

Zarządzenie nr 170/2024

Rektora Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

z dnia 13.12.2024 r.

**w sprawie wprowadzenia Polityki kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem
w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku**

Na podstawie § 21 ust. 1 pkt 2 Statutu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w związku z art. 69 ust. 1 pkt 3) ustawy o finansach publicznych z dnia 29 sierpnia 2009 r. (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1270 ze zm.) oraz Komunikatu nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF z 2009 r., nr 15, poz. 84), zarządzam, co następuje:

§ 1

1. Zarządzenie wprowadza Politykę kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.
2. Podstawę prawną systemu kontroli zarządczej w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku stanowią w szczególności:
 - 1) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
 - 2) Ustawa dnia z 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych;
 - 3) Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 września 2010 r. w sprawie planu działalności i jego wykonania;
 - 4) Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie wzoru oświadczenia o stanie kontroli zarządczej;
 - 5) Komunikat nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych;
 - 6) Komunikat nr 3 Ministra Finansów z dnia 16 lutego 2011 r. w sprawie szczegółowych wytycznych w zakresie samooceny kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych;
 - 7) Komunikat nr 6 Ministra Finansów z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem.

§ 2

Ilekcję w Zarządzeniu jest mowa o:

- 1) **analizie ryzyka** – należy przez to rozumieć określenie prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka i możliwych jego skutków;
- 2) **czynniku ryzyka** – należy przez to rozumieć działanie, zdarzenie lub zaniechanie o charakterze wewnętrznym lub zewnętrznym, które może spowodować wystąpienie ryzyka;
- 3) **identyfikacji ryzyka** – należy przez to rozumieć proces rozpoznawania potencjalnego ryzyka, jego czynników oraz następstw;
- 4) **mechanizmie kontrolnym** – należy przez to rozumieć element systemu kontroli stanowiący odpowiedź na ryzyko, w szczególności jest to: regulamin, procedura, metodyka, środki fizyczne lub działania, mające na celu ograniczenie wystąpienia ryzyka lub ograniczenie jego skutków;
- 5) **obszar ryzyka** – to obszar, w którym występują istotne z punktu widzenia Uczelni czynniki ryzyka;
- 6) **ocenie ryzyka** – należy przez to rozumieć iloczyn wagi prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka oraz wagi oddziaływania ryzyka;
- 7) **oddziaływaniu (wpływie) ryzyka** – należy przez to rozumieć możliwe skutki, po uwzględnieniu istniejących mechanizmów kontrolnych, negatywnie wpływające na realizację celów i zadań
- 8) **planie naprawczym** – należy przez to rozumieć metodę przeciwdziałania wystąpieniu ryzyka nieakceptowalnego i/lub mającą na celu zredukowanie istotności ryzyka do poziomu akceptowalnego;
- 9) **poziomie ryzyka** – należy przez to rozumieć wielkość ryzyka klasyfikowana w skali kilkustopniowej;
- 10) **prawdopodobieństwu wystąpienia ryzyka** – należy przez to rozumieć oszacowanie możliwości zaistnienia ryzyka;
- 11) **reakcji na ryzyko** – należy przez to rozumieć określenie sposobu postępowania z ryzykiem;
- 12) **rejestrze ryzyka** - należy przez to rozumieć formę udokumentowania analizy ryzyka stanowiącą zbiór zidentyfikowanych ryzyk, mających istotny wpływ na realizację celów i zadań; zawiera w szczególności opis i ocenę ryzyka, wskazanie właściciela ryzyka, sposób reakcji na ryzyko oraz wskazanie mechanizmów kontrolnych;
- 13) **ryzyku** – należy przez to rozumieć potencjalne zdarzenie, które negatywnie wpłynie na osiągnięcie celów i zadań lub powodujące odchylenie od oczekiwanych wyników;

- 14) **ryzyku akceptowalnym** – należy przez to rozumieć poziom ryzyka uznany za niestanowiący zagrożenia dla realizowanego celu i zadania, dla którego nie jest wymagane podejmowanie działań korygujących;
- 15) **ryzyku nieakceptowalnym** – należy przez to rozumieć poziom ryzyka uznany za stanowiący zagrożenie dla realizowanego celu i zadania, dla którego wymaga się wdrożenia planów naprawczych;
- 16) **samoocenie** - należy przez to rozumieć formalny proces, który umożliwi dokonanie przeglądu istniejących elementów kontroli zarządczej pod względem adekwatności, celem proponowania i wdrażania ulepszeń w istniejącym systemie;
- 17) **standardach kontroli zarządczej** – należy przez to rozumieć standardy kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych, stanowiące załącznik do komunikatu nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych;
- 18) **Strategii UMB**– należy przez to rozumieć uchwaloną przez Senat Strategię Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w której określono misję, cele strategiczne i kierunek działania dla określonej perspektywy czasowej;
- 19) **systemie kontroli** – należy przez to rozumieć ogół funkcjonujących w Uczelni mechanizmów kontrolnych składających się na dokumentację kontroli zarządczej;
- 20) **Uczelni, UMB** – należy przez to rozumieć Uniwersytet Medyczny w Białymstoku;
- 21) **właścicielu ryzyka** – należy przez to rozumieć osobę zarządzającą ryzykiem, odpowiedzialną za identyfikację oraz ocenę ryzyka oraz zapewnienie, że dane ryzyko jest zarządzane i monitorowane, posiadającą kompetencje do przygotowania planów naprawczych w ramach powierzonego zakresu zadań;
- 22) **zarządzaniu ryzykiem** – należy przez to rozumieć skoordynowane działania, które poprzez identyfikację i analizę ryzyka oraz określanie adekwatnych reakcji na ryzyko zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia celów i realizacji zadań, a także działania podejmowane w celu wyeliminowania lub zmniejszenia istotności ryzyka oraz obniżenia ryzyka do poziomu akceptowalnego przy uwzględnieniu kosztów działania oraz zabezpieczenia się w racjonalny sposób przed jego skutkami;
- 23) **zdarzeniu** – należy przez to rozumieć incydent świadczący o wystąpieniu czynnika ryzyka, wpływający na realizację celów i zadań.

POSTANOWIENIA OGÓLNE – STANDARDY KONTROLI ZARZĄDCZEJ

DEFINICJA KONTROLI ZARZĄDCZEJ

§ 3

Kontrolę zarządczą stanowi ogół działań podejmowanych przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku we wszystkich rodzajach jego aktywności, które są konieczne dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy. Kontrola zarządcza stwarza podstawy efektywnego zarządzania, dostarcza niezbędnych informacji do podejmowania decyzji związanych z zarządzaniem, sygnalizuje naruszenie prawa, zaniedbania i nieprawidłowości, ewentualne nadużycia i inne uchybienia. Cele i zadania Uczelni osiągnane są w sposób zgodny z obowiązującymi aktami prawnymi, Statutem, Uchwałami Rady Uczelni, Uchwałami Senatu oraz zarządzeniami Rektora i zarządzeniami Kanclerza.

CELE KONTROLI ZARZĄDCZEJ

§ 4

1. Celem kontroli zarządczej jest zapewnienie:
 - 1) zgodności działalności z przepisami prawa oraz wewnętrznymi aktami normatywnymi,
 - 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.
2. System kontroli zarządczej opiera się i uwzględnia warunki prawne, organizacyjne, kadrowe i finansowe, w jakich funkcjonuje Uczelnia. Dostarcza Rektorowi racjonalnego zapewnienia że cele Uczelni są realizowane w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.

ELEMENTY KONTROLI ZARZĄDCZEJ

§ 5

1. W ramach wykonywania kontroli zarządczej w Uczelni stosuje się procedury i wytyczne, określone zgodnie ze standardami odpowiadającymi poszczególnym elementom kontroli zarządczej, obejmujących:
 - 1) środowisko wewnętrzne,
 - 2) cele i zarządzanie ryzykiem,
 - 3) mechanizmy kontroli,
 - 4) informacja i komunikacja,
 - 5) monitorowanie i ocena.
2. Kontrola zarządcza w Uczelni jest wykonywana w oparciu o określone przez Ministra Finansów standardy kontroli zarządczej, o których mowa w komunikacie nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych.

ŚRODOWISKO WEWNĘTRZNE

§ 6

Środowisko wewnętrzne, stanowiące podstawę dla wszystkich pozostałych elementów składających się na system kontroli zarządczej, dotyczy działań w zakresie:

- 1) przestrzegania wartości etycznych,
- 2) zapewnienia odpowiednich kompetencji pracownikom Uczelni,
- 3) zapewnienia struktury organizacyjnej adekwatnej do celów i zadań Uczelni,
- 4) delegowania uprawnień osobom zarządzającym oraz pracownikom.

§ 7 [Przestrzeganie wartości etycznych]

1. Pracownicy Uczelni powinni charakteryzować się wysokim poziomem osobistej i zawodowej uczciwości, zapewniającym osiągnięcie wyznaczonych celów.
2. Kierownicy i dyrektorzy jednostek organizacyjnych administracji i jednostek ogólnouczelnianych i inne osoby zarządzające powinny wspierać i promować przestrzeganie wartości etycznych w Uczelni, dając dobry przykład swoim postępowaniem i podejmowanymi decyzjami.

3. Wartości etyczne powinny być brane pod uwagę podczas przeprowadzanych w Uczelni wyborów organów kolegialnych i jednoosobowych, przy okresowych ocenach pracowników, a także przy zatrudnianiu pracowników.
4. Pracownicy powinni być świadomi konsekwencji wynikających z nieetycznego zachowania lub działań niezgodnych z prawem.
5. Władze Uczelni poprzez powołane komisje identyfikują przestanki zachowań nieetycznych i podejmują działania zaradcze.

§ 8 [Kompetencje zawodowe]

1. Pracownicy powinni posiadać taki poziom wiedzy, umiejętności i doświadczenia, który pozwoli im na skuteczne i efektywne wypełnianie powierzonych zadań i obowiązków, a także rozumienie znaczenia kontroli zarządczej.
2. Wszyscy pracownicy, niebędący nauczycielami akademickimi otrzymują, od bezpośredniego przełożonego, zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności. Zakres jest precyzyjnie określony oraz odpowiedni do wagi podejmowanych decyzji i ryzyka z nimi związanego. Przyjęcie zakresu czynności pracownik potwierdza podpisem.
3. Kierownicy i dyrektorzy jednostek organizacyjnych administracji i jednostek ogólnouczelnianych odpowiedzialni są za aktualizację zakresu czynności pracowników, który następnie przekazują do Działu Spraw Pracowniczych.
4. Aktualizacja kwalifikacji pracowników odbywa się poprzez realizację szkoleń niezbędnych dla prawidłowej realizacji powierzonych im zadań. Pracownicy uczestniczą w szkoleniach, dbają o ciągle podnoszenie umiejętności związanych z powierzonymi zadaniami.
5. Pracownicy podlegają okresowej ocenie, zgodnie z zasadami określonymi w Statucie, uchwałach Senatu lub zarządzeniu Rektora.
6. Regulamin pracy ustala organizację i porządek w miejscu pracy oraz związane z tym prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników.
7. Dział Spraw Pracowniczych ma obowiązek zapoznania z treścią Regulaminu Pracy i Regulaminu Przeciwdziałania Mobbingowi, Dyskryminacji i Molestowaniu w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku każdego nowoprzyjętego pracownika.

§ 9 [Struktura organizacyjna]

1. Struktura organizacyjna ustalona w Statucie i Regulaminie Organizacyjnym jest na bieżąco dostosowywana do zmieniających się warunków działania, celów i zadań.
2. Zakres zadań poszczególnych jednostek organizacyjnych administracji

i ogólnouczelnianych jest określony w Regulaminie Organizacyjnym i zarządzeniach wewnętrznych.

3. Za aktualizując zakresu zadań jednostek organizacyjnych odpowiadają ich kierownicy i dyrektorzy.

§ 10 [Delegowanie uprawnień]

1. Delegowanie uprawnień w Uczelni następuje w formie pisemnej.
2. Powierzenie uprawnień następuje w drodze Zarządzenia Rektora lub innym pisemnym dokumentem podpisanym przez Rektora.

CELE I ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

§ 11

Cele i zarządzanie ryzykiem, realizowane są dzięki podejmowaniu działań w zakresie:

- 1) określenia celów i zadań, a także monitorowania i oceny ich realizacji,
- 2) identyfikacji i analizy ryzyka,
- 3) oceny ryzyka,
- 4) reakcji na ryzyko.

§ 12 [Określanie celów i zadań]

1. Strategiczne cele zawarte są w Strategii Uczelni.
2. Cele operacyjne i zadania wynikają wprost ze Statutu, Strategii Uczelni, Regulaminu Organizacyjnego lub są na ich podstawie określone i składają się na działalność podstawową.
3. Wszystkie cele i zadania podlegają planowaniu, analizie, weryfikacji i są oceniane przez Rektora, prorektorów, dziekanów, Kanclerza, zastępców kanclerza, kierowników i dyrektorów jednostek organizacyjnych administracji i jednostek ogólnouczelnianych.
4. Przy określaniu celów należy stosować metodę SMART, co oznacza, że cel powinien być:
 - 1) sprecyzowany (konkretny) – sformułowany w sposób jasny, umożliwiający jednoznaczną interpretację i rozumienie celu przez każdego pracownika Uczelni;
 - 2) mierzalny - określany przez jeden lub więcej jasno określonych wskaźników, co umożliwia określenie na jakim etapie jest realizacja celu lub czy cel został zrealizowany;
 - 3) osiągalny – uprzednio odpowiednio oszacowany biorąc pod uwagę dostępne zasoby, takie jak: środki finansowe, czas, materiały, informacje itp.;

- 4) realny – określony przy uwzględnieniu jego użyteczności dla realizacji głównych celów Uczelni i sprawdzeniu spójności ze Strategią;
 - 5) ograniczony w czasie – wyznaczony z terminem realizacji, przy czym ramy czasowe powinny być określone indywidualnie.
5. Cele realizowane są poprzez zadania. Określając zadania należy dążyć, aby one również spełniały kryteria metody SMART, o której mowa w ust. 4.

§ 13 [Identyfikacja, analiza i reakcja na ryzyka]

1. Procedura zarządzania ryzykiem obejmuje rozpoznanie oraz analizę zewnętrznych i wewnętrznych ryzyk zagrażających realizacji celów na poziomie działalności jednostki, jak i działalności Uczelni.
2. Kierownictwo systematycznie, nie rzadziej niż raz w roku, dokonuje identyfikacji zewnętrznego i wewnętrznego ryzyka związanego z poszczególnymi celami i zadaniami Uczelni.
3. W celu prawidłowego zarządzania ryzykiem Rektor powołuje Zespół ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem.
4. Szczegółowy tryb przeprowadzania czynności z zakresu zarządzania ryzykiem reguluje Procedura zarządzania ryzykiem, która stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

MECHANIZMY KONTROLI

§ 14

Mechanizmy kontroli, których zadaniem jest reakcja na wykryte ryzyka oraz zapewnienie realizacji zamierzonych celów przeprowadzane są poprzez:

- 1) dokumentowanie systemu kontroli zarządczej,
- 2) nadzór nad wykonaniem zadań w szczególności w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji,
- 3) zagwarantowanie ciągłości działalności Uczelni,
- 4) zapewnienie adekwatnej ochrony i wykorzystanie zasobów Uczelni,
- 5) wprowadzenie szczegółowych mechanizmów kontroli dotyczących operacji finansowych i gromadzenia danych,
- 6) opracowanie i wdrożenie mechanizmów kontroli zapewniających bezpieczeństwo systemów informatycznych.

§ 15 [Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej]

1. Dokumentację systemu kontroli zarządczej stanowią, poza niniejszą Polityką, procedury wewnętrzne, instrukcje, dokumenty określające zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników oraz inne dokumenty wewnętrzne. Dokumentacja kontroli zarządczej prowadzona jest na wszystkich stanowiskach pracy zgodnie z przyjętymi zasadami i regulacjami.
2. Dokumenty powinny być wytwarzane i archiwizowane zgodnie z Instrukcją kancelaryjną, Jednolitym rzeczowym wykazem akt.

§ 16 [Nadzór]

1. W ramach hierarchii służbowej prowadzony jest nadzór, który ma za zadanie uzyskać wymagany stopień pewności, że Uczelnia osiąga swoje cele i realizuje nałożone zadania.
2. Nadzór nad organizacją pracy i dyscypliną podległych pracowników należy do zakresu obowiązków bezpośredniego przełożonego.

§ 17 [Ciągłość działalności]

1. W celu zapewnienia efektywnej pracy i ciągłości działalności kadra kierownicza może delegować uprawnienia do podejmowania decyzji, zwłaszcza dotyczących bieżącej, merytorycznej działalności, o ile nie jest to sprzeczne z obowiązującymi przepisami.
2. Pracownicy przebywający na urloпах, zwolnieniach lekarskich lub z powodu innych długotrwałych nieobecności zastępowani są przez osoby wyznaczone przez bezpośredniego przełożonego.

§ 18 [Ochrona zasobów]

W celu zapewnienia skutecznej kontroli zarządczej konieczna jest ochrona zasobów, która realizowana jest w szczególności poprzez:

- 1) zapewnienie ochrony posiadanych zasobów;
- 2) udostępnianie zasobów tylko osobom upoważnionym;
- 3) powierzenie odpowiedzialności za zasoby w formie pisemnej;
- 4) objęcie szczególną ochroną przedmiotów stanowiących dziedzictwo badań naukowych;
- 5) rzetelne i pełne dokumentowanie operacji gospodarczych i zatwierdzanie ich przez osoby upoważnione;
- 6) podział kluczowych obowiązków;

7) zapewnianie bezpieczeństwa danych i systemów informatycznych;

8) zapobieganie, wykrywanie i usuwanie błędów.

§ 19 [Mechanizmy kontroli dotyczących operacji finansowych i gromadzenia danych]

Realizacja mechanizmów kontroli dotyczących operacji finansowych i gromadzenia danych odbywa się w szczególności w oparciu o dokumentowanie i rejestrację operacji finansowych i gospodarczych, zatwierdzanie operacji finansowych przez Rektora lub osoby przez niego upoważnione, podział kluczowych obowiązków dotyczących zatwierdzania, realizacji i rejestracji operacji finansowych i gospodarczych pomiędzy różnych pracowników, weryfikację operacji gospodarczych i finansowych przed i po realizacji.

§ 20 [Mechanizmy kontroli zapewniające bezpieczeństwo systemów informatycznych]

Realizacja mechanizmów kontroli zapewniające bezpieczeństwo systemów informatycznych odbywa się w szczególności w oparciu o stosowanie wewnętrznych regulacji zapewnienie bezpieczeństwa posiadanych systemów i danych informatycznych.

INFORMACJA I KOMUNIKACJA

§ 21

Informacja i komunikacja zapewniają odpowiedni przepływ informacji wewnątrz jednostki:

- zapewnia komunikację wewnętrzną w ramach Uczelni,
- zapewnia komunikację z podmiotami zewnętrznymi.

MONITOROWANIE I OCENA

§ 22

Monitorowanie i ocena, mające stanowić narzędzie do weryfikacji obecności i funkcjonowania systemu kontroli zarządczej realizowane są w szczególności poprzez:

- 1) monitorowanie systemu kontroli zarządczej,
- 2) dokonywanie samooceny funkcjonowania kontroli zarządczej,
- 3) prowadzenie audytu wewnętrznego,
- 4) uzyskanie corocznie oświadczenia o stanie kontroli zarządczej.

§ 23 [Monitorowanie systemu kontroli zarządczej]

1. Monitoring jest procesem oceny jakości działania kontroli zarządczej w określonym czasie.

2. Kierownicy i dyrektorzy jednostek organizacyjnych administracji i jednostek ogólnouczelnianych na bieżąco monitorują skuteczność poszczególnych elementów systemu kontroli zarządczej, co umożliwia bieżące rozwiązywanie zidentyfikowanych problemów i przyczynia się do realizacji założonych celów i zadań.
3. Prorektorzy, Kanclerz, zastępcy Kanclerza, Dziekani wydziałów, kierownicy i dyrektorzy jednostek organizacyjnych administracji i jednostek ogólnouczelnianych składają oświadczenie częściowe o stanie kontroli zarządczej w nadzorowanej jednostce za rok poprzedni w terminie do 31 stycznia roku następnego do ocenianego. Wzór oświadczenia częściowego stanowi załącznik nr 4 do niniejszej Procedury.
4. Oświadczenia częściowe składane są do Koordynatora ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem w formie przez niego wskazanej.

§ 24 [Samooceńa funkcjonowania kontroli zarządczej]

1. Celem samooceny funkcjonowania kontroli zarządczej jest dokonanie analizy dotychczasowych działań z zakresu systemu kontroli zarządczej oraz systematyczna poprawa jakości funkcjonowania Uczelni poprzez gromadzenie i analizę informacji dotyczących poszczególnych obszarów jej działalności.
2. Przeprowadzanie samooceny kontroli zarządczej stanowi obowiązek nałożony na osoby kierujące jednostkami organizacyjnymi Uczelni, Kierowników projektów finansowanych ze źródeł zewnętrznych i pracowników, umożliwiającą identyfikację ryzyk w funkcjonowaniu kontroli zarządczej.
3. Samoocena prowadzona jest corocznie za pośrednictwem anonimowych ankiet, z możliwością wykorzystania formy elektronicznej ankietowania. Wzór ankiety – kwestionariusza samooceny standardów kontroli zarządczej dla kierowników i dyrektorów jednostek organizacyjnych administracji i jednostek ogólnouczelnianych stanowi załącznik nr 2 niniejszego Zarządzenia, Wzór ankiety – kwestionariusza samooceny standardów kontroli zarządczej dla pracownika stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Zarządzenia.
4. W terminie do dnia 31 stycznia danego roku wszyscy pracownicy przekazują Koordynatorowi ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem wypełniony anonimowy kwestionariusz samooceny lub wypełniają elektroniczny, anonimowy kwestionariusz samooceny, zgodnie z formą wskazaną przez Koordynatora.
5. 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 dotyczące:

- 1) sprawowanego nadzoru merytorycznego,
 - 2) wykonywanych przeglądów bieżącej działalności,
 - 3) analizy i oceny ryzyka, oraz informacje przekazywane przez pracowników, które mogą mieć wpływ na ocenę i doskonalenie kontroli zarządczej,
 - 4) informacje na temat realizacji procedur wewnętrznych,
 - 5) informacje na temat działań szkoleniowych i innych wzmacniających systemy kontrolne.
6. Wyniki samooceny są źródłem wiedzy o funkcjonowaniu kontroli zarządczej i stanowią podstawę do opracowania oświadczenia o stanie kontroli zarządczej.
7. Koordynator ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem dokonuje analizy informacji zawartych w kwestionariuszach samooceny standardów kontroli zarządczej i przygotowuje Raport z samooceny kontroli zarządczej w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.

§ 25 [Wyniki samooceny]

1. Koordynator ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem na podstawie zebranych ankiet dokonuje oceny poszczególnych elementów kontroli zarządczej według przyjętej trzystopniowej skali ocen:
 - 1) w wystarczającym stopniu funkcjonuje adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza,
 - 2) w ograniczonym stopniu funkcjonuje adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza,
 - 3) nie funkcjonuje adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.
2. Wstępna analiza informacji zawartych w kwestionariuszach samooceny jednostek organizacyjnych Uniwersytetu sporządzana jest ze wskazaniem ilości oraz odsetka odpowiedzi pozytywnych i negatywnych.
3. Do określenia poziomu ogólnego stanu kontroli zarządczej na podstawie wyników samooceny stosuje się poniższą skalę:
 - 1) do 50 % ocen pozytywnych ogółem wskazuje, że nie funkcjonuje adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza;
 - 2) powyżej 50% do 70% ocen pozytywnych ogółem wskazuje, że w ograniczonym stopniu funkcjonuje adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza;
 - 3) powyżej 70% do 100% ocen pozytywnych ogółem wskazuje, że w wystarczającym

stopniu funkcjonuje adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

4. Jednocześnie dla pozytywnej oceny stanu kontroli zarządczej oczekiwane jest uzyskanie minimum 50% ocen pozytywnych dla każdego z objętych samooceną standardów kontroli zarządczej.
5. W przypadku nieuzyskania pozytywnej oceny spełnienia wymogów danego standardu wg wyników samooceny wskazane jest przeanalizowanie przyczyn takiej oceny oraz pozyskanie informacji w tym zakresie z innych źródeł.

§ 26 [Audyt wewnętrzny i inne kontrole]

1. Audytor wewnętrzny prowadzi obiektywną i niezależną ocenę kontroli zarządczej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz udziela wsparcia Rektorowi w realizowaniu zadań z zakresu oceny kontroli zarządczej.
2. W terminie do dnia 31 stycznia roku następnego do ocenianego, audytor wewnętrzny przedstawia Rektorowi i do wiadomości Koordynatora ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem opinię stanu kontroli zarządczej w ocenianym roku.
3. Opinia sporządzana jest w oparciu o wyniki audytów wewnętrznych odnoszących się do stanu kontroli zarządczej w ocenianym roku.
4. W Uczelni prowadzone są audyty i kontrole zewnętrzne przez uprawnione do tego jednostki.

§ 27 [Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej]

1. Celem potwierdzenia, że system kontroli zarządczej, wdrożony w Uczelni zapewnia realizację celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy we wszystkich procesach zachodzących w UMB, Rektor składa w terminie wyznaczonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, oświadczenie o stanie kontroli zarządczej w Uczelni.
2. Oświadczenie odnosi się do zdarzeń minionego roku kalendarzowego.
3. Projekt oświadczenia sporządzany jest przez Koordynatora ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem we współpracy z Zespołem ds. zarządzania ryzykiem i na podstawie:
 - 1) wyników samooceny w formie kwestionariuszy o stanie kontroli zarządczej,
 - 2) oświadczeń częściowych Prorektorów, Kanclerza, zastępców Kanclerza, Dziekanów wydziałów, kierowników i dyrektorów jednostek organizacyjnych administracji i jednostek ogólnouczelnianych o stanie kontroli zarządczej w nadzorowanej jednostce za rok poprzedni,

- 3) opinii audytora wewnętrznego o stanie kontroli zarządczej w ocenianym roku,
 - 4) wyników audytów zewnętrznych i kontroli zewnętrznych,
 - 5) monitorowania kontroli zarządczej.
4. W przypadku wystąpienia zastrzeżeń dotyczących funkcjonowania kontroli zarządczej, Rektor może określić działania naprawcze.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SYSTEM KONTROLI ZARZĄDCZEJ

§ 28

1. Za zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej odpowiedzialny jest Rektor.
2. Prorektorzy, Dziekani, Kanclerz, Kwestor, kierownicy i dyrektorzy jednostek organizacyjnych administracji i jednostek ogólnouczelnianych, a także kierownicy projektów finansowanych ze źródeł zewnętrznych ponoszą odpowiedzialność za funkcjonowanie sprawnego systemu kontroli zarządczej w zakresie posiadanych kompetencji oraz realizowanych zadań, w szczególności za:
 - 1) realizację celów Uczelni,
 - 2) realizację zadań,
 - 3) dokonywanie samooceny i doskonalenie systemu kontroli zarządczej,
 - 4) organizację systemu komunikacji wewnętrznej w podległej jednostce oraz z innymi jednostkami Uczelni,
 - 5) nadzór nad majątkiem i zasobami finansowymi, zgodnie z zakresem otrzymanych pełnomocnictw i upoważnień,
 - 6) stosowanie procedur zamówień publicznych.
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 oraz uwag które mogą mieć wpływ na ocenę i doskonalenie kontroli zarządczej, w szczególności w zakresie:
 - 1) wykrytych nieprawidłowości i nadużyć,
 - 2) skarg pracowników, studentów oraz doktorantów,
 - 3) innych wykrytych zdarzeń odbiegających od planowanej działalności.

5. Każdy pracownik ma prawo i obowiązek zgłaszania uwag dotyczących funkcjonowania i usprawnienia systemu kontroli zarządczej.
6. Koordynator ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem realizuje wraz z Zastępcą Koordynatora ds. kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem następujące zadania:
 - 1) inicjuje i koordynuje prowadzenie samooceny kontroli zarządczej przez kierowników jednostek organizacyjnych Uczelni w roku poprzednim, w tym ustala formę, zakres i termin przeprowadzenia samooceny,
 - 2) wspiera jednostki organizacyjne w analizie i ocenie ryzyka,
 - 3) gromadzi informacje i przekazuje je Rektorowi,
 - 4) prowadzi rejestr ryzyk UMB, sporządzany w oparciu o jednostkowe rejestry ryzyka operacyjnego,
 - 5) monitoruje czy wdrażane są działania, które mają stanowić odpowiedź na ryzyko,
 - 6) we współpracy z Zespołem ds. zarządzania ryzykiem, sporządza i przedstawia Rektorowi projekt oświadczenia o stanie kontroli zarządczej w Uczelni,
 - 7) we współpracy z Zespołem ds. zarządzania ryzykiem, do 30 czerwca, sporządza roczny raport dotyczący zarządzania ryzykiem przez właścicieli ryzyka,
 - 8) prowadzi rejestr zdarzeń w oparciu o informacje uzyskane od właścicieli ryzyka.
7. Zespół ds. kontroli zarządczej:
 - 1) wspiera proces zarządzania ryzykiem w UMB,
 - 2) poddaje analizie rejestr ryzyka strategicznego,
 - 3) wspiera właścicieli ryzyka w procesie zarządzania ryzykiem,
 - 4) występuje do właścicieli ryzyka o udzielenie dodatkowych informacji lub wyjaśnień.

§ 29

1. Integralną część Procedury zarządzania ryzykiem stanowią:
 - 1) załącznik nr 1 – Procedura zarządzania ryzykiem w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku,
 - 2) załącznik nr 2 – Kwestionariusz samooceny standardów kontroli zarządczej dla kierowników i dyrektorów jednostek organizacyjnych administracji i jednostek ogólnouczelnianych UMB,
 - 3) załącznik nr 3 – Kwestionariusz samooceny standardów kontroli zarządczej dla pracowników UMB,
 - 4) załącznik nr 4 – Oświadczenie cząstkowe o stanie kontroli zarządczej.

2. Sporządzanie, monitorowanie, ocena realizacji celów i zadań oraz zarządzania ryzykiem w odniesieniu do planu działalności reguluje odrębne Zarządzenie Rektora.
3. Procedura monitorowania stopnia realizacji celów przyjętych dla inwestycji została uregulowana odrębnym Zarządzeniem Rektora.

§ 30

1. Zarządzenie zastępuje Zarządzenie nr 25/2024 Rektora UMB z dnia 15.02.2024 r. ze zmianami w Zarządzeniu Rektora nr 148/2024.
2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2025 r.
3. Kierownicy jednostek organizacyjnych są zobowiązani zapoznać wszystkich podległych pracowników z postanowieniami niniejszej Polityki.

Rektor

prof. dr hab. Marcin Moniuszko