryterium częstotliwości: ryzyko tego typu wystąpiło do tej pory 2 razy w okresie ostatnich 3 lat; kryterium liczby uczestników: przy realizacji danego celu/zadania współpracuje się z dużą liczbą (co najmniej 3) jednostek/komórek; kryterium stabilności: obszar/proces podlegał zmianom technologicznym, organizacyjnym i kadrowym, które zakończyły się ponad rok temu; kryterium wpływu na zasady realizacji: objęty obszar/proces uregulowany jest w małym stopniu regulacjami zewnętrznymi, które mogły w ostatnim czasie podlegać pewnym zmianom;</p>
<p style="text-align: center;">3 Wysokie (w)</p>	<p>kryterium częstotliwości: ryzyko tego typu 3 razy w okresie ostatnich 3 lat; istnieje wysokie prawdopodobieństwo na wystąpienie tego ryzyka; kryterium liczby uczestników: obszar/proces wymaga współpracy z dużą liczbą jednostek/komórek (więcej niż 3) lub/i podmiotami zewnętrznymi; kryterium stabilności: obszar/proces podlegał zmianom technologicznym, organizacyjnym i kadrowym w ciągu ostatniego roku, z których część może wymagać poprawek i działań dostosowawczych; kryterium wpływu na zasady realizacji: obszar/proces objęty jest dużą liczbą regulacji prawnych (zewnętrznych i wewnętrznych), które w ostatnim roku podległy istotnym zmianom;</p>
<p style="text-align: center;">4 Bardzo wysokie (bw)</p>	<p>kryterium częstotliwości: ryzyko tego typu wystąpiło więcej niż 3 razy w okresie ostatnich 3 lat; istnieje bardzo wysokie prawdopodobieństwo na wystąpienie tego ryzyka; kryterium liczby uczestników: obszar/proces wymaga współpracy z bardzo dużą liczbą jednostek/komórek (więcej niż 10) lub/i podmiotami, jednostkami zewnętrznymi; kryterium stabilności: obszar/proces podlegał zmianom technologicznym, organizacyjnym i kadrowym w ostatnim roku, albo obszar podlega częstym zmianom tego typu bądź jest w trakcie zmiany; kryterium wpływu na zasady realizacji: obszar/proces objęty jest dużą liczbą regulacji prawnych (zewnętrznych i wewnętrznych), które w ostatnim roku podległy istotnym zmianom lub/i które zmieniają się w ciągu najbliższego roku.</p>

7. Iloczyn siły oddziaływania ryzyka i prawdopodobieństwa jego wystąpienia jest podstawą do obliczenia istotności ryzyka zgodnie z Mapą ryzyka.

Tabela nr 3

MAPA RYZYKA					
Siła oddziaływania ryzyka	Bardzo duża (4)	4	8	12	16
	Duża (3)	3	6	9	12
	Średnia (2)	2	4	6	8
	Miała (1)	1	2	3	4
		Niskie (1)	Średnie (2)	Wysokie (3)	Bardzo wysokie (4)
Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka					

Matryca ryzyka określająca istotność ryzyka:

Kolor	zielony	żółty	pomarańczowy	czerwony
Poziom ryzyka	niski (akceptowalny)	średni	wysoki	bardzo wysoki (nieakceptowany)

8. Na podstawie przeprowadzonej identyfikacji i oceny ryzyk, w celu ustalenia ich ważności dla realizowanych celów i zadań, dokonuje się oceny istotności ryzyk.
9. Matryca ryzyka jest graficzną prezentacją wyników szacowania ryzyka i służy do ustalenia hierarchii ewentualnych działań mających na celu zmniejszenie istotności ryzyka. Zgodnie z Matrycą ryzyka w Rejestrze ryzyk zidentyfikowane ryzyka są porządkowane w kolejności od poziomu największego do najmniejszego.
10. Przyjęto czterostopniową skalę oceny istotności ryzyka:
 - 1) poziom niski – kolor zielony (wartość istotności 1-3),
 - 2) poziom średni – kolor żółty (wartość istotności 4, 6),
 - 3) poziom wysoki – kolor pomarańczowy (wartość istotności 8, 9),
 - 4) poziom bardzo wysoki – kolor czerwony (wartość istotności 12, 16).
11. Czynniki ryzyka zdefiniowane na poziomie strategicznym i wymienione w Karcie identyfikacji i analizy ryzyka, a nieistotne z punktu widzenia oceniającego, nie są umieszczane w Rejestrze ryzyk strategicznych.

§ 14

1. Identyfikacja i analiza ryzyka oraz czynników ryzyka na poziomie projektu polega na przypisaniu każdemu zidentyfikowanemu ryzyku oceny jego prawdopodobieństwa i oceny potencjalnych skutków, w skali od 1 do 4, gdzie 1 oznacza niską ocenę, a 4 bardzo wysoką, a następnie oszacowania istotności ryzyka.
2. Wyniki analizy dokumentowane są zgodnie z procedurą określoną w Rozdziale V.
3. Wyniki uzyskane z analizy ryzyka podlegają dalszej analizie pod kątem możliwości ograniczenia ryzyka.

§ 15

1. Za proces analizy ryzyka na poziomie operacyjnym odpowiadają osoby wskazane w § 7 ust 1 oraz osoby zatrudnione na samodzielnych stanowiskach.
2. Proces analizy ryzyka przeprowadzany przez kierownictwo Uczelni dokonywany jest po wykonaniu i udokumentowaniu analizy na szczeblu operacyjnym w podległych jednostkach.
3. Kierownictwo Uczelni dokonuje oceny istotności czynników ryzyka, według zasad określonych w § 13, przy czym w Rejestrze ryzyk umieszczane są tylko te czynniki, które według oceniającego mają znaczenie dla funkcjonowania Uczelni jako całości i osiągnięcia wytyczonych celów.
4. Wyniki analizy dokumentowane są zgodnie z procedurą określoną w Rozdziale V.

ROZDZIAŁ V DOKUMENTOWANIE I RAPORTOWANIE PROCESU ZARZĄDZANIA RYZYKIEM I OBIEG DOKUMENTÓW

§ 16

1. Dokumentowanie procesu identyfikacji i analizy ryzyka na szczeblu strategicznym dokonywane jest przez Kierownictwo Uczelni po zatwierdzeniu Planu działalności na kolejny rok,

- przy użyciu Karty identyfikacji i analizy ryzyka stanowiącej Załącznik nr 1.4.
2. Dokument, o którym mowa w ust. 1, wypełniany jest w wersji pisemnej i dokumentowej i jest przekazywany Pełnomocnikowi ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem, nie później niż do 15 listopada każdego roku na kolejny rok.
 3. Pełnomocnik ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem opracowuje zestawienie zbiorcze – Rejestr ryzyk strategicznych, ujednolicając i kumulując ryzyka istotne zgodnie z Załącznikiem nr 1.6.
 4. Rejestr ryzyk jest konsultowany z Zespołem ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem i przedstawiany Rektorowi Uczelni.
 5. Ocena ryzyk wykazanych w rejestrze w zakresie akceptowalności oraz decyzja odnośnie na działań zaradczych jest dokonywana przez Rektora.
 6. Rejestr ryzyk z decyzją Rektora jest przekazywany właścicielom ryzyk oraz zamieszczany w Intranecie do 30 listopada.
 7. W przypadku ryzyk, w odniesieniu do których Rektor podjął decyzję o braku akceptacji i wyznaczył działania zaradcze, właściciele tych ryzyk zobowiązani są do przygotowania sprawozdania z zarządzania ryzykiem nieakceptowanym zgodnie z Załącznikiem nr 1.8 do Polityki.
 8. Dokument, o którym mowa w ust. 7, wypełniany jest w wersji pisemnej i dokumentowej i jest przekazywany Pełnomocnikowi ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem, nie później niż do 15 lipca.
 9. W ramach półrocznej aktualizacji Rejestru ryzyk kierownicy/właściciele ryzyka zobowiązani są do przeprowadzenia ponownej oceny ryzyk zidentyfikowanych w odniesieniu do wszystkich przypisanych im celów a także innych celów realizowanych w danym roku w terminie do 15 lipca.
 10. W przypadku zaistnienia nowego ryzyka lub zmiany istotności zidentyfikowanego wcześniej ryzyka Pełnomocnik dokonuje aktualizacji zbiorczego Rejestru ryzyk na podstawie Karty identyfikacji i analizy ryzyka przekazanej przez właściciela ryzyka.

§ 17

1. Dokumentowanie procesu identyfikacji i analizy ryzyka na szczeblu operacyjnym odbywa się z wykorzystaniem Karty identyfikacji i analizy ryzyka stanowiącej Załącznik nr 1.4.
2. Dokument, o którym mowa w ust. 1, wypełniany jest na poziomie operacyjnym w dwóch egzemplarzach i podlega akceptacji odpowiednio: dyrektora/kierownika jednostki, a następnie kierownika pionu.
3. Jeden egzemplarz dokumentu określonego w ust. 1 w wersji pisemnej i dokumentowej jest przekazywany Pełnomocnikowi ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem, nie później niż do 15 listopada każdego roku na kolejny rok, drugi jest przechowywany w jednostce.
4. Pełnomocnik ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem opracowuje zestawienie zbiorcze, ujednolicając i kumulując powtarzające się czynniki ryzyka.
5. Ryzyka o średnim, wysokim i bardzo wysokim poziomie istotności Pełnomocnik umieszcza w Rejestrze ryzyk operacyjnych (Załącznik nr 1.6), a następnie podejmowane są kroki opisane w § 16 ust. 4-8.

§ 18

1. Proces analizy ryzyka i udokumentowanie wyników na szczeblu projektu odbywa się przed rozpoczęciem projektu oraz w każdym przypadku, gdy nastąpi zmiana ryzyka.
2. Wyniki identyfikacji ryzyka i czynników ryzyka dokumentowane są przez kierownika projektu z wykorzystaniem Karty identyfikacji i analizy ryzyka stanowiącej Załącznik nr 1.5 i zatwierdzane przez Prorektora ds. Nauki.
3. Ryzyka o średnim, wysokim i bardzo wysokim poziomie istotności kierownik projektu umieszcza w Rejestrze ryzyk projektu zgodnie z Załącznikiem nr 1.7.
4. Po akceptacji przez Prorektora ds. Nauki jeden egzemplarz dokumentu określonego w ust. 3 w wersji pisemnej i dokumentowej jest przekazywany Pełnomocnikowi ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem, drugi jest przechowywany w dokumentacji projektu.
5. Ryzyka projektu są oceniane w zakresie akceptowalności przez Rektora. W przypadku ryzyka o średnim, wysokim i bardzo wysokim poziomie są określone i wdrożone sposoby postępowania z ryzykiem.
6. Za dokumentowanie procesu identyfikacji i analizy ryzyka na poziomie projektu odpowiada

- kierownik projektu.
7. Proces dokumentowania ryzyka projektu i postępowania z nim może być prowadzony w inny sposób niż opisano w niniejszym dokumencie, jeżeli określone zostało to w wymaganiach projektu.

ROZDZIAŁ VI ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

§ 19

1. Po udokumentowaniu procesu identyfikacji i analizy ryzyka na poziomie operacyjnym oraz przez kierownictwo Uczelni, Rektor Akademii ocenia, czy ryzyko jest akceptowalne, z punktu widzenia strategicznego, z uwzględnieniem sytuacji Uczelni, wielkości kosztów ograniczenia danego ryzyka oraz możliwości wpływu na ryzyko. Ocena jest odnotowywana w Rejestrze ryzyk.
2. Przyjęto następujące podstawowe zasady postępowania z ryzykiem w zależności od poziomu ryzyka:
 - 1) **niski** – ryzyko akceptowalne, należy je monitorować i w miarę potrzeby sprawdzać, czy ryzyko jest prawidłowo kontrolowane;
 - 2) **średni** – może wywierać wpływ na działalność Uczelni, należy monitorować, rozważyć potrzebę działań zaradczych i wprowadzenie dodatkowych mechanizmów kontrolnych, mając na uwadze koszty wprowadzenia kontroli.
 - 3) **wysoki** – może wpłynąć na kluczową działalność Uczelni, wymaga wprowadzenia przez kierownictwo działań zaradczych i uzupełnienia wewnętrznych mechanizmów kontrolnych, które ograniczą prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych zdarzeń;
 - 4) **bardzo wysoki** – stanowi poważne zagrożenie dla kluczowej działalności Uczelni lub osiągnięcia przez nią celów działania. Potrzebne jest natychmiastowe działanie, np. poprzez wprowadzenie silnych mechanizmów kontrolnych. Podlega ciągłemu monitoringowi, nie może być tolerowane. Kierownictwo lub kierownik projektu zobowiązani są do zaprojektowania mechanizmów ograniczających poziom ryzyka wysokiego.
3. Rektor ma prawo podjąć decyzję o akceptacji każdego poziomu ryzyka i niepodjęciu działań zaradczych w formie adnotacji „akceptuję”.
4. W Uczelni przyjmuje się następujące sposoby postępowania z ryzykiem na poziomie średnim, dużym i bardzo dużym:
 - 1) monitorowanie – polega na sprawdzaniu czy poziom istotności ryzyka nie uległ zwiększeniu oraz analizie mechanizmów kontrolnych pod kątem efektywności,
 - 2) tolerowanie ryzyka – w przypadku, gdy istnieją określone trudności w przeciwdziałaniu ryzyku, a także gdy koszty podjętych działań mogą przekroczyć przewidywane korzyści,
 - 3) transfer – przeniesienie na inną instytucję, np. poprzez ubezpieczenie,
 - 4) przeciwdziałanie – działania pozwalające na ograniczenie ryzyka do akceptowalnego poziomu, np. dzięki wzmocnieniu mechanizmów kontrolnych (poprzez wewnętrzne akty normatywne, procedury, wytyczne, nadzór itd.) wbudowanych w realizowane procesy,
 - 5) przesunięcie w czasie (wycofanie się) – zawieszenie działań rodzących zbyt duże ryzyko
 - 6) podjęcie dodatkowego ryzyka w celu wykorzystania szans i możliwości.
5. Decyzję o sposobie postępowania z ryzykiem podejmuje Rektor. Decyzja jest odnotowywana w rejestrze ryzyk.

§ 20

1. W wyniku przeprowadzonej analizy ryzyka, Rektor Uczelni wyznacza właścicieli ryzyk, na podstawie propozycji przedstawionej przez Pełnomocnika ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem. Wyznaczony właściciel ryzyka jest wskazany w Rejestrze ryzyk.
2. Pełnomocnik ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem sporządza wyciągi z arkusza, o którym mowa w ust. 1 i rozsyła do właścicieli ryzyk.
3. W stosunku do każdego czynnika ryzyka, który wywołuje ryzyko nieakceptowane przez Rektora, są planowane i wdrażane/zlecane odpowiednie działania zaradcze.
4. Dyrektorzy/kierownicy jednostek organizacyjnych na bieżąco podejmują działania zaradcze

także w odniesieniu do ryzyk wynikających z odstępstw od obowiązujących zasad.

§ 21

1. Zarządzanie ryzykiem projektu polega na wskazaniu lub zaprojektowaniu i wdrożeniu mechanizmów kontrolnych ograniczających ryzyko projektu.
2. Rektor określa, czy zidentyfikowane ryzyka projektu są akceptowane oraz ustala zasady postępowania z ryzykiem.

ROZDZIAŁ VII MONITOROWANIE RYZYKA I NADZÓR

§ 22

1. W Akademii proces monitorowania ryzyka jest procesem ciągłym, realizowanym przez kierowników jednostek na każdym szczeblu zarządzania.
2. Kierownictwo Uczelni wspiera działania pracowników przyjmujących odpowiedzialność za ryzyko.
3. Dyrektorzy/kierownicy jednostek organizacyjnych prowadzą monitoring funkcjonowania mechanizmów kontrolnych pod kątem ich adekwatności i skuteczności.
4. Za działania mające na celu sprawny monitoring procesu identyfikacji, analizy i zarządzania ryzykiem na szczeblu strategicznym odpowiada kierownictwo Uczelni.
5. W trakcie trwania projektu, kierownik projektu monitoruje zidentyfikowane czynniki ryzyka oraz mechanizmy kontrolne pod kątem ich efektywności, dokonując na bieżąco oceny ryzyka i jego skutków.
6. Wprowadza się system wdrażania procesu zarządzania ryzykiem, poprzez zapoznanie wszystkich pracowników z niniejszą Polityką.

§ 23

Pracownicy zobowiązani są do przestrzegania zasad określonych w Polityce.

§ 24

1. Niezależną ocenę procesu zarządzania ryzykiem w Akademii przeprowadza Audytor Wewnętrzny, zgodnie z zasadami określonymi odrębnymi przepisami.
2. Ocenę procesu zarządzania ryzykiem mogą przeprowadzić również audytorzy zewnętrzni.

ROZDZIAŁ VIII AKTUALIZACJA POLITYKI ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

§ 28

1. Polityka zarządzania ryzykiem i procedury zarządzania ryzykiem podlegają raz na rok przeglądom dokonywanym w celu ich aktualizacji.
2. Projekty aktualizacji Polityki oraz procedur zarządzania ryzykiem przygotowuje Pełnomocnik ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem.
3. Każda aktualizacja polityki zarządzania ryzykiem podlega akceptacji Rektora Uczelni.

REKTOR
dr hab. Barbara Marcinkowska, prof. APS