

Polityka zarządzania ryzykiem na Politechnice Krakowskiej im. Tadeusza Kościuszki

Rozdział I

CELE I ZAŁOŻENIA POLITYKI ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

§ 1

1. Polityka zarządzania ryzykiem, zwana dalej „Polityką”, ma na celu maksymalne ograniczenie ryzyka, co powinno przyczynić się do bardziej efektywnego i racjonalnego osiągania celów Politechniki Krakowskiej.
2. Celem zarządzania ryzykiem w odniesieniu do głównych zadań PK jest:
 - 1) usprawnienie efektywności zarządzania PK,
 - 2) lepsze wykorzystanie zasobów finansowych i ludzkich oraz zapobieganie stratom finansowym,
 - 3) poprawianie jakości świadczenia usług i wykorzystanie dostępnych możliwości,
 - 4) skuteczniejsze zarządzanie projektami, w tym ograniczenie ryzyka niepowodzenia projektów,
 - 5) dostosowanie się do zmieniających się wymogów prawnych,
 - 6) ograniczenie ryzyka utraty szans,
 - 7) zapobieganie ryzyku opóźnień technologicznych, w tym w sferze infrastruktury informatycznej,
 - 8) zapewnienie, by mechanizmy kontrolne były proporcjonalne do ryzyka,
 - 9) ograniczenie nieetycznych zachowań, marnotrawstwa i oszustw,
 - 10) rozpoznanie obszarów nadmiernie kontrolowanych.

§ 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 PK.
3. Polityka stanowi narzędzie zarządzania dla kierownictwa PK oraz wytyczne dla wszystkich pracowników PK.
4. Słownik najważniejszych pojęć użytych w Polityce stanowi załącznik nr 13.

Rozdział II

ZAKRES PODMIOTOWY POLITYKI ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

§ 3

Polityka ma zastosowanie do wszystkich jednostek organizacyjnych Politechniki Krakowskiej oraz wszystkich pracowników zatrudnionych na PK.

§ 4

Polityka została zdefiniowana dla następujących poziomów:

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

§ 5

Zarządzanie ryzykiem na każdym poziomie obejmuje sześć etapów:

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

Rozdział III

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA REALIZACJĘ POLITYKI ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

§ 6

1. Za realizację Polityki na poziomie strategicznym odpowiada Rektor PK. Swoje zadania Rektor PK realizuje poprzez:
 - 1) kształtowanie i wdrażanie polityki zarządzania ryzykiem oraz nadzór nad nią,
 - 2) identyfikację czynników ryzyka i ocenę ryzyka na poziomie strategicznym,
 - 3) zdefiniowanie obszarów działania Politechniki Krakowskiej,
 - 4) określenie poziomu akceptowalnego ryzyka,
 - 5) ogłaszanie i wdrażanie mechanizmów kontrolnych oraz monitorowanie skuteczności mechanizmów kontrolnych,
 - 6) wyznaczanie właścicieli ryzyka w fazie strategicznego zarządzania ryzykiem.
2. Rektor PK może realizować zadania określone w ust. 1 poprzez pracownika zatrudnionego na stanowisku ds. kontroli zarządczej.
3. Do kompetencji i obowiązków pracownika na stanowisku ds. kontroli zarządczej należy:
 - 1) opracowywanie zbiorczych zestawień czynników ryzyka sporządzonych na poziomie strategicznym i operacyjnym przez odpowiedzialne osoby wskazane w niniejszej Polityce,
 - 2) opracowywanie zbiorczych analiz ryzyka wg oddziaływania i prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka na poziomie strategicznym i operacyjnym,
 - 3) proponowanie wyznaczenia odpowiednich właścicieli ryzyk,
 - 4) przedstawianie Rektorowi PK propozycji dotyczących określenia poziomu akceptowalnego ryzyka,
 - 5) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją i prawidłowym przebiegiem procesu zarządzania ryzykiem na PK,
 - 6) monitorowanie procesu zarządzania ryzykiem na poziomie strategicznym i operacyjnym,
 - 7) udzielanie pracownikom PK wszelkich informacji i wyjaśnień dotyczących polityki zarządzania ryzykiem na PK,
 - 8) wnioskowanie o dokonanie ewentualnych zmian w Polityce oraz innych aktach normatywnych – w zakresie zarządzania ryzykiem.
4. W proces identyfikacji i oceny ryzyka na poziomie strategicznym włączeni są prorektorzy, kanclerz, kvestor, dyrektor administracyjny i dyrektor techniczny – zwani w dalszej części Polityki „kierownictwem PK”.
5. Rektor PK może przypisać odpowiedzialność za zarządzanie kluczowym ryzykiem – dotyczącym głównych celów PK – właściwemu merytorycznie członkowi kierownictwa PK lub innej osobie.

§ 7

1. Na poziomie operacyjnym za zarządzanie ryzykiem odpowiadają dziekani wydziałów, dyrektorzy/kierownicy jednostek pozawydziałowych oraz kierownicy jednostek organizacyjnych administracji centralnej. W zakresie zarządzania ryzykiem wykonują oni swoje obowiązki poprzez:
 - 1) identyfikację i udokumentowanie czynników ryzyka, które są istotne dla osiągnięcia celów operacyjnych, w odniesieniu do zdefiniowanych obszarów działania (zgodnie z załącznikiem nr 1) 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) monitoring poziomu ryzyka operacyjnego, w tym funkcjonowania mechanizmów kontrolnych pod kątem ich adekwatności i skuteczności, a także wszelkich odstępstw od zasad określonych w wewnętrznych aktach normatywnych,
 - 4) prowadzenie rejestru odstępstw od obowiązujących zasad określonych w Polityce i innych aktach normatywnych (zarządzeniach, uchwałach, procedurach),
 - 5) projektowanie działań zaradczych w zakresie swojego obszaru działalności lub zgłaszanie bezpośredniemu przełożonemu pisemnych propozycji rozwiązań, które przyczynią się do ograniczenia ryzyka do poziomu akceptowalnego.
2. Dziekani w ramach swoich uprawnień mogą zobowiązać dyrektorów/kierowników instytutów, katedr i zakładów do zarządzania ryzykiem i monitorowania go w obszarze im podległym, wg zasad opisanych w Polityce.

§ 8

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

- 1) identyfikację czynników ryzyka,
- 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 bezpośredniemu przełożonemu lub kierownikowi jednostki koordynującej projekt istotnych utrudnień w realizacji celu projektu.

Rozdział IV IDENTYFIKACJA I ANALIZA CZYNNIKÓW RYZYKA

§ 9

1. Identyfikacja i ocena 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, wymienionych w załączniku nr 1 do Polityki.
3. Wykaz obszarów podlega aktualizacji, bez konieczności dokonywania zmian w Polityce.
4. W ramach identyfikacji na poziomie strategicznym zdefiniowano kategorie ryzyka, przyporządkowując im charakterystyczne dla PK czynniki ryzyka.
5. Wykaz kategorii z charakterystycznymi dla PK czynnikami ryzyka stanowi załącznik nr 2 do Polityki.
6. Czynniki ryzyka w ramach kategorii mogą podlegać, w wyniku procesu identyfikacji, rozbudowaniu.
7. 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.
2. Dokumentowanie wyników odbywa się wg zasad określonych w rozdziale V.
 3. W identyfikacji czynników ryzyka na poziomie operacyjnym mają prawo brać udział wszyscy pracownicy PK, poprzez zgłaszanie w formie pisemnej, swojemu bezpośredniemu przełożonemu istotnych czynników ryzyka.
 4. Zgłoszenie czynnika ryzyka następuje poprzez wypełnienie arkusza zgłoszenia stanowiącego załącznik nr 3 do Polityki.
 5. Pracownicy PK mają obowiązek zgłaszać, w formie pisemnej, przełożonym wszelkie odstępstwa od obowiązujących zasad zawartych w wewnętrznych aktach normatywnych.
 6. Zgłoszone lub ujawnione odstępstwa podlegają rejestracji, wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do Polityki oraz analizie przyczyn ich powstania.
 7. Zasady zgłaszania i rejestracji odstępstw od zasad określają, w formie pisemnej, we własnym zakresie dziekani, dyrektorzy/kierownicy jednostek pozawydziałowych oraz kierownicy jednostek organizacyjnych administracji centralnej.
 8. Czynniki ryzyka ujawnione przez pracowników lub zidentyfikowane w procesie monitorowania odstępstw od zasad podlegają analizie pod kątem istotności dla realizacji celów.
 9. Dziekani, dyrektorzy/kierownicy jednostek pozawydziałowych oraz kierownicy jednostek organizacyjnych administracji centralnej 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 PK) dokonywana jest na etapie wniosku o akceptację projektu.
2. Dokumentowanie wyników odbywa się wg procedury określonej w rozdziale V.

§ 12

Kierownictwo PK oraz pracownik na stanowisku ds. kontroli zarządczej mogą identyfikować dodatkowe czynniki ryzyka, nieuwzględnione w procesie identyfikacji na poziomie operacyjnym.

§ 13

1. Każdy czynnik ryzyka podlega analizie pod kątem jego wpływu na osiągnięcie przez PK założonych celów.
2. W ramach analizy ryzyka oceniana jest istotność czynnika ryzyka, który według oceniającego ma znaczenie dla funkcjonowania jego jednostki lub PK jako całości i osiągnięcia wytyczonych celów, przyznając każdemu czynnikowi w ramach obszaru punktacje od 1 do 4, gdzie 1 oznacza małą istotność, 2 oznacza średnią istotność, 3 dużą, a 4 – bardzo dużą istotność czynnika.
3. Czynniki ryzyka zdefiniowane na poziomie strategicznym i wymienione w załączniku nr 2, a nieistotne z punktu widzenia oceniającego, nie są umieszczane w arkuszu oceny (załącznik nr 5 do Polityki).
4. Przy ocenie istotności czynnika ryzyka należy wziąć pod uwagę ryzyka, jakie są generowane przez dany czynnik, stopień prawdopodobieństwa wystąpienia negatywnych zdarzeń oraz ich skutki.
5. Przy ocenie prawdopodobieństwa wystąpienia negatywnego zdarzenia należy wziąć pod uwagę istniejące mechanizmy kontrolne, ich skuteczność i poziom wdrożenia.
6. 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.

§ 14

1. Analiza ryzyka na poziomie projektu polega na przypisaniu, bez uwzględnienia istniejących mechanizmów kontroli, 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.
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. Proces analizy ryzyka przeprowadzany przez kierownictwo PK dokonywany jest po wykonaniu i udokumentowaniu analizy na szczeblu operacyjnym.
2. Kierownictwo PK dokonuje oceny istotności czynników ryzyka, według zasad określonych w § 13, przy czym w arkuszu oceny (załącznik nr 6 do Polityki) umieszczane są tylko te czynniki, które według oceniającego mają znaczenie dla funkcjonowania PK jako całości i osiągania wytyczonych celów.
3. Wyniki analizy dokumentowane są zgodnie z procedurą określoną w rozdziale V.

§ 16

1. Po udokumentowaniu procesu identyfikacji i analizy ryzyka na poziomie operacyjnym oraz przez kierownictwo PK, pracownik na stanowisku ds. kontroli zarządczej przedstawia propozycję priorytetów dla poszczególnych czynników ryzyka. Decyzję o nadaniu priorytetów podejmuje Rektor PK.
2. Przyjęto czterostopniową skalę priorytetu: najwyższy, duży, średni, niski, przypisując każdemu odpowiednio wagę 4, 3, 2, 1.

Rozdział V

DOKUMENTOWANIE PROCESU ZARZĄDZANIA RYZYKIEM I OBIEG DOKUMENTÓW

§ 17

1. Dokumentowanie procesu identyfikacji i analizy ryzyka na szczeblu operacyjnym odbywa się według wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do Polityki.
2. Dokument, o którym mowa w ust. 1, wypełniany jest na poziomie operacyjnym w dwóch egzemplarzach i podlega akceptacji odpowiednio: dziekana, dyrektora/kierownika jednostki pozawydziałowej oraz, w przypadku identyfikacji ryzyka, w administracji centralnej – kierownika jednostki organizacyjnej administracji centralnej.
3. Jeden egzemplarz dokumentu określonego w ust. 1 w wersji papierowej i elektronicznej jest przekazywany pracownikowi zatrudnionemu na stanowisku ds. kontroli zarządczej, nie później niż do 1 marca każdego roku.
4. Pracownik zatrudniony na stanowisku ds. kontroli zarządczej opracowuje zestawienie zbiorcze, ujednolicając i kumulując powtarzające się czynniki ryzyka.
5. Uzyskane na szczeblu operacyjnym punkty podlegają sumowaniu, a następnie wyliczeniu średniej, tworząc ranking czynników ryzyka pod kątem istotności.
6. Zbiorcze zestawienia opracowane wg wzoru stanowiącego załącznik nr 6 do polityki zarządzania ryzykiem przekazywane są do kierownictwa PK celem przeprowadzenia przez nich identyfikacji i analizy czynników ryzyka.

§ 18

1. Dokumentowanie procesu identyfikacji i analizy ryzyka na szczeblu strategicznym dokonywanego przez kierownictwo PK odbywa się według wzoru, o którym mowa w § 17 ust. 6.
2. Z punktacji nadanej przez kierownictwo PK wyliczana jest średnia przez pracownika zatrudnionego na stanowisku ds. kontroli zarządczej.
3. Do średniej wyliczonej z otrzymanych wyników w procesie analizy operacyjnej dodana

zostaje średnia z punktacji nadanej w wyniku analizy ryzyka przeprowadzonej przez kierownictwo PK.

4. Uzyskane wyniki przedstawiane są, według wzoru stanowiącego załącznik nr 7 do Polityki, Rektorowi PK w celu zatwierdzenia przez niego priorytetu zaproponowanego przez pracownika zatrudnionego na stanowisku ds. kontroli zarządczej.
5. Wartości wyliczone wg zasady określonej w ust. 3 zostają pomnożone przez priorytety Rektora PK.
6. Wyniki identyfikacji i analizy czynników ryzyka zamieszczone są w arkuszu, o którym mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu.

§ 19

1. Proces analizy ryzyka i udokumentowanie wyników na szczeblu projektu odbywa się przed rozpoczęciem projektu oraz w każdym przypadku, gdy nastąpi zmiana ryzyka, wg procedury określonej w załączniku nr 8 do Polityki.
2. Wyniki identyfikacji czynników ryzyka dokumentowane są w arkuszu stanowiącym załącznik nr 9 do Polityki.
3. Wyniki analizy ryzyka na poziomie projektu nanoszone są na mapę ryzyka wg wzoru określonego w załączniku nr 10 do Polityki.
4. Za dokumentowanie procesu identyfikacji i analizy ryzyka na poziomie projektu odpowiada kierownik projektu.

Rozdział VI

INTERPRETACJA WYNIKÓW I ZARZĄDZANIE

§ 20

1. Na PK określono cztery poziomy ryzyka: ryzyko niskie, ryzyko średnie, ryzyko wysokie, ryzyko bardzo wysokie:
 - 1) ryzyko niskie zawiera się w przedziale od 0 – 25% różnicy pomiędzy wynikiem najwyższym i najniższym,
 - 2) ryzyko średnie zawiera się w przedziale od 26 – 50% różnicy pomiędzy wynikiem najwyższym i najniższym,
 - 3) ryzyko wysokie zawiera się w przedziale od 51 – 75% różnicy pomiędzy wynikiem najwyższym i najniższym,
 - 4) ryzyko bardzo wysokie zawiera się w przedziale od 76 – 100% różnicy pomiędzy wynikiem najwyższym i najniższym.
2. Uzyskane w procesie analizy ryzyka końcowe wyniki wskazują na poziom ryzyka wywołwanego przez dany czynnik ryzyka.

§ 21

1. Rektor PK wyznacza akceptowalny z punktu widzenia strategicznego poziom ryzyka, czyli stopień ryzyka, jaki gotowy jest przyjąć, z uwzględnieniem sytuacji PK, wielkości kosztów ograniczenia danego ryzyka oraz możliwości wpływu na ryzyko.
2. Na PK przyjmuje się następujące sposoby postępowania z ryzykiem:
 - 1) przeniesienie ryzyka na inną instytucję, np. poprzez ubezpieczenie,
 - 2) tolerowanie ryzyka – w przypadku, gdy istnieją określone trudności w przeciwdziałaniu ryzyku, a także gdy koszty podjętych działań mogą przekroczyć przewidywane korzyści,
 - 3) 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,
 - 4) przesunięcie w czasie (wycofanie się) – zawieszenie działań rodzących zbyt duże ryzyko.
3. Przyjęto następujące podstawowe zasady akceptowalności poziomów ryzyka:
Ryzyko niskie – ryzyko akceptowalne, należy je monitorować i w miarę potrzeby sprawdzać, czy ryzyko jest prawidłowo kontrolowane.

Ryzyko średnie – może wywierać poważny wpływ na kluczową działalność, należy monitorować, rozważyć potrzebę działań zaradczych i wprowadzenie dodatkowych mechanizmów kontrolnych, mając na uwadze koszty wprowadzenia kontroli. Można tolerować średni poziom, gdy koszty zapobiegania ryzyku są zbyt wysokie, ale należy na bieżąco sprawdzać poziom ryzyka. Za monitoring ryzyka i ewentualne zaprojektowanie mechanizmów kontrolnych odpowiedzialny jest właściciel ryzyka.

Ryzyko wysokie – może potencjalnie wpłynąć na kluczową działalność PK, wymaga wprowadzenia przez kierownictwo działań zaradczych i uzupełnienia wewnętrznych mechanizmów kontrolnych, które ograniczą prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych zdarzeń. Decyzję o tolerowaniu (akceptacji) ryzyka może podjąć, w formie adnotacji „akceptuję” tylko Rektor PK.

Ryzyko bardzo wysokie – stanowi poważne zagrożenie dla kluczowej działalności PK 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.

4. Rektor ma prawo podjąć decyzję o akceptacji każdego poziomu ryzyka i niepodjęciu działań zaradczych.

§ 22

1. W wyniku przeprowadzonej analizy ryzyka, Rektor PK wyznacza właścicieli ryzyk, na podstawie propozycji przedstawionej przez pracownika zatrudnionego na stanowisku ds. kontroli zarządczej, na arkuszu wg wzoru określonego w załączniku nr 11 do polityki zarządzania ryzykiem.
2. Pracownik zatrudniony na stanowisku ds. kontroli zarządczej sporządza wyciągi z arkusza, o którym mowa w ust. 1 i rozsyła do właścicieli ryzyk.
3. W stosunku do każdego czynnika ryzyka, które wywołuje ryzyko przekraczające akceptowalny poziom, są planowane i wdrażane/zlecane przez właściciela ryzyka odpowiednie działania zaradcze.
4. Przed przystąpieniem do działań mających przeciwdziałać ryzyku należy odpowiedzieć na następujące pytania:
 - 1) czy i jakie działanie jest konieczne wg zasad opisanych w § 21 ust. 3,
 - 2) jaki poziom bezpieczeństwa należy osiągnąć po podjęciu określonych środków,
 - 3) które mechanizmy kontrolne są najskuteczniejsze,
 - 4) jaki jest koszt wprowadzenia mechanizmu kontrolnego,
 - 5) czy prawidłowe wdrożenie mechanizmu jest możliwe.
3. Akceptacja działań zaradczych przez Rektora PK następuje w wyniku pełnego procesu wewnętrznej legislacji i polega na podpisaniu wewnętrznego aktu normatywnego.
4. Dziekani, dyrektorzy/kierownicy jednostek pozawydziałowych oraz kierownicy jednostek organizacyjnych administracji centralnej na bieżąco podejmują działania zaradcze także w odniesieniu do ryzyk wynikających z odstępstw od obowiązujących zasad.

§ 23

Zarządzanie ryzykiem projektu polega na wskazaniu lub zaprojektowaniu i wdrożeniu mechanizmów kontrolnych ograniczających ryzyko projektu.

Rozdział VII RAPORTOWANIE

§ 24

1. Wszyscy pracownicy mają prawo i obowiązek raportowania kierownictwu złych wiadomości. Na podstawie posiadanych informacji kierownictwo PK ma obowiązek podjąć w zakresie swoich uprawnień lub zaproponować Rektorowi PK działania zmierzające do usunięcia wskazanych problemów.

2. W przypadku zwiększenia się prawdopodobieństwa zaistnienia ryzyka w projekcie do poziomu zagrażającego realizacji projektu, kierownik projektu natychmiast zgłasza w formie pisemnej ten fakt do bezpośredniego przełożonego wraz z propozycją działań zaradczych.

Rozdział VIII

MONITOROWANIE RYZYKA I NADZÓR

§ 25

1. Na PK proces monitorowania ryzyka jest procesem ciągłym, realizowanym przez kierowników jednostek na każdym szczeblu zarządzania.
2. Kierownictwo PK wspiera działania pracowników przyjmujących odpowiedzialność za ryzyko.
3. Dziekani, dyrektorzy/kierownicy jednostek pozawydziałowych oraz kierownicy jednostek administracji centralnej prowadzą monitoring funkcjonowania mechanizmów kontrolnych pod kątem ich adekwatności i skuteczności.
4. Za działania mające na celu sprawny monitoring na szczeblu strategicznym odpowiada pracownik zatrudniony na stanowisku ds. kontroli zarządczej.
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.

§ 26

Pracownicy zobowiązani są do przestrzegania zasad określonych w Polityce.

§ 27

1. Niezależną ocenę procesu zarządzania ryzykiem na PK przeprowadza Audytor Wewnętrzny, zgodnie z zasadami określonymi w odrębnym zarządzeniu.
2. Ocenę procesu zarządzania ryzykiem mogą przeprowadzić również audytorzy zewnętrzni.

Rozdział IX

AKTUALIZACJA POLITYKI ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

§ 28

1. Proces zarządzania ryzykiem na poziomie operacyjnym i strategicznym przedstawia procedura stanowiąca załącznik nr 12 do Polityki.
2. Polityka zarządzania ryzykiem i procedury zarządzania ryzykiem podlegają raz na rok przeglądowi dokonywanym w celu ich aktualizacji.
3. Projekty aktualizacji Polityki oraz procedur zarządzania ryzykiem przygotowuje pracownik zatrudniony na stanowisku ds. kontroli zarządczej.
4. Każda aktualizacja polityki zarządzania ryzykiem podlega akceptacji Rektora PK.

R E K T O R

prof. dr hab. inż. Kazimierz Furtak

Wykaz obszarów działania Politechniki Krakowskiej

1.	Proces kształcenia
2.	Działalność naukowo–badawcza
3.	Zasoby ludzkie
4.	Administrowanie i ochrona mienia uczelni
5.	Zamówienia publiczne i zakupy
6.	Zarządzanie zasobami finansowymi. Księgowość i rachunkowość
7.	Inwestycje i remonty
8.	Informatyzacja
9.	Stypendia i pomoc socjalna
10.	Ochrona danych osobowych i informacji niejawnych
11.	Promocja i budowanie wizerunku
12.	Wspomaganie zarządzania
13.	Realizacja projektów finansowanych ze źródeł zagranicznych i krajowych
14.	Proces poligraficzny i wydawniczy
15.	Współpraca z otoczeniem zewnętrznym

Wykaz kategorii ryzyka z przyporządkowanymi przykładowymi czynnikami ryzyka

Cel/ Działanie (obszar ryzyka)		Kategoria ryzyka	Czynnik ryzyka	
Ip.	Nazwa celu/działania		Lp.	Czynnik
I	II	III	IV	V
1.1	Proces kształcenia Rekrutacja	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak przepisów lub procedur dotyczących szczegółowych zagadnień związanych z rekrutacją na poszczególne wydziały.
			2.	Stworzenie przepisów wewnętrznych uczelni uchybiających przepisom ogólnym.
			3.	Nieprawidłowo stosowane przepisy wewnętrzne uczelni.
			4.	Naruszanie przepisów zewnętrznych (np. ustawy o ochronie danych osobowych, kodeksu postępowania administracyjnego).
			5.	Nieznajomość obowiązujących przepisów prawa wśród osób zajmujących się procesem rekrutacji.
			6.	Niestosowanie przez pracowników uczelni obowiązujących przepisów. Świadome podejmowanie decyzji sprzecznych z przepisami prawa.
			7.	Nieprawidłowe udzielanie informacji kandydatom na studia wynikające z nieznajomości przepisów.
			8.	Zróżnicowane interpretacje prawne tego samego przepisu prawa.
			9.	Przedłożenie przez kandydata na studia fałszywych lub niekompletnych dokumentów (dotyczy zwłaszcza cudzoziemców).
		Środki finansowe	1.	Brak środków finansowych na prowadzenie adekwatnej kampanii promocyjno-marketingowej.
			2.	Niewłaściwe wydatkowanie środków finansowych przeznaczonych na realizację strategii promocyjnej uczelni.
			3.	Niewystarczające wynagradzanie osób pracujących w komisjach rekrutacyjnych.
			4.	Brak środków na sfinansowanie wynagrodzeń dla komisji.
			5.	Niewłaściwie określona wysokość opłaty rekrutacyjnej wynikająca z błędnych kalkulacji lub z braku jasnych zasad wyliczania wysokości kosztów rekrutacji.
		Infrastruktura	1.	Brak pomieszczeń przeznaczonych do pracy komisji rekrutacyjnych.
			2.	Brak odpowiedniego wyposażenia pomieszczeń przeznaczonych do pracy komisji rekrutacyjnych.
			3.	Problemy w funkcjonowaniu modułu do elektronicznej rejestracji i rekrutacji kandydatów na studia.
		Zasoby ludzkie	1.	Brak kompetencji lub niewystarczające kompetencje osób zajmujących się rekrutacją (nieznajomość przepisów lub nieznajomość zasad funkcjonowania modułu do elektronicznej rejestracji i rekrutacji kandydatów na studia; nieznajomość języków obcych – dotyczy rekrutacji cudzoziemców).
			2.	Podejmowanie działań i decyzji z lekceważeniem obowiązujących przepisów prawa.
			3.	Niewłaściwe (negatywne) traktowanie kandydatów przez pracowników.

			4.	Zachowania o charakterze korupcyjnym.
1.2.	Proces kształcenia Obsługa toku studiów –	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak przepisów regulujących zasady postępowania w sprawach obsługi toku studiów.
			2.	Zróżnicowane interpretacje prawne tego samego przepisu prawa.
			3.	Stworzenie przepisów wewnętrznych uczelni uchybiających przepisom ogólnym.
			4.	Nieznajomość obowiązujących przepisów prawa.
			5.	Niestosowanie przez pracowników uczelni obowiązujących przepisów, (np. regulaminu studiów). Świadome podejmowanie decyzji sprzecznych z przepisami prawa.
			6.	Niekonsekwentne stosowanie przepisów skutkujące podejmowaniem różnych decyzji w identycznych lub podobnych sprawach.
			7.	Lekceważenie przepisów prawa skutkujące opóźnieniami w załatwianiu spraw studentów.
			8.	Wysoka czasochłonność realizacji wymogów prawnych i ustalonych procedur.
		Środki finansowe	1.	Brak środków finansowych na odpowiednie wyposażenie pomieszczeń zajmowanych przez jednostki zajmujące się obsługą toku studiów.
		Infrastruktura	1.	Brak pomieszczeń dostosowanych do liczby pracowników i charakteru wykonywanej pracy.
			2.	Warunki lokalowe nieadekwatne do potrzeb.
			3.	Problemy związane z funkcjonowaniem programu HMS.
		Zasoby ludzkie	1.	Braki kadrowe w jednostkach zajmujących się obsługą toku studiów.
			2.	Niewłaściwe kompetencje pracowników zajmujących się obsługą toku studiów.
			3.	Lekceważące nastawienie pracowników do przestrzegania obowiązujących przepisów.
			4.	Niewłaściwe (negatywne) traktowanie studentów / doktorantów przez pracowników.
			5.	Brak bieżącego podnoszenia kompetencji i kwalifikacji przez pracowników.
1.3	Proces kształcenia Obsługa studentów zagranicznych	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak przepisów dotyczących spraw studentów zagranicznych (sprawy stypendialne, sprawy kaucji)
			2.	Błędna interpretacja istniejących przepisów.
			3.	Wysoka czasochłonność realizacji procedur.
			4.	Nieterminowość realizacji rozliczeń i raportów wynikających z przepisów Unii Europejskiej.
		Infrastruktura	1.	Brak pomieszczeń biurowych adekwatnych do potrzeb obsługi studentów z zagranicy (mała przestrzeń, hałas)
			2.	Brak wystarczającej liczby miejsc w Domach Studenckich PK dla studentów odbywających studia częściowe.
			3.	Brak pokoi jednoosobowych o podwyższonym standardzie w Domach Studenckich PK.
			4.	Brak odpowiedniego wyposażenia pokoi w Domach Studenckich PK (np. lodówki).
		Zasoby ludzkie	1.	Wysoki wskaźnik rotacji pracowników administracyjnych.
			2.	Zbyt mała liczba pracowników do obsługi bieżących spraw, co skutkuje brakiem czasu na pracę koncepcyjną.
1.4	Proces kształcenia Jakość kształcenia –	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak procedur określających zasady zapewniania i kontrolowania jakości kształcenia.
			2.	Niestosowanie procedur określających zasady zapewniania i kontrolowania wysokiej jakości kształcenia.

		Infrastruktura	1.	Nieadekwatne wyposażenie pomieszczeń dydaktycznych (przestarzała aparatura, brak nowoczesnych laboratoriów).
		Zasoby ludzkie	1.	Brak wystarczających kompetencji pracowników zaangażowanych w realizację procesu kształcenia.
			2.	Lekceważenie kwestii dbałości o jakość oferowanego kształcenia.
			3.	Wieloletowość nauczycieli akademickich.
1.5.	Proces kształcenia Programy nauczania	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak przepisów określających zasady uchwalania programów nauczania.
			2.	Łamanie przepisów określających zasady uchwalania programów nauczania.
			3.	Brak procedur oceny zgodności programów nauczania z wymogami prawa.
			4.	Niepodejmowanie działań mających na celu uaktualnianie programów nauczania i treści programowych.
			5.	Uzależnienie programów studiów od możliwości kadrowych, a nie od zapotrzebowań studentów i rynku pracy.
			6.	Uchwalanie programów studiów w oderwaniu od obowiązujących standardów kształcenia (brak zgodności z przepisami wyższego rzędu).
		Środki finansowe	1.	Brak środków na finansowanie kosztochłonnych form zajęć.
			2.	Brak środków na finansowanie zadań związanych z praktykami zawodowymi studentów.
		Infrastruktura	1.	Brak infrastruktury pozwalającej na realizację wszystkich form zajęć przewidzianych w programach studiów.
		Zasoby ludzkie	1.	Braki kadrowe.
			2.	Brak właściwych kompetencji osób prowadzących zajęcia.
1.6	Proces kształcenia Stacjonarne i niestacjonarne studia I, II i III stopnia.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak procedur oceny właściwej realizacji przepisów wyższego rzędu dotyczących uprawnień do prowadzenia określonych form i rodzajów studiów.
			2.	Niewystarczająca obsada kadrowa.
			3.	Nieaktualne programy studiów.
			4.	Niestosowanie przepisów BHP i przyjętych procedur w procesie dydaktycznym.
		Środki finansowe	1.	Brak środków na finansowanie określonych form zajęć.
			2.	Brak środków na finansowanie zakupu pomocy naukowych i wyposażenie sal.
			3.	Niewłaściwie oszacowane koszty kształcenia studentów skutkujące niewłaściwym określeniem wysokości opłat za zajęcia dydaktyczne.
		Infrastruktura	1.	Brak wystarczającej liczby sal dydaktycznych.
			2.	Niewystarczająco wyposażone laboratoria i sale dydaktyczne.
			3.	Przestarzały sprzęt, brak nowoczesnych urządzeń.
			4.	Źle zaopatrzona biblioteka.
			5.	Niedostosowanie budynków i pomieszczeń do potrzeb studentów niepełnosprawnych.
		Zasoby ludzkie	1.	Braki kadrowe / niespełnienie minimum kadrowego określonego przepisami wyższego rzędu.
			2.	Brak kompetencji nauczycieli akademickich.
			3.	Brak podnoszenia kwalifikacji i rozwoju naukowego nauczycieli akademickich.
			4.	Niewłaściwe traktowanie studentów / doktorantów – przez nauczycieli.
			5.	Zachowania nieetyczne i korupcyjne.

1.7.	Proces kształcenia Studia podyplomowe, kursy i szkolenia	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak przepisów i procedur regulujących sprawy studiów podyplomowych oraz kursów i szkoleń
			2.	Nieprzestrzeganie istniejących przepisów i procedur, np. Regulaminu studiów podyplomowych na PK.
		Infrastruktura	1.	Brak lokalu dla jednostki zajmującej się sprawami studiów podyplomowych i kursów.
		Zasoby ludzkie	1.	Braki kadrowe w zespołach zajmujących się obsługą studiów podyplomowych i kursów.
1.8	Proces kształcenia Ocena pracy nauczycieli akademickich	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak przepisów określających zasady przeprowadzania oceny nauczycieli akademickich.
			2.	Wymogi przepisów nieadekwatne do potrzeb. Źle określone kryteria oceny.
			3.	Brak wpływu dokonanej oceny na dalszą karierę zawodową ocenianego (pozytywne i negatywne konsekwencje).
		Infrastruktura	1.	Brak systemu informatycznego pozwalającego na szybkie i sprawne przeprowadzenie oceny na szeroką skalę.
		Zasoby ludzkie	1.	Działania nauczycieli akademickich mające na celu uniknięcie oceny.
			2.	Brak zainteresowania studentów możliwością oceny pracy nauczycieli.
1.9	Proces kształcenia Organizacje i samorząd studentów i doktorantów	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak przepisów określających zasady funkcjonowania organizacji i samorządów.
			2.	Stworzenie przepisów wewnętrznych uchybiających przepisom prawa ogólnego.
			3.	Nieprawidłowa ocena zgodności statutu lub regulaminu organizacji / samorządu z przepisami prawa.
			4.	Sformułowanie procedur wewnętrznych w sposób niejasny skutkująca przewlekłością postępowania
			5.	Brak znajomości przepisów i procedur przez podmioty nieprofesjonalne.
			6.	Zwolnienie studentów / doktorantów działających w samorządach / organizacjach z odpowiedzialności za konsekwencje podejmowanych działań (wydatkowanie środków finansowych, mienie uczelni).
			7.	Brak jasno określonych zasad nadzoru nad działalnością organizacji i samorządów. Brak wykazu uprawnień i odpowiedzialności studentów i doktorantów.
		Środki finansowe	1.	Brak środków na finansowanie działalności organizacji lub samorządu.
			2.	Nieprawidłowe gospodarowanie środkami – wydatki na realizację nieistotnych zadań.
			3.	Ograniczony wpływ organów uczelni na definiowanie zadań, na które wydatkowane są środki finansowe.
		Infrastruktura	1.	Brak pomieszczeń dla organizacji studenckich i samorządów.
			2.	Brak adekwatnego wyposażenia pomieszczeń użytkowanych przez organizacje i samorządy.
		Zasoby ludzkie	1.	Brak obsługi administracyjnej organizacji i samorządów (braki kadrowe).
			2.	Brak studentów i doktorantów zainteresowanych działalnością w organizacjach lub samorządach.
			3.	Działanie w celu osiągnięcia własnych korzyści.
			4.	Brak profesjonalnego przygotowania do prowadzenia działań. Nieznajomość obowiązujących przepisów i procedur.
1.10	Proces kształcenia	Przepisy prawne i	1.	Brak przepisów lub procedur dotyczących szczegółowych zagadnień związanych z

	Sprawy dyscyplinarne studentów i doktorantów	procedury wewnętrzne		prowadzeniem spraw dyscyplinarnych.
			2.	Stworzenie przepisów wewnętrznych uczelni uchybiających przepisom ogólnym.
			3.	Nieprawidłowo stosowane przepisy wewnętrzne uczelni.
			4.	Nieznajomość obowiązujących przepisów prawa wśród osób zajmujących się przygotowaniem i orzekaniem w sprawach dyscyplinarnych.
			5.	Niestosowanie przez pracowników uczelni obowiązujących przepisów. Świadome podejmowanie decyzji sprzecznych z przepisami prawa.
			6.	Zróżnicowane interpretacje prawne tego samego przepisu prawa.
		Infrastruktura	1.	Brak pomieszczeń wydzielonych do celów prowadzenia postępowania wyjaśniającego i postępowania dyscyplinarnego (przesłuchania obwinionych i świadków, przechowywanie dokumentów).
		Zasoby ludzkie	1.	Brak przygotowania merytorycznego osób wchodzących w skład komisji dyscyplinarnych (niekompetencja).
			2.	Brak w składach komisji osób z adekwatnym przygotowaniem prawnym. Brak znajomości ogólnych przepisów prawnych niezbędnych do prowadzenia postępowania dyscyplinarnego (np. kodeks postępowania karnego, kodeks postępowania cywilnego).
			3.	Brak bieżącego podnoszenia kompetencji i kwalifikacji przez osoby zajmujące się postępowaniem dyscyplinarnym.
1.11	Proces kształcenia E-learning	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak regulaminu dotyczącego prowadzenia zajęć dydaktycznych przez Internet z wykorzystaniem platformy edukacyjnej.
			2.	Brak stabilnych rozporządzeń ministerialnych dotyczących kształcenia na odległość.
			3.	Brak procedur zapewniających przestrzeganie obowiązujących przepisów.
		Środki finansowe	1.	Brak dostatecznych środków na zakup specjalistycznego sprzętu.
			2.	Brak dostatecznych środków na zakup specjalistycznego oprogramowania.
			3.	W przypadku zastosowania oprogramowania komercyjnego, brak środków na zakup oraz bieżącą eksploatację.
		Infrastruktura	1.	Awaria serwera.
			2.	Awaria innych urządzeń aktywnych sieci.
			3.	Brak lokalu dla jednostki obsługującej sprawy e-learningu.
		Zasoby ludzkie	1.	Braki kadrowe w Zespole ds. Kształcenia Ustawicznego.
			2.	Brak nauczycieli akademickich zainteresowanych tą formą kształcenia.
2.1	Działalność naukowo-badawcza - działalność DS	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Nieustanna zmiana przepisów prawnych
			2.	Niejasne przepisy prawne
		Środki finansowe	1.	Niski poziom nakładów budżetowych na działalność B+R .
			2.	Niewystarczające środki na badania (środki na DS w większości przeznaczone są na wynagrodzenia osobowe).
			3.	Nieprawidłowo wydatkowane środki – brak związku z realizowanym tematem.
			4.	Brak środków finansowych na udział w konferencjach naukowych.
			5.	Brak środków finansowych na publikacje wyników prac w renomowanych czasopismach naukowych polskich lub zagranicznych (posiadających wysoki <i>impact factor</i>).

			6.	Brak środków finansowych na aparaturę naukowo-badawczą .
		Infrastruktura	1.	Duży stopień zużycia aparatury naukowo-badawczej.
			2.	Mała liczba laboratoriów badawczych posiadających akredytację PCA.
			3.	Brak klimatyzowanych pomieszczeń – niski komfort prowadzenia badań.
		Zasoby ludzkie	1.	Negowanie konieczności wypełniania wymogów administracyjnych.
			2.	Niedotrzymywanie terminów składania wniosków, raportów i sprawozdań.
			3.	Nieznajomość obowiązujących przepisów i procedur zew. i wew.
			4.	Brak szybkiej informacji zwrotnej w komunikacji wewnątrz uczelni
			5.	Niski poziom naukowy realizowanych tematów – efekty działalności naukowej nie odpowiadają standardom międzynarodowym.
			6.	Niewielka aktywność naukowa pracowników (minimalizm twórczy).
			7.	Brak inicjatywy ze strony pracowników naukowych organizowania konferencji naukowych i seminariów.
			8.	Mała liczba znaczących publikacji naukowych, monografii – niski wskaźnik biblio – metryczny.
			9.	Bardzo mała liczba cytowań publikacji z afiliacją jednostki.
			10.	Mała aktywność w zgłaszaniu i uzyskiwaniu patentów krajowych i międzynarodowych.
			11.	Niewielka aktywność jednostek w zakresie uczestnictwa w sieciach naukowych lub konsorcjach naukowo-przemysłowych.
			12.	Mała liczba nagród i wyróżnień krajowych i zagranicznych za działalność naukową.
			13.	Wieloletowość pracowników sfery B+R wpływająca na obniżenie aktywności badawczej.
			14.	Nieprzestrzeganie wartości etycznych.
			15.	Niedopełnienie obowiązku zgłoszenia i zarejestrowania konferencji naukowej organizowanej w jednostce.
			16.	Nierzetelne, nieprawidłowe i nieterminowe wypełnianie formularzy sprawozdawczych, kwestionariuszy oraz ankiet.
2.2	Działalność naukowo-badawcza - projekty badawcze krajowe	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Zmiana przepisów w trakcie realizacji projektu.
			2.	Niejasne przepisy prawne.
		Środki finansowe	1.	Brak środków na badania – niedostosowanie prowadzonych prac naukowo-badawczych do priorytetów gospodarki opartej na wiedzy.
			2.	Zbyt duży udział badań podstawowych w strukturze nakładów bieżących na działalność B+R (niewielka ilość środków przyznanych na badania stosowane i prace rozwojowe).
			3.	Nieprawidłowo wydatkowane środki – brak związku z realizowanym tematem.
			4.	Zwrot niewykorzystanych lub nieprawidłowo wydatkowanych środków.
			5.	Nierzetelnie sporządzona kalkulacja kosztów projektu badawczego (koszty nieadekwatne do przyjętej metodyki lub do harmonogramu i czasu realizacji badań).
			6.	Różnice kursowe walut dla zakupów zagranicznych.
		Infrastruktura	1.	Awaria aparatury naukowo-badawczej uniemożliwiająca prowadzenie badań.
			2.	Brak klimatyzowanych pomieszczeń – niski komfort prowadzenia badań.

			3.	Niegospodarność: dublowanie zakupów aparaturowych w ramach przyznanych projektów badawczych.
		Zasoby ludzkie	1.	Brak inicjatywy pracowników naukowych w zakresie pozyskiwania środków na badania naukowe (mała liczba składanych wniosków na projekty badawcze).
			2.	Niewystarczające wsparcie ze strony przełożonych w zakresie pozyskiwania środków na projekty badawcze przez młodych naukowców.
			3.	Brak inicjatywy podejmowania projektów badawczych prowadzących do konkretnych wdrożeń.
			4.	Spory w obrębie zespołu wykonawców projektu uniemożliwiające ciągłość badań.
			5.	Brak konsolidacji zespołów badawczych z różnych jednostek.
			6.	Negowanie konieczności wypełniania wymogów administracyjnych.
			7.	Niewystarczający przepływ informacji między jednostką realizującą projekt (kierownikiem tematu) a jednostkami administracyjnymi zajmującymi się rozliczaniem projektu.
			8.	Niewystarczająca kontrola realizacji projektu przez kierownika jednostki, w której projekt jest wykonywany.
			9.	Niedotrzymywanie terminów składania raportów rocznych i końcowych.
			10.	Nieprawidłowy wybór rodzaju umowy dla wykonawców.
			11.	Nieznajomość obowiązujących przepisów wew. i zew.
			12.	Zachowania korupcyjne.
			13.	Nieprzestrzeganie wartości etycznych.
			14.	Zachowania korupcyjne - podzlecanie prac naukowo-badawczych pracownikom naukowym innych jednostek PK z pominięciem procedury (bez wew. zlecenia).
			15.	Niedopełnienie obowiązku przekazania do OPI oraz do OIN Biblioteki PK informacji o rozpoczęciu, kontynuacji i zakończeniu każdego tematu badań naukowych i prac rozwojowych (SYNABA).
2.3	Działalność naukowo-badawcza - współpraca z przemysłem	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak jednolitej oferty/informacji skierowanej do przedsiębiorców nt. konkretnych możliwości nawiązania współpracy i korzyści z niej wynikających (brak internetowej platformy komunikacyjnej).
			2.	Niewystarczające edukacyjne działania medialne oraz brak współpracy z prasą biznesowo-ekonomiczną, reklamujące potencjał naukowy uczelni.
			3.	Brak uregulowań prawnych (np. podatkowych) promujących inwestycje w badania.
			4.	Brak procedury wewnętrznej dotyczącej sposobu zawierania, realizacji i rozliczania prac z jednostkami zewnętrznymi, w tym podzlecenia usług badawczych innym jednostkom PK.
		Środki finansowe	1.	Brak zapotrzebowania instytucji i firm zewnętrznych na usługi badawcze.
			2.	Niski poziom nakładów ze środków pozabudżetowych na prace B+R.
			3.	Opóźnienia w terminowym płaceniu faktur za usługi badawcze realizowane na rzecz jednostek zewnętrznych.
			4.	Brak zapłaty lub częściowa zapłata za wykonane usługi badawcze.
			5.	Wysokie koszty badań naukowych, stanowiące barierę w podejmowaniu współpracy przez przedsiębiorców.

			6.	Zapłata kar umownych za nieterminową realizację usług badawczych.
		Infrastruktura	1.	Brak specjalistycznej aparatury naukowo-badawczej umożliwiającej realizację usług badawczych.
			2.	Awaria aparatury naukowo-badawczej.
			3.	Złe warunki lokalowe – niski komfort prowadzonych usług badawczych.
		Zasoby ludzkie	1.	Mała aktywność pracowników w pozyskiwaniu zleceń na usługi badawcze od jednostek zewnętrznych.
			2.	Małe zaangażowanie kadr naukowych w prace o potencjalnym znaczeniu dla przemysłu.
			3.	Negowanie konieczności wypełniania wymogów administracyjnych.
			4.	Niedotrzymywanie terminów składania wszelkich dokumentów, w tym: - zgłaszanie tematu do rejestracji po wykonaniu zleconych prac, - zawieranie umów z wykonawcami po zakończeniu prac usługowych, - przekazywanie do Działu Badań Naukowych protokołów zdawczo-odbiorczych wykonanych usług z opóźnieniem uniemożliwiającym terminowe wystawienie faktury.
			5.	Brak komunikacji pomiędzy jednostką realizującą a jednostkami rozliczającymi temat.
			6.	Konflikt interesów – realizacja zleconych uczelni usług badawczych przez firmy prywatne pracowników.
			7.	Zachowania korupcyjne - wykonywanie usług badawczych z wykorzystaniem bazy laboratoryjnej PK bez zlecenia, rejestracji i rozliczenia tematu przez uczelnię.
			8.	Zachowania korupcyjne - podzlecenie usług badawczych pracownikom naukowym innych jednostek PK z pominięciem procedury (bez wew. zlecenia).
			9.	Niskie kompetencje naukowców lub ich zbyt teoretyczne podejście powodujące brak gotowości i chęci do współpracy ze strony przedsiębiorstw
2.4	Działalność naukowo-badawcza - patenty i ochrona własności intelektualnej	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Zmiana przepisów w trakcie realizacji umów.
			2.	Nieznajomość przepisów prawa powszechnie obowiązującego i wewnętrznego Politechniki Krakowskiej przez pracowników naukowych.
			3.	Nieprzestrzeganie wewnętrznych procedur.
			4.	Niedotrzymywanie terminów przez twórców w zakresie procedur zmierzających do uzyskania praw wyłącznych.
			5.	Braki w dokumentacji rozwiązań zgłaszanych do ochrony.
			6.	Brak procedury pozwalającej na ustalanie kierunków badań pod kątem możliwości uzyskania ochrony własności intelektualnej ich wyników.
		Środki finansowe	1.	Niewystarczające środki finansowe na zapewnienie międzynarodowej ochrony patentowej.
			2.	Brak środków finansowych na nieustanne podnoszenie kwalifikacji przez osoby zajmujące się ochroną własności intelektualnej.
			3.	Brak środków finansowych na systemowe podnoszenie świadomości pracowników naukowych w zakresie wagi i znaczenia ochrony własności intelektualnej.
		Zasoby ludzkie	1.	Braki w zasobach kadrowych.
			2.	Brak świadomości wagi ochrony własności intelektualnej wśród naukowców.
			3.	Dokonywanie niepełnych ujawnień przez twórców.

2.5	Działalność naukowo-badawcza - transfer technologii		4.	Zbyt powolny rozwój kadry - zmniejszenie potencjału naukowego.
			5.	Brak systemu kontroli wyników pracy naukowej w kontekście ochrony własności intelektualnej.
			6.	Mała atrakcyjność współpracy z Politechniką Krakowską dla pracowników naukowych i specjalistów w zakresie ochrony własności intelektualnej.
		Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak promowania i wspierania przedsiębiorczości i innowacyjności w środowisku akademickim Uczelni.
			2.	Niewystarczająca współpraca z organizacjami okołobiznesowymi wspierającymi rozwój przedsiębiorczości.
			3.	Niedostosowanie prowadzonych prac naukowo-badawczych do priorytetów gospodarki opartej na wiedzy.
			4.	Niewystarczająca promocja ofert technologicznych, patentów i wyników prac badawczo-rozwojowych PK.
			5.	Nadmierna formalizacja i administracyjna „proceduralizacja” mechanizmów komercjalizacji i transferu wiedzy.
			6.	Mały wpływ osiągnięć wdrożeniowych i patentów na ścieżkę kariery pracowników naukowych.
			7.	Niewystarczająca wymiana informacji pomiędzy jednostkami w zakresie zasobów i ofert dotyczących komercjalizacji i transferu technologii.
			8.	Brak bodźców motywujących kadrę naukową do realizacji prac wdrożeniowych, zgłaszania patentów.
			9.	Niedostateczny poziom kontaktów i współpracy szkół wyższych z sektorem gospodarczym.
			10.	Brak systemu kontroli wyników pracy naukowej w kontekście ich przyszłego transferu do przemysłu.
			11.	Brak procedury pozwalającej na ustalanie kierunków badań pod kątem możliwości transferu wyników do przemysłu.
			12.	Niewystarczająca ochrona własności intelektualnej (np. w efekcie przedwczesnej publikacji) uniemożliwiająca dokonanie odpłatnego transferu wyniku do przemysłu.
		Środki finansowe	1.	Niewystarczające nakłady na finansowanie osób zajmujących się komercjalizacją i transferem technologii.
			2.	Niewystarczające środki finansowe na obsługę procesu transferu technologii.
			3.	Brak dostępu do zewnętrznych instrumentów finansowych.
			4.	Brak środków na szkolenia i podnoszenie kwalifikacji osób zajmujących się komercjalizacją i transferem technologii.
			5.	Brak środków na promocję, targi, wystawy, itp.
		Infrastruktura	1.	Brak właściwego zaplecza (pomieszczenia do indywidualnych spotkań z klientami zapewniające dyskrecję, salki szkoleniowo-konferencyjne) dla jednostki prowadzącej transfer technologii.
			2.	Rozproszona lokalizacja osób zajmujących się komercjalizacją i transferem technologii.
		Zasoby ludzkie	1.	Brak inicjatywy w zakresie zakładania i prowadzenia działalności gospodarczej, spółek

				spin-off, spin-out i start-up, oraz brak wiedzy i umiejętności z tego zakresu.
			2.	Niska elastyczność adaptacyjna naukowców i wyników ich prac do zmieniających się warunków otoczenia gospodarczego.
			3.	Brak wykwalifikowanej i doświadczonej kadry zajmującej się transferem technologii i komercjalizacją.
			4.	Niski poziom świadomości na temat przydatności badań naukowych w gospodarce i pozytywnych efektów komercjalizacji badań naukowych.
			5.	Brak motywacji i pewności siebie w ostateczne wdrożenie własnego pomysłu.
			6.	Brak świadomości znaczenia transferu technologii wśród naukowców.
			7.	Niedostateczne cechy przedsiębiorcze i zdolności komunikacyjne z otoczeniem gospodarczym.
			8.	Nieznajomość obowiązujących przepisów i procedur zew. i wew.
			9.	Niedotrzymywanie terminów przez twórców w zakresie procesu transferu technologii.
			10.	Braki w dokumentacji dotyczącej rozwiązań będących przedmiotem transferu
2.6	Działalność naukowo-badawcza - Akademicki Inkubator Przedsiębiorczości	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak szczegółowych regulacji w zakresie posługiwania się logo i nazwą PK przez Beneficjentów AIP PK.
			2.	Brak szczegółowych regulacji dotyczących udzielania pomocy publicznej Beneficjentom AIP PK.
			3.	Konieczność identyfikacji konkurencyjnej działalności Beneficjentów AIP PK w stosunku do jednostek PK (zgodnie z Regulaminem AIP PK wymaga zgody Rektora lub właściwego prorektora).
			4.	Brak szczegółowych regulacji w zakresie możliwości tworzenia spółek spin off/out (konieczność określenia procedury w taki sposób aby działalność takich spółek przynosiła korzyści finansowe dla PK).
		Środki finansowe	1.	Ograniczone możliwości finansowania AIP PK przez PK (zgodnie z Regulaminem AIP PK finansowanie przez okres 2 lat).
			2.	Kończące się środki finansowe z funduszy strukturalnych na lata 2007-2013.
			3.	Możliwość zakwestionowania wydatków finansowanych z funduszy strukturalnych przez późniejsze kontrole.
			4.	Opóźnienia w przekazywaniu opłat na rzecz AIP PK przez jego Beneficjentów.
		Infrastruktura	1.	Ograniczona powierzchnia biurowa AIP PK (brak możliwości zapewnienia oddzielnych biur każdemu z Beneficjentów AIP PK).
			2.	Brak możliwości organizowania szkoleń dla większej liczby uczestników (max. 9 osób) na terenie AIP PK z uwagi na ograniczoną powierzchnię AIP PK.
			3.	W przypadku zatrudnienia kolejnych pracowników finansowanych ze środków funduszy strukturalnych brak wystarczającej liczby stanowisk pracy.
		Zasoby ludzkie	1.	W przypadku dynamicznego rozwoju AIP niewystarczające zasoby ludzkie do obsługi Beneficjentów AIP PK.
			2.	Trudności z pozyskaniem wykwalifikowanych pracowników (konieczność rozwiązywania interdyscyplinarnych problemów Beneficjentów AIP PK).
2.7	Działalność naukowo-badawcza	Przepisy prawne i procedury	1.	Brak uprawnień do nadawania stopnia dr i dr hab.
			2.	Cofnięcie, ograniczenie lub zawieszenie uprawnień do nadawania stopnia dr i dr hab.

	- rozwój kadry naukowej	wewnętrzne		przez Centralną Komisję ds. Stopni i Tytułów.
			3.	Nieprawidłowy tryb przeprowadzenia przewodu doktorskiego lub habilitacyjnego .
			4.	Podważenie przez Centralną Komisję uchwał rady prowadzącej postępowanie o nadanie stopnia lub tytułu naukowego.
			5.	Zbyt duże obciążenie dydaktyczne.
		Środki finansowe	1.	Brak środków na wynagrodzenia za recenzje w przewodzie doktorskim i habilitacyjnym oraz za pełnienie funkcji promotora w przewodzie doktorskim.
			2.	Uzależnienie wszczęcia przewodu od wniesienia przez kandydata do stopnia opłat na poczet kosztów przewodu doktorskiego lub habilitacyjnego.
			3.	Brak środków na stypendia doktorskie lub habilitacyjne.
		Infrastruktura	1.	Niewystarczające zaplecze naukowo-badawcze w zakresie dyscypliny naukowej, w której jednostka składa wniosek o przyznanie uprawnień.
			2.	Niewystarczające zasoby biblioteczne w zakresie dyscypliny naukowej, w której jednostka składa wniosek o przyznanie uprawnień.
			3.	Brak dbałości o stworzenie atrakcyjnych warunków do prowadzenia badań.
		Zasoby ludzkie	1.	Niewystarczająca liczba osób zatrudnionych w jednostce z tytułem profesora lub stopniem dr hab. o profilu naukowym umożliwiającym uzyskanie uprawnień do nadawania stopnia dr lub dr hab. (brak minimum kadrowego).
			2.	Niski poziom działalności naukowej uniemożliwiający otrzymanie lub cofający przyznane uprawnienia do nadawania stopnia dr lub dr hab.
			3.	Nieprzestrzeganie wartości etycznych.
			4.	Zbyt powolna ścieżka kariery naukowej (uzyskiwanie stopnia dr hab. i tytułu profesora w zbyt późnym wieku).
			5.	Nieodpowiednia struktura wieku kadry naukowej (w szczególności tzw. samodzielnych pracowników naukowych).
			6.	Odływ części młodej kadry naukowej za granicę.
2.8	Działalność naukowo-badawcza - zbiory biblioteczne, informacja naukowa,	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Zbyt częste zmiany i nowelizacje przepisów prawa i procedur (zewnętrznych i wewnętrznych).
			2.	Niepraktyczne formaty (pdf) i miejsce zamieszczania dokumentów wewnętrznych do pobierania.
		Środki finansowe	1.	Brak środków na zbiory biblioteczne (drukowane i elektroniczne).
			2.	Brak środków na infrastrukturę IT.
			3.	Brak środków na utrzymanie i poprawę infrastruktury.
			4.	Brak środków na podwyżki płac dla wyróżniających się pracowników.
			5.	Różnice kursowe walut dla zakupów zagranicznych.
		Infrastruktura	1.	Brak możliwości wprowadzania nowych technologii bibliotecznych - stary, wyeksploatowany budynek.
			2.	Niski komfort korzystania ze zbiorów bibliotecznych (małe pomieszczenia, hałas, złe oświetlenie, brak klimatyzacji).
			3.	Bariery architektoniczne dla użytkowników niepełnosprawnych.
			4.	Złe warunki pracy (małe pomieszczenia, hałas, złe oświetlenie, brak klimatyzacji).
			5.	Brak miejsca na zbiory drukowane.

			6.	Brak możliwości zabezpieczenia zbiorów (magazyny biblioteczne w większości dostępne dla osób nieuprawnionych).
			7.	Brak profesjonalnie zabezpieczonych magazynów na zbiory specjalne (druki XVII-XIX w.) (pomieszczenia klimatyzowane, systemy gaśnicze, alarmowe itp.).
			8.	Brak zewnętrznego miejsca na kopie zapasowe systemów bibliotecznych i danych.
			9.	Brak dostępu do sieci Internet.
			10.	Niewystarczające zabezpieczenie danych osobowych (możliwość dostępu osób nieupoważnionych).
		Zasoby ludzkie	1.	Nieznajomość obowiązujących przepisów zew. i wew. oraz procedur wew.
			2.	Nieprzestrzeganie przepisów i procedur (zewnętrznych i wewnętrznych), w tym:: - niedopełnienie przez pracowników PK obowiązku przekazania do OIN Biblioteki PK informacji nt. wydanych publikacji, - niedopełnienie obowiązku przez autora rozprawy doktorskiej przekazania do Biblioteki PK egzemplarza rozprawy
			3.	Nieprzestrzeganie dyscypliny pracy.
			4.	Brak przejrzystego systemu zastępstw.
			5.	Zbyt powolny rozwój kadry.
			6.	Niska motywacja związana z niskimi płacami.
			7.	Niska motywacja związana ze zbyt powolnym rozwojem instytucji.
			8.	Brak systemu permanentnego podnoszenia kwalifikacji.
3.1	Proces zatrudniania	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Częste zmiany przepisów prawnych oraz brak jednoznacznej wykładni .
			2.	Brak procedur wewnętrznych dot. zatrudniania nauczycieli akademickich.
			3.	Fikcyjne konkursy dotyczące naboru na nowe stanowiska pracy (z góry wiadomo kto wygra konkurs).
			4.	Brak spójnych ogólnouczelnianych regulacji wewnętrznych dot. ponownego zatrudniania nauczycieli akademickich po rozwiązaniu stosunku pracy z powodu przejścia na emeryturę.
			5.	Dalsze zatrudnianie nauczycieli akademickich na stanowiskach asystentów lub adiunktów którzy w terminie określonym w Statucie nie uzyskali stopnia dr lub dr hab.
			6.	Brak opisów stanowisk pracowników niebędących nauczycielami akademickimi.

			7	Zgłoszenie do ZUS nieprawidłowych danych identyfikacyjnych pracowników, danych adresowych i in.
			8	Nieprawidłowe dokumenty zgłoszeniowe i wyrejestrowujące przekazywane do ZUS.
			9	Nieprawidłowy obieg dokumentów oraz opieszałość w ich przekazywaniu do odpowiednich służb.
		Środki finansowe	1.	Utrudniony nabór najlepszej na rynku pracy kadry, związany z ograniczeniami wynikającymi z proponowanego poziomu wynagrodzeń - bariery w postaci Rozporządzenia MNiSW – taryfikator – określone pułapy wynagrodzeń.
			2.	Nieplanowanie przez jednostki organizacyjne zapotrzebowania na nowe etaty wraz z zabezpieczeniem odpowiednich środków finansowych.
		Infrastruktura	1.	Złe warunki lokalowe.
			2.	Utrudniony dostęp do wielu jednostek organizacyjnych (duże rozproszenie kampusów PK).
			3.	Niewystarczająca infrastruktura (programy, sieć internetowa, sprzęt, aparatura, wyposażenie stanowisk pracy).
			4.	Nieprawidłowe działanie programu HMS.
		Zasoby ludzkie	1.	Brak długofalowej polityki kadrowej zmierzającej do wyrównywania braków w kadrze głównie dydaktycznej związanych z odejściem na emerytury.
			2.	Nie odnawianie kadr (zatrudnienie pracowników w wieku emerytalnym).
			3.	Brak jasnych i powszechnie znanych procedur motywujących do rozwiązywania stosunku pracy z pracownikami osiągniętymi wiek emerytalny.
			4.	Nie zgłaszanie w ustawowym terminie przez pracowników będących nauczycielami akademickimi Rektorowi faktu podejmowania dodatkowego zatrudnienia lub prowadzenia działalności gospodarczej.
			5.	Niekompetencja służb biorących udział w procesie zatrudniania pracowników.
3.2	Przygotowanie pracownika do	Przepisy prawne i	1.	Brak zakresów obowiązków w momencie obejmowania stanowiska pracy.

	pracy	procedury wewnętrzne	2.	Brak zdolności do pracy przed podjęciem zatrudnienia.
			3	Podejmowanie zatrudnienia przed zawarciem umowy o pracę lub mianowaniem.
			4	Brak procedur wewnętrznych przy zatrudnianiu kadry kierowniczej – związanych z przeszkoleniem z zakresu np. zarządzania personelem lub zasobami.
			5	Dopuszczanie do przetwarzania danych osobowych pracowników nie posiadających wymaganych uprawnień.
		Środki finansowe	1.	Ograniczone środki finansowe na szkolenia pracowników nowozatrudnionych.
			2.	Ograniczone środki finansowe na wyposażenie nowych stanowisk pracy.
		Infrastruktura	1.	Nieadekwatne do zajmowanego stanowiska pracy i zakresu obowiązków lub przestarzałe wyposażenie stanowisk pracy.
		Zasoby ludzkie	1.	Nie przeprowadzanie przez przełożonych instruktaży stanowiskowych pracowników nowozatrudnionych.
			2.	Nie zapoznavanie nowego pracownika z obowiązującymi regulacjami, obiegiem dokumentów oraz strukturą uczelni.
3.3	Zakresy czynności pracowników	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak zakresów czynności dla nauczycieli akademickich oraz dla pozostałych pracowników
			2.	Zbyt ogólne zakresy czynności, nie stanowiące pełnego odbicia zakresu działania jednostek organizacyjnych.
			3.	Brak bieżącej aktualizacji zakresów czynności.
			4.	Brak wewnętrznych regulacji dotyczących sporządzenia zakresów obowiązków dla nauczycieli akademickich.

			5	Zakresy czynności przekraczające obiektywne możliwości danego stanowiska - wymuszające pracę w godzinach nadliczbowych.
		Środki finansowe	1.	Ograniczone środki finansowe, mające wpływ na nieadekwatne do zakresów obowiązków służbowych poziomy wynagrodzeń.
		Infrastruktura	1.	Niewystarczająca infrastruktura utrudniająca realizację powierzonych zakresem czynności zadań.
		Zasoby ludzkie	1.	Nie wywiązywanie się kierowników jednostek organizacyjnych z obowiązku sporządzania i bieżącego aktualizowania zakresów czynności podległym pracownikom.
			2.	Powierzanie obowiązków przekraczających kompetencje i możliwości wynikające z wykształcenia i doświadczenia zawodowego pracownika.
3.4	Prowadzenie akt osobowych	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Nieprawidłowe ułożenie dokumentów w aktach osobowych.
			2.	Brak opisu, wykazu i numeracji dokumentów znajdujących się w aktach osobowych.
			3.	Nieprawidłowa archiwizacja akt osobowych.
		Środki finansowe	1.	Ograniczone środki finansowe na zwiększenie zatrudnienia w jednostce prowadzącej akta osobowe (ciągłe nadrabianie wieloletnich zaniechań w prowadzeniu akt osobowych).
		Infrastruktura	1.	Trudności lokalowe w jednostce prowadzącej akta osobowe pracowników.
			2.	Niewystarczające zabezpieczenie szaf w których przechowywane są akta osobowe pracowników uczelni.
		Zasoby ludzkie	1.	Ograniczenia kadrowe w jednostce prowadzącej akta osobowe pracowników.
			2.	Niekompetencja pracowników w zakresie prowadzenia i przechowywania akt osobowych.
			3.	Udostępnianie akt osobowych osobom i instytucjom nieuprawnionym.
3.5	Wynagradzanie dla pracowników	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak regulaminu wynagradzania.
			2.	Brak wewnętrznych procedur dotyczących podwyższania wynagrodzenia dla pracowników uczelni.
			3.	Brak zapisów w umowach o pracę i aktach mianowania dotyczących podziału wynagrodzenia zasadniczego chronionego prawem autorskim.
			4.	Nie potwierdzanie przez wnioskodawców posiadanych środków zewnętrznych przeznaczanych na wynagrodzenia płatne ze środków pozabudżetowych.

			5	Nie zgodne z obowiązującym prawem przyznawanie dodatków do wynagrodzenia zasadniczego (wynagrodzenie za nadgodziny, dyżur, dodatki funkcyjne i specjalne, premie, środki zewnętrzne – dodatkowe stawki godzinowe).
			6	Przekroczenia górnych limitów (określonych w taryfikatorze) wynagrodzenia zasadniczego.
			7	Przekroczenia funduszu premiowego przyznanego danej jednostce organizacyjnej.
			8	Brak zabezpieczenia w budżetach projektów zewnętrznych środków na: wynagrodzenia roczne (13-pensja), dodatki stażowe, premie, nagrody jubileuszowe, odpisy na ZFŚS, ZUS.
		Środki finansowe	1.	Ograniczone środki finansowe na podwyżki i dodatki do wynagrodzeń.
		Infrastruktura	1.	Nieprawidłowe działanie, awaria programów komputerowych mających wpływ na wypłaty wynagrodzeń lub sporządzanie list płac itp.
		Zasoby ludzkie	1.	Brak motywacyjnego systemu wynagradzania.
			2.	Niskie płace zasadnicze pracowników finansowanych tylko z dotacji budżetowej. Dysproporcja w stosunku do osób zatrudnionych do projektów zewnętrznych.
			3.	Niekompetencja pracowników odpowiadających za naliczanie wynagrodzeń.
3.6	System i plany szkoleń	Przepisy prawne i	1.	Brak systemu szkoleń.

		procedury wewnętrzne	2.	Brak planów szkoleń.
			3.	Brak obowiązującej regulacji wewnętrznej dot. podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pracowników.
		Środki finansowe	1.	Ograniczone środki finansowe na systematyczne szkolenia pracowników zarówno z inicjatywy pracownika jak również uczelni.
		Infrastruktura	1.	Brak komórki organizacyjnej kompleksowo zajmującej się organizacją, obsługą i planowaniem szkoleń dla pracowników uczelni.
		Zasoby ludzkie	1.	Niechęć pracowników do udziału w szkoleniach.
			2.	Brak związku pomiędzy podnoszeniem kwalifikacji zawodowych a ścieżkami kariery.
			3.	Brak motywacyjnego oddziaływania kierowników jednostek organizacyjnych na udział pracowników w szkoleniach.
3.7	Działalność socjalna dla pracowników	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1	Nieprawidłowe naliczanie dopłat ZFŚS do wypoczynku, pomocy rzeczowo-finasowej, abonamentów do opery i filharmonii, biletów do kina, zabiegów rehabilitacyjnych zajęć sportowych i turystycznych (basen, rajd, karta MULTISPORT).
			2.	Nieterminowa i niekompletna realizacja obciążeń za wykorzystane świadczenia socjalne.
		Środki finansowe	1.	Brak środków na sfinansowanie części zaplanowanej na dany rok kalendarzowy działalności socjalnej.
			2	Wyczerpanie środków finansowych na wypłatę świadczeń socjalnych, szczególnie pod koniec roku kalendarzowego.
		Zasoby ludzkie	1.	Trudności kadrowe w przypadku nieprzewidzianych absencji pracowników zajmujących się działalnością socjalną.
			2.	Niekompetencja pracowników w zakresie spraw socjalnych.
3.8	Ocena pracowników	Przepisy prawne i procedury	1.	Brak wpływu okresowej oceny pracowników na awansowanie pracownika, nagrody, wyróżnienia i odznaczenia.

		wewnętrzne	2.	Brak wpływu oceny na podniesienie poziomu wykonywanej pracy.
			3.	Brak wpływu ocen na planowania szkoleń i ich zakresów.
			4	Brak wpływu negatywnej oceny na kontynuowanie zatrudnienia.
		Środki finansowe	1.	Ograniczone środki finansowe na podwyżki i nagrody mające związek z ocenami okresowymi.
		Zasoby ludzkie	1.	Brak obiektywizmu przełożonych przy dokonywaniu ocen okresowych.
			2.	Brak zrozumienia wśród ocenianych pracowników zasadności dokonywanych ocen okresowych.
			3	Nieprawidłowe dopasowanie kryteriów oceny do wyboru przez bezpośredniego przełożonego do danego pracownika i zajmowanego stanowiska.
3.9	System nagród i kar	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak jasnego systemu nagród i kar.
		Środki finansowe	1.	Ograniczone środki finansowe na przyznawanie nagród pieniężnych.
		Zasoby ludzkie	1.	Niewykorzystywanie przez Kierowników jednostek narzędzi w postaci procedury karania jako instrumentu dyscyplinującego pracowników.
3.10	Urlopy	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak planów urlopowych.
			2.	Brak pełnego wykorzystania zaległości urlopowych do końca I kwartału kolejnego roku kalendarzowego oraz błędnie sporządzane plany urlopowe, nie zawierające pełnego wykorzystania przysługującego pracownikowi urlopu.

			3	Udzielanie urlopów poza planem urlopowym.
			4.	Nieuprawnione udzielanie urlopów szkoleniowych i urlopów dodatkowych.
			5	Nieuprawnione wypłaty ekwiwalentów za urlop.
		Środki finansowe	1.	Wypłaty ekwiwalentów mające związek z nieprawidłową polityką urlopową jednostek organizacyjnych – duże zaległości urlopowe.
			2.	Nieprawidłowa polityka urlopową powodująca narastające zaległości (szczególnie w grupie nauczycieli akademickich) narażająca PK na kary pieniężne w razie kontroli np. PIP.
		Zasoby ludzkie	1.	Niezgodna z obowiązującym prawem polityka urlopową w poszczególnych jednostkach organizacyjnych (zaległości urlopowe).
			2.	Brak formalnego delegowania uprawnień w razie absencji kierowników (jeżeli nie ma formalnego zastępcy).
			3.	Brak ciągłości działania jednostki w sytuacji absencji urlopowej pracownika merytorycznego (niekompetencja pracowników zastępujących).
3.11	Aktualne badania lekarskie	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Dopuszczanie pracownika do pracy bez aktualnych badań lekarskich.
			2.	Nieaktualne badania okresowe i brak ważnych badań kontrolnych po okresie absencji chorobowej trwającej powyżej 30 dni.
			3.	Brak kontroli aktualności badań lekarskich przez kierowników jednostek organizacyjnych.
			4.	Nieprawidłowo określana lub nieokreślona charakterystyka warunków środowiska pracy w wystawianych skierowaniach w sytuacji występowania czynników szkodliwych lub warunków uciążliwych w pracy.

		Środki finansowe	1.	Ograniczone środki finansowe mające wpływ na niską jakość wykonywanych badań okresowych.
		Zasoby ludzkie	1.	Nie wystawianie skierowań na badania lekarskie okresowe i kontrolne lub ich zbyt późne wystawianie przez bezpośrednich przełożonych co ma wpływ na dopuszczanie pracowników do pracy bez ważnych badań lekarskich.
			2.	Uchylanie się od obowiązku wykonywania badań okresowych i kontrolnych przez pracowników.
3.12	Zawieranie umów zlecenia i o dzieło	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Nieprawidłowy wybór rodzaju umowy zlecenia lub o dzieło.
			2.	Zastępowanie umów o pracę umowami cywilno-prawnymi.
			3.	Niezachowanie wymaganego terminu przekazywania umów cywilno-prawnych do rejestracji, co ma wpływ na nieterminowe wysyłanie dokumentów ubezpieczeniowych do ZUS.
			4.	Nieprawidłowe dokumenty zgłoszeniowe osób wykonujących czynności na podstawie umów cywilno-prawnych mające wpływ na podleganie ubezpieczeniom społecznym i zdrowotnemu oraz naliczeniu składek ZUS.
			5	Zgłoszenie do ZUS nieprawidłowych danych identyfikacyjnych i danych adresowych wykonawców lub zleceniobiorców.
			6	Podpisywanie umów cywilno-prawnych przez osoby nie posiadające pełnomocnictwa.
			7	Nieprzestrzeganie przepisów ustawy prawo zamówień publicznych oraz wewnętrznej regulacji dotyczącej postępowania przetargowego lub analizy ofert.
		Środki finansowe	1.	Nieprawidłowe stawki za prace wykonywane na podstawie umów zlecenia.
			2.	Wyplacanie dodatkowo środków finansowych za prace wykonywane na podstawie umów cywilno-prawnych pomimo, że praca została wykonana w ramach umowy o pracę lub mieściła się w zakresie działania jednostki i (dot. pracowników uczelni).
			3.	Zawyżone stawki godzinowe w stosunku do rodzaju wykonywanych czynności
		Zasoby ludzkie	1.	Powierzanie pracownikom uczelni prac wchodzących w ich zakres obowiązków.
			2.	Wykonywania zadań przez pracowników uczelni na podstawie umów cywilnoprawnych

				w czasie pracy obowiązującym w ramach umowy o pracę. .
			3.	Podejmowanie wykonywania czynności przez zleceniobiorców lub wykonawców przed zawarciem umów cywilno-prawnych.
4.	Administrowanie i ochrona mienia uczelni	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Nieprawidłowy tryb wyłonienia dzierżawcy lub najemcy zasobami lokalowymi i gruntowymi.
			2.	Wyłonienie dzierżawcy lub najemcy z pominięciem przyjętych procedur.
			3.	Nieprawidłowa ewidencja mienia jego inwentaryzacja i likwidacja oraz zabezpieczenie i ochrona.
			4.	Niezapewnienie ciągłości dostawy mediów przez zewnętrzne podmioty poprzez nieprawidłowy ich wybór.
		Środki finansowe	1.	Nieprawidłowe szacunki wartości lokali i gruntów oraz mienia ruchomego.
			2.	Brak dostatecznych środków na zakup odpowiedniej ilości i jakości mediów.
		Zasoby ludzkie	1.	Braki kadrowe w Dziale Gospodarczym i Dziale Eksploatacji.
			2.	Niewłaściwe kompetencje pracowników zaangażowanych w proces wylaniania dzierżawców lub najemców.
			3.	Zachowania o charakterze korupcyjnym.
5.1	prowadzenie centralnego rejestru zamówień publicznych	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Niezgodność działań z przepisami wewnętrznymi.
		Środki finansowe	1.	Ryzyko przyjęcia wniosku bez zabezpieczenia finansowego na realizację wnioskowanego zamówienia.
		Infrastruktura	1.	Zamówienie niecelowe.
		Zasoby ludzkie	1.	Błędnej interpretacji zakresu pełnomocnictwa przez przyjmującego wniosek.
			2.	Ryzyko nadania błędnego numeru z rejestru.
5.2	Sporządzanie planu zamówień publicznych uczelni Cel: uzyskanie wstępnych informacji w zakresie rodzaju i wartości planowanych zamówień.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Niezgodność działań z przepisami wewnętrznymi.
		Środki finansowe	1.	Nierzetelne planowanie źródeł finansowania.
		Infrastruktura	1.	Planowanie zamówień niecelowych.
		Zasoby ludzkie	1.	Ryzyko nierzetelnego planowania, Ryzyko błędnego szacowania, Ryzyko niezachowania terminu sporządzenia planu.
5.3	Ustalenie trybu przeprowadzania postępowań o zamówienie publiczne;	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Niezgodność decyzji z przepisami ustawy.
		Środki finansowe	1.	Wybór niekonkurencyjnego trybu odbija się na cenie zamówienia, brak konkurencji - wykonawca może narzucać wyższą cenę i niższą jakość.
			2.	Nałożenie kary pieniężnej, korekty finansowe w przypadku zamówień publicznych współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej.
			3.	Błędny wybór trybu zamówienia może prowadzić do unieważnienia umowy.
		Zasoby ludzkie	1.	Ryzyko błędnej interpretacji przepisów prawnych wnioskodawców zamówienia, brak nadzoru.

			2.	Nacisk przez jednostki zamawiające. Składanie nieprawdziwych informacji.
5.4	Przeprowadzanie procedury o zamówienie publiczne zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych: obszar stosowania dostawy, usługi, roboty budowlane Cel: Jawność postępowania według przejrzystych i obiektywnych reguł, równe traktowanie podmiotów ubiegających się o zamówienie, uczciwa konkurencja, bezstronność, obiektywizm, forma pisemna.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Niezgodność działań z przepisami prawa i przepisami wewnętrznymi.
			2.	Niezrozumienie, błędna interpretacja przepisów prawa.
			3.	Nieznajomość przepisów i procedur wewnętrznych.
			4.	Nieprecyzyjne przepisy prawa.
		Środki finansowe	1.	Niegospodarność wydatkowania środków finansowych.
			2.	Źle szacowana wartość zamówienia.
			3.	Nałożenie kar pieniężnych.
			4.	Korekty finansowe w przypadku zamówień publicznych współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej. Ryzyko roszczeń wykonawców zwrotu kosztów udziału w postępowaniu w przypadku jego unieważnienia z winy zamawiającego.
		Infrastruktura	1.	Opis przedmiotu zamówienia ponad potrzeby.
			2.	Umowa sporządzona niezgodnie z wymaganiami przepisów prawa -ryzyko nieważności umowy.
			3.	Ryzyko niezrealizowania lub opóźnienia zamówienia.
		Zasoby ludzkie	1.	Nieznajomość przepisów prawa i przepisów wewnętrznych pracowników biorących udział w postępowaniu.
			2.	Zbyt mała liczba pracowników posiadających kwalifikacje zawodowe z zakresu zamówień publicznych, nadmierne obciążenie pracowników obsługujących postępowania.
			3.	Brak możliwości podnoszenia kwalifikacji - brak środków finansowych na udział w warsztatach szkoleniowych, studiach podyplomowych.
			4.	Udział w postępowaniu osób niezapewniających bezstronności i obiektywizmu.
			5.	Ryzyko korupcji.
5.5	Przygotowanie postępowania: sporządzenie specyfikacji istotnych warunków zamówienia	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Specyfikacja przygotowana niezgodnie z wymaganiami ustawowymi. Niestosowanie lub obchodzenie przepisów prawa.
		Środki finansowe	1.	Ryzyko wyeliminowania ofert korzystnych.
			2.	Ryzyko poniesienia kosztów postępowania KIO.
		Infrastruktura	1.	Ryzyko nabywania zamówień niskiej jakości.
			2.	Ryzyko wyboru nierzetelnych wykonawców poprzez nieprecyzyjne ustalenie wymogów podmiotowych lub niedostosowanie ich do udzielanego zamówienia.
		Zasoby ludzkie	1.	Osoby wykonujące czynności w postępowaniu mogą określić warunki lub kryteria preferujące określonych wykonawców; mogą popełniać błędy skutkujące składaniem odwołań uczestników postępowania lub rodzące odpowiedzialność za naruszenie

				dyscypliny finansów publicznych.
			2.	Niedoprecyzowanie istotnych postanowień umowy w tym kar umownych wystarczająco chroniących interesy zamawiającego
			3.	Manipulacja przetargiem.
			4.	Brak fachowego przygotowania do prowadzenia negocjacji.
5.6	Sporządzanie protokołu postępowania i sprawozdania do UZP	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Niestosowanie przepisów prawa.
		Zasoby ludzkie	1.	Błędy, zaniedbanie, niestaranność wykazywana przez instytuty kontroli.
6.1	planowanie (plan rzeczowo-finansowy), korekta planu, monitorowanie wykonania planu, sprawozdanie z wykonania planu	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Nieterminowe złożenie planów przez jednostki wewnętrzne i piony administracji.
			2.	Brak pozytywnej opinii SKGBiF.
			3.	Niezatwierdzenie PRF przez Senat PK.
			4.	Zmiany przepisów zewnętrznych w trakcie realizacji planu.
			5.	Długotrwałe procedury przetargowe.
			6.	Błędnie skalkulowane wartości poszczególnych pozycji planu.
			7.	Korekta (obcięcie) dotacji budżetowych.
			8.	Pozyskanie dodatkowych środków krajowych i zagranicznych nie podlegających zwrotowi.
			9.	Późne otrzymywanie decyzji przyznającej dotację.
			10.	Brak zaplanowanych środków na realizację planu.
			11.	Różnice kursowe przy WNT i imporcie usług.
		Infrastruktura	1.	Awaria systemu informatycznego.
		Zasoby ludzkie	1.	Duża ilość absencji chorobowych.
			2.	Brak personalnej odpowiedzialności za realizację planu.
			3.	Brak monitorowania wykonania planu.
			4.	Niewystarczający przepływ informacji.
6.2	pozyskiwanie środków, dywersyfikacja źródeł finansowania działalności uczelni	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Częste zmiany przepisów zewnętrznych.
			2.	Brak rozeznania rynku usług edukacyjnych, naukowo-badawczych, IT w otoczeniu zewnętrznym bliższym i dalszym.
		Środki finansowe	1.	Brak dostatecznych środków na prefinansowanie działań.
			2.	Ograniczone środki na promocję.
		Zasoby ludzkie	1.	Niewystarczająca znajomość przepisów.
			2.	Niewystarczająca znajomość języków obcych.
6.3	rachunkowość, w tym: – prowadzenie ksiąg rachunkowych; – okresowe ustalanie rzeczywistego stanu aktywów i pasywów, w tym	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Wprowadzanie zmian w przepisach w trakcie roku obrotowego z mocą obowiązującą wstecz.
			2.	Niespójność pomiędzy poszczególnymi przepisami.
			3.	Nieprzestrzeganie obowiązujących procedur w PK i niedotrzymywanie terminów.
			4.	Błędna interpretacja przepisów prawnych w zakresie rachunkowości.
			5.	Możliwość wprowadzenia błędnych danych do sieci elektronicznej w zakresie

	inwentaryzacja; – wycena aktywów i pasywów oraz ustalanie wyniku finansowego; – sporządzanie sprawozdań finansowych; – gromadzenie i przechowywanie dowodów księgowych oraz dokumentacji; – poddanie badaniu i ogłoszenie sprawozdań finansowych.			rachunkowości.
			6.	Zmiana struktury organizacyjnej w trakcie roku obrotowego, dzielenie i łączenie komórek, zmiany w podległości służbowej.
			7.	Sprawozdania do GUS i MNiSW wypełniane i wysyłane przed zamknięciem i uzgodnieniem ksiąg rachunkowych oraz wyprzedzające terminy sporządzania deklaracji podatkowych.
			8.	Błędy wynikające z nieznanomości obowiązujących przepisów i procedur zewnętrznych i wewnętrznych.
			9.	Opóźnienia w ustaleniu stanu faktycznego i porównanie ze stanem księgowym majątku trwałego.
			10.	Ponoszenie wydatków bez wskazania źródła finansowania lub nieprecyzyjne jego określenie.
		Infrastruktura	1.	Awaria sprzętu informatycznego.
			2.	Zmiany w przepisach powodujące znaczące zmiany w systemie informatycznym.
			3.	Przerwy w pracy spowodowane przerwami w działaniu systemu informatycznego.
			4.	Brak kompatybilności systemów informatycznych funkcjonujących w uczelni.
		Zasoby ludzkie	1.	Rutyna i brak kompetencji personelu.
			2.	Absencja i brak możliwości zastępstwa na niektórych stanowiskach.
			3.	Niewystarczający przepływ informacji pomiędzy pracownikami.
			4.	Brak chęci podnoszenia kwalifikacji.
6.4	obieg i kontrola dokumentów finansowych	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Nieterminowy spływ dokumentów.
			2.	Brak potwierdzenia przekazania dokumentów finansowych pomiędzy jednostkami organizacyjnymi PK.
			3.	Nieprawidłowy i niekompletny opis dokumentów przez komórki merytoryczne.
		Zasoby ludzkie	1.	Brak delegowania uprawnień.
			2.	Brak przejrzystego systemu zastępstw.
6.5	druki ścisłego zarachowania	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Dokonywanie likwidacji druków ścisłego zarachowania niezgodnie z procedurami i zaleganie druków, które powinny być zlikwidowane.
			2.	Występowanie niezgodności między dokumentacją a stanem druków.
			3.	Wydawanie z magazynu druków osobie do tego nieupoważnionej.
			4.	Nieprzestrzeganie bieżącego prowadzenia rejestrów, obrotów i sprawozdań z gospodarki drukami ścisłego zarachowania.
		Zasoby ludzkie	1.	Błędna ewidencja prowadzona przez osoby materialnie odpowiedzialne za rozliczanie druków.
			2.	Nie dostarczane w terminie zestawienia rozliczeń druków.
6.6	windykacja należności	Przepisy prawne i procedury	1.	Wydłużające się terminy oczekiwania na wyroki sądowe.
			2.	Zawieranie umów z firmami niesprawdzonymi (upadłość w krótkim czasie od

		wewnętrzne		wystawienia faktury przez uczelnię).
6.7	obsługa bankowa PK	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Ryzyko niedotrzymania warunków umowy przez Bank.
			2.	Zmiana komponentów do wysyłana przelewów - bez powiadomienia ze strony banku - ryzyko nie wysłania przelewu.
		Infrastruktura	1.	Zakłócenia systemu elektronicznego.
			2.	Brak sprzętu zastępczego w przypadku awarii co powoduje utrudnienia w realizacji potwierdzeń operacji bankowych.
		Zasoby ludzkie	1.	Absencja kilku pracowników w tym samym czasie – możliwość niezachowania terminowości zapłat należności.
			2.	Błędnie wypełnienie zleceń płatniczych.
6.8.	gospodarowanie środkami trwałymi, w tym: – użytkowanie, – ewidencjonowanie, – dysponowanie, – likwidacja.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Nieprzestrzeganie obowiązujących przepisów zewnętrznych i wewnętrznych.
			2.	Zmiany w strukturze organizacyjnej w trakcie roku obrotowego i związane z tym błędy i niezgodności.
			3.	Nieprawidłowa identyfikacja środków trwałych, WNIIP oraz środków trwałych o niskiej wartości.
			4.	Nieterminowe uzgadnianie ksiąg inwentarzowych prowadzonych w jednostkach organizacyjnych PK z ewidencją w Dziale Księgowości Majątkowej.
			5.	Brak kodu kreskowego.
			6.	Nie wprowadzanie na bieżąco nowych zakupów lub usług (np. wykonanie mebli wg wymiarów na zamówienie) do ewidencji.
			7.	Nierzetelny opis dokumentów.
			8.	Nieprawidłowa klasyfikacja kosztów.
		Infrastruktura	1.	Awaryjność, sprzętu (przestoje w pracy).
		Zasoby ludzkie	1.	Trudności w zastępowaniu osób na niektórych stanowiskach.
			2.	Absencja w pracy.
6.9	naliczanie i wypłata wynagrodzeń dla pracowników oraz osób zatrudnionych w ramach umów zlecenia i o dzieło	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Częste zmiany przepisów, przepisy sprzeczne i niespójne.
		Środki finansowe	1.	Bak środków na koncie na wypłatę wynagrodzeń i przelew podatku i składek ZUS.
		Infrastruktura	1.	Awaria systemu informatycznego.
			3.	Awaria sprzętu komputerowego.
		Zasoby ludzkie	1.	Nieznajomość przepisów.
			3.	Brak kompetencji pracowników (rutyna).
6.10	rozliczanie projektów międzynarodowych	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Zmiany przepisów zewnętrznych i wewnętrznych w trakcie trwania projektu.
			2.	Zmiany interpretacji przez instytucje zarządzające/pośredniczące.
			6.	Brak jednolitych zasad rozliczania projektów.
		Środki finansowe	1.	Brak środków na prefinansowanie projektów i na wkład własny.
			3.	Powstanie w projekcie kosztów niekwalifikowanych.
		Infrastruktura	1.	Awaria systemu informatycznego.
			5.	Awaria sprzętu komputerowego.
			6.	Niewłaściwa archiwizacja dokumentów.
		Zasoby ludzkie	1.	Absencja.

			2.	Negowanie konieczności spełnienia wymogów administracyjnych przy projekcie.		
			3.	Brak kompetencji pracowników.		
			9.	Zachowania o charakterze korupcyjnym.		
7.	Inwestycje i remonty	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak aktualnej wiedzy i znajomości przepisów i aktów prawnych.		
			2.	Niedostosowanie się struktur wydziałowych i pozawydziałowych do wdrożonych procedur postępowania w procesie przygotowania i realizacji inwestycji i remontów.		
			3.	Nawyki dotychczasowego postępowania odbiegające od przyjętych norm i obowiązującego prawa tolerowane przez kierownictwo poszczególnych jednostek PK ujawnione w trakcie przygotowania i realizacji I i R.		
			4.	Opieszałość poszczególnych jednostek organizacyjnych PK w koniecznej współpracy z działem inwestycji i remontów.		
		Środki finansowe	1.	Brak dostatecznych środków na wyposażenie i przeorganizowanie działu umożliwiające skuteczne i szybkie działanie.		
		Infrastruktura	1.	Brak dostatecznego zabezpieczenia danych w dziale liR przed dostępem osób trzecich.		
			2.	Niedostateczne wyposażenie instrumentalne i programowe stanowiska pracy.		
		Zasoby ludzkie	1.	Braki kadrowe w przygotowaniu liR od strony dokumentacyjnej.		
			2.	Personel przygotowujący liR bez doświadczenia w procesie projektowym.		
		8.	Informatyzacja	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Zmiana przepisów nakładająca obowiązki trudne lub niemożliwe do zrealizowania.
				Środki finansowe	1.	Zbyt niskie nakłady na inwestycje informatyczne.
					2.	Ograniczony fundusz wynagrodzeń.
3.	Ograniczone środki na rozwój kadr.					
Infrastruktura	1.			Braki lokalowe ograniczające możliwość tworzenia nowych stanowisk.		
	2.			Brak zapasowego ośrodka (serwerowni) na wypadek poważnej awarii (katastrofy).		
	3.			Zbyt słabe zabezpieczenia sytemu przy rosnących zagrożeniach z sieci.		
	4.			Awarie elementów infrastruktury.		
	5.			Brak wsparcia dla systemu HMS (np. upadłość firmy Kalasoft).		
Zasoby ludzkie	1.			Ograniczenia zatrudnienia przy stale rosnącym obszarze zastosowań informatyki.		
	2.			Utrata (stała lub czasowa) kluczowych pracowników przy jednoczesnym braku następców (zastępców).		
	3.			Brak konkurencyjności na rynku pracy dla informatyków.		
	4.			Niski poziom umiejętności korzystania z systemów komputerowych przez pracowników PK .		

9.1	Stypendia i pomoc socjalna STYPENDIA	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak przepisów określających zasady fundowania i przyznawania stypendiów.
			2.	Niejasno sformułowane zasady fundowania i przyznawania stypendiów.
			3.	Niezrozumienie przepisów skutkujące błędnym sporządzeniem wniosku o stypendium lub nieterminowym jego złożeniem.
		Środki finansowe	1.	Brak środków finansowych na wypłatę stypendiów. Nieadekwatność środków finansowych do potrzeb.
		Zasoby ludzkie	1.	Braki kadrowe w jednostkach odpowiedzialnych za realizację zadań.
9.2	Stypendia i pomoc socjalna POMOC MATERIALNA	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak przepisów określających zasady przyznawania pomocy materialnej dla studentów i doktorantów.
			2.	Niezgodność przepisów wewnętrznych z przepisami wyższego rzędu.
			3.	Złożoność przepisów utrudniająca ich zrozumienie i właściwe stosowanie.
			4.	Przewlekłość postępowania i opóźnienia w rozpatrywaniu podań i wniosków wynikające z przyjętych procedur.
			5.	Brak przepisów dotyczących świadczeń pomocy materialnej dla studentów cudzoziemców.
		Środki finansowe	1.	Brak środków finansowych na wypłatę świadczeń pomocy materialnej.
			2.	Błędne oszacowanie zapotrzebowania na środki pomocy materialnej.
			3.	Opóźnienia w wypłacie świadczeń pomocy materialnej wynikające z przyjętych procedur.
			4.	Zmniejszenia kwoty dotacji na pomoc materialną z powodu przekroczenia na koniec roku kalendarzowego stanu funduszu pomocy materialnej o 30% kwoty dotacji na dany rok.
		Infrastruktura	1.	Brak pomieszczeń dostosowanych do potrzeb pracy komisji stypendialnych i osób zajmujących się sprawami pomocy materialnej.
		Zasoby ludzkie	1.	Braki kadrowe.
			2.	Brak kompetencji osób zajmujących się sprawami pomocy materialnej na etapie informowania zainteresowanych, przyjmowania i rozpatrywania wniosków, przyznawania świadczeń oraz powiadamiania wnioskodawców.
9.3	Stypendia i pomoc socjalna DOMY STUDENCKIE	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Nieterminowe opracowywanie wydawanie przepisów wewnętrznych uczelnie (np. zarządzenie w sprawie zasad przyznawania miejsc i odpłatności w Domach Studenckich PK).
			2.	Nieterminowe przekazanie Administracji Osiedla list studentów, którzy uzyskali przydział do DS PK .
			3.	Braki w przepisach wewnętrznych PK (np. reguły sprzedaży miejsc w sytuacji, kiedy lista dla danego wydziału nie osiąga przyznanego limitu).
		Środki finansowe	1.	Błędne naliczanie odpłatności dla osób nie posiadających statusu studenta (nieprawidłowo wprowadzony status studenta w HMS).
			2.	Błędne księgowania – brak obciążeń dziekanatowych lub błędny tytuł płatniczy.
			3.	Sporządzanie planu – niedoszacowanie lub przeszacowanie wpływów z tytułu czynszów studenckich (zmienna sytuacja na rynku wynajmu kwater studenckich).
		Infrastruktura	1.	W przypadku braku dostawy prądu, niemożność pracy w systemie HMS.
		Zasoby ludzkie	1.	Sprzedaż miejsc, kwaterowanie, wykwaterowanie – kumulacja pracy / działań przy

				ograniczonych zasobach ludzkich.
10.1	Przetwarzanie danych osobowych	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Niewystarczająca znajomość przepisów przez pracowników PK.
			2.	Brak procedury postępowania z indeksami studentów w czasie sesji egzaminacyjnej.
		Środki finansowe	1.	Niewystarczające środki finansowe na dostosowanie systemu informatycznego do potrzeb.
		Infrastruktura	1.	Niewystarczająca struktura techniczna systemu informatycznego.
			2.	Bardzo rozproszone stanowiska przetwarzania danych osobowych.
		Zasoby ludzkie	1.	Nieprzestrzeganie obowiązujących procedur dotyczących przetwarzania danych osobowych.
			2.	Brak okresowych szkoleń pracowników z zakresu ochrony danych osobowych.
10.2	Zabezpieczenie informacji niejawnych	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak zakresu zmian w zapowiadanej nowelizacji ustawy o ochronie informacji niejawnych.
		Środki finansowe	1.	Niewystarczające środki finansowe na dostosowanie strefy bezpieczeństwa do zmieniających się potrzeb.
		Infrastruktura	1.	Strefa bezpieczeństwa nie dostosowana do zmienionych potrzeb.
			2.	Brak zabezpieczeń przed awariami prądu, zalaniem wodą.
			3.	Brak systemu identyfikacji i kontroli wjazdu na teren kampusu.
		Zasoby ludzkie	1.	Niska znajomość przepisów przez pracowników PK.
			2.	Brak okresowych szkoleń pracowników z zakresu ochrony informacji niejawnych.
			3.	Jednoosobowa obsada stanowisk w jednostce R5.
11.1	Promocja i budowanie wizerunku. Inżynierskie Targi Pracy.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Niedostateczna liczba pracodawców – uczestników ITP.
			2.	Niewłaściwe treści na stronie internetowej Biura Karier, dostęp do systemu osób nieupoważnionych.
		Środki finansowe	1.	Brak wpłaty od wystawcy.
		Infrastruktura	1.	Niedostarczenie kluczowych materiałów reklamowych (np. katalogu targowego).
			2.	Niesolidność firm zewnętrznych (np. opóźnienia).
			3.	Brak prądu w hali targowej.
		Zasoby ludzkie	1.	Zdarzenia losowe (wypadki) zespołu Biura Karier.
11.2	Promocji i budowanie wizerunku. Reklama w mediach (wybór ofert i opracowanie reklam).	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Nieuwzględnienie w planie zamówień publicznych – dotyczy przede wszystkim nieprzewidzianych wcześniej ofert.
			2.	Nieterminowe wystawienie dokumentów finansowych (faktur).
			3.	Nieterminowe przekazanie do rejestracji zawieranych umów.
		Środki finansowe	1.	Brak dostatecznych środków - dotyczy przede wszystkim nieprzewidzianych wcześniej ofert.
		Infrastruktura	1.	Nieodpowiednie warunki lokalowe (praca w czasie upałów – brak klimatyzacji).
		Zasoby ludzkie	1.	Pracownicy o niewłaściwych kwalifikacjach (np. nieprawidłowe rozpoznanie i oszacowanie oferty; brak znajomości ustawy Prawo zamówień publicznych i procedur wewnętrznych).

			2.	Zachowania o charakterze korupcyjnym.
			3.	Choroba pracownika.
11.3	Promocji i budowanie wizerunku. Uzgadnianie, zamawianie i dystrybucja materiałów promocyjnych	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Nieuwzględnienie w planie zamówień publicznych – dotyczy przede wszystkim nieprzewidzianych wcześniej zamówień.
			2.	Nieterminowe wystawienie dokumentów finansowych.
		Środki finansowe	1.	Brak dostatecznych środków - dotyczy przede wszystkim nieprzewidzianych wcześniej zamówień.
		Infrastruktura	1.	Nieodpowiednie warunki lokalowe (praca w czasie upałów – brak klimatyzacji).
		Zasoby ludzkie	1.	Pracownicy o niewłaściwych kwalifikacjach (np. nieprawidłowe rozpoznanie i oszacowanie oferty; brak znajomości ustawy Prawo zamówień publicznych i procedur wewnętrznych, przyjęcie nieprawidłowo wykonanych materiałów) skutkujący brakiem odpowiednich materiałów w określonym czasie.
			2.	Zachowania o charakterze korupcyjnym.
			3.	Choroba pracownika.
11.4	Promocji i budowanie wizerunku. Wydawanie czasopisma „Nasza Politechnika”.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak pisemnych zasad postępowania dotyczących zamieszczania artykułów w „Naszej Politechnice”.
			1.	Nieodpowiednie warunki lokalowe (brak oddzielnego pomieszczenia dla redakcji NP).
		Infrastruktura	2.	Uciążliwe sąsiedztwo.
			1.	Choroba pracownika.
			2.	Brak zainteresowania i współpracy ze strony pracowników PK – potencjalnych autorów artykułów do NP.
11.5	Promocji i budowanie wizerunku. Prowadzenie internetowego serwisu głównego PK	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Nieprzestrzeganie zasad Regulaminu serwisów internetowych Politechniki Krakowskiej przez pracowników uczelni skutkujący brakiem informacji na stronie www. lub niewłaściwym prowadzeniem serwisów poszczególnych jednostek.
			1.	Brak środków na nowe projekty graficzne lub wdrożenie nowych technologii – dotyczy przede wszystkim nowych, nie branych wcześniej pod uwagę możliwości technicznych.
		Środki finansowe	1.	Brak środków na nowe projekty graficzne lub wdrożenie nowych technologii – dotyczy przede wszystkim nowych, nie branych wcześniej pod uwagę możliwości technicznych.
			2.	Nieodpowiednie wyposażenie (np. brak odpowiedniego sprzętu i oprogramowania).
		Infrastruktura	1.	Nieodpowiednie warunki lokalowe (praca w czasie upałów – brak klimatyzacji).
			2.	Nieodpowiednie wyposażenie (np. brak odpowiedniego sprzętu i oprogramowania).
			3.	Brak zainteresowania i współpracy ze strony pracowników innych jednostek PK.
11.6	Promocji i budowanie wizerunku. Promowanie PK w szkołach	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Nieuwzględnienie w planie zamówień publicznych – dotyczy przede wszystkim nieprzewidzianych wcześniej imprez, akcji etc.

	ponadgimnazjalnych, organizowanie i uczestnictwo w imprezach, targach edukacyjnych, festiwalach.		2.	Brak pisemnych zasad wyznaczających np. jednostki, które powinny być zaangażowane w realizację.
			3.	Nieterminowe wystawienie dokumentów finansowych.
			4.	Nieterminowe przekazanie do rejestracji zawieranych umów.
		Środki finansowe	1.	Brak dostatecznych środków np. w wypadku nieprzewidzianych wcześniej imprez.
		Infrastruktura	1.	Brak transportu.
		Zasoby ludzkie	1.	Pracownicy o niewłaściwych kompetencjach (nieprawidłowe rozpoznanie i oszacowanie oferty; brak znajomości ustawy Prawo zamówień publicznych i procedur wewnętrznych).
			2.	Choroba pracownika.
			3.	Zachowania o charakterze korupcyjnym.
			4.	Brak współpracy ze strony pracowników innych jednostek PK.
11.7	Promocji i budowanie wizerunku. Administrowanie salami konferencyjnymi „Gil” i „Kotłownia” oraz salą teatralną przy ul. Kanoniczej.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak pisemnych zasad postępowania dotyczących wydawania zgody na wynajęcie sal na spotkania o charakterze politycznym, religijnym.
			2.	Nieterminowe wystawienie dokumentów finansowych.
		Środki finansowe	1.	Brak wpłaty za wynajęcie Sali.
		Infrastruktura	1.	Brak właściwego wyposażenia.
		Zasoby ludzkie	1.	Pracownicy o niewłaściwych kompetencjach (np. złe rozpoznanie oferty).
			2.	Choroba pracownika.
			3.	Zachowania o charakterze korupcyjnym.
11.8	Promocji i budowanie wizerunku Organizowanie wystaw artystycznych w galeriach „Gil” i „Kotłownia”.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak pisemnych zasad postępowania dotyczących organizowania wystaw.
		Zasoby ludzkie	1.	Pracownicy o niewłaściwych kompetencjach (np. złe rozpoznanie oferty).
			2.	Choroba pracownika.
11.9	Promocji i budowanie wizerunku. Udział PK w rankingach, badaniach, raportach.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak pisemnych zasad postępowania.
		Zasoby ludzkie	1.	Pracownicy o niewłaściwych kompetencjach (np. złe rozpoznanie oferty).
			2.	Choroba pracownika.

			3.	Brak współpracy ze strony pracowników innych jednostek PK.
11.1 0	Promocji i budowanie wizerunku. Opracowywanie i wydawanie materiałów promocyjno informacyjnych w języku polskim i angielskim	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Nieuwzględnienie w planie zamówień publicznych – głównie w wypadku nieprzewidzianych wcześniej wydawnictw.
		Środki finansowe	1.	Brak dostatecznych środków – dotyczy przede wszystkim nieprzewidzianych wcześniej wydawnictw.
		Infrastruktura	1.	Nieodpowiednie warunki lokalowe (praca w czasie upałów – brak klimatyzacji).
			2.	Brak odpowiedniego sprzętu i oprogramowania.
		Zasoby ludzkie	1.	Pracownicy o niewłaściwych kompetencjach (nieprawidłowe rozpoznanie i oszacowanie oferty; brak znajomości ustawy Prawo zamówień publicznych i procedur wewnętrznych; brak znajomości odpowiednich programów komputerowych; brak umiejętności pisanie tekstów i umiejętności językowych).
			2.	Choroba pracownika.
			3.	Brak współpracy ze strony pracowników innych jednostek PK.
11.1 1	Promocji i budowanie wizerunku. Dokumentowanie fotograficzne uroczystości uczelnianych.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak pisemnych zasad postępowania - dotyczy zlecania dokumentowania uroczystości przez jednostki PK, także formy przekazywania materiału zainteresowanej jednostce (zdjęcia, płytka cd).
		Infrastruktura	1.	Brak odpowiedniego sprzętu i oprogramowania.
		Zasoby ludzkie	1.	Choroba pracownika.
			2.	Brak pracownika – w wypadku kilku odbywających się równocześnie imprez.
11.1 2	Promocji i budowanie wizerunku. Administrowanie świetlną tablicą informacyjną.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak pisemnych zasad postępowania.
		Infrastruktura	1.	Brak odpowiedniego sprzętu, awaria.
		Zasoby ludzkie	1.	Choroba pracownika.
12.1	Wspomaganie zarządzania Tworzenie prawa wewnętrznego.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Nie przekazanie przez rady wydziałów uchwał istotnych ze względu na funkcjonowanie uczelni (np. Regulaminu organizacyjnego wydziału).
			2.	Brak wniosku od jednostki merytorycznej dotyczącej zmiany/wprowadzenia wewnętrznego aktu normatywnego w związku ze zmianą obowiązujących przepisów.
			3.	Przepisy powszechnie obowiązujące niejasne i wewnętrznie sprzeczne.
			4.	Brak uregulowań w przepisach powszechnie obowiązujących dotyczących istotnych kwestii.
			5.	Wydawanie wewnętrznych aktów normatywnych z wadami prawnymi, podejmowanie

				uchwał senatu niezgodnych z prawem.
		Infrastruktura	1.	Błędy w systemach informatycznych i oprogramowaniu, wpływające na ostateczną treść aktu, np. przy zamieszczeniu aktu w BIP.
			2.	Niewłaściwej jakości sprzęt do głosowania na posiedzeniach Senatu
		Zasoby ludzkie	1.	Błędy w redagowaniu i korekcie aktów normatywnych.
			2.	Błędy merytoryczne wynikające z niewystarczających kompetencji pracowników merytorycznie odpowiedzialnych za sporządzenie projektu aktu normatywnego.
			3.	Błędy wynikające z problemu uzgodnienia ostatecznej treści aktu w przypadku sprzecznych opinii otrzymanych od jednostek i osób opiniujących.
12.2	Wspomaganie zarządzania Obsługa prawna.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Błędna opinia prawna.
			2.	Brak opinii prawnej przy podejmowaniu istotnych decyzji.
			3.	Sprawa w sądzie rozstrzygnięta na niekorzyść PK.
			4.	Sprzeczne opinie prawne. Brak jednoznacznej opinii prawnej.
		Środki finansowe	1.	Strata finansowa w związku z sprawą w sądzie rozstrzygniętą na niekorzyść PK.
		Zasoby ludzkie	1.	Zła organizacja pracy, powodująca opóźnienie otrzymania opinii. Czas pracy radców prawnych niedostosowany do potrzeb.
12.3	Wspomaganie zarządzania. Struktura organizacyjna i podział kompetencji.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak przypisanych kompetencji do jednostki/stanowiska.
			2.	Dublowanie kompetencji. Przypisanie tych samych zadań dla więcej niż jednej jednostki powodujący konflikt kompetencyjny.
			3.	Regulaminy organizacyjne jednostek sprzeczne z aktami wyższego rzędu (statut, ustawa).
			4.	Przypisanie zbyt wielu kompetencji/obowiązków jednej osobie uniemożliwiające prawidłowe funkcjonowanie.
12.4	Wspomaganie zarządzania. Delegowanie kompetencji.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Niedostateczne poinformowanie pracownika o zakresie i celu przekazywanych mu kompetencji/ obowiązków
			2.	Dublowanie kompetencji mogące powodować konflikty kompetencji.
			3.	Brak prawidłowego nadzoru nad wykonywaniem zadań/uprawnień określonych w pełnomocnictwie
		Zasoby ludzkie	1.	Podejmowanie czynności przez pracowników, wykraczających poza zakres obowiązków i kompetencji określonych w pełnomocnictwie.
			2.	Delegowanie obowiązków na pracowników nieposiadających dostatecznych kwalifikacji do ich pełnienia.
			3.	Substytucja upoważnień przez osoby nieuprawnione.
12.5	Wspomaganie zarządzania. Audyty i kontrola wewnętrzna.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Stosowanie niewystarczających mechanizmów kontrolnych w jednostkach.
			2.	Brak realizacji zaleceń pokontrolnych i poaudytowych. Nieterminowa realizacja.
			3.	Brak jednolitych zasad w zakresie kontroli wewnętrznej, w tym rejestru kontroli, rejestru sprawozdań i rejestru zaleceń
		Zasoby ludzkie	1.	Niestaranne sprawowanie kontroli funkcjonalnej kierowników nad działalnością pracowników/ jednostek.
12.6	Wspomaganie zarządzania. Komunikacja i obieg informacji.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Nieprzekazanie istotnych informacji władzom PK ze względu na brak przypisania takiego obowiązku jednostce/stanowisku.
			2.	Niewłaściwy obieg informacji/dokumentacji (decyzje wewnętrzne i zewnętrzne)

			3.	Niekompletność dokumentów oraz podpisów
			4.	Niedostarczanie protokołów pokontrolnych
			5.	Nieterminowe przekazanie umów do rejestracji
			6.	Publikowanie w BIP informacji wrażliwych
		Infrastruktura	1.	Awarie związane z ciągłością funkcjonowania Uczelnianej Sieci Komputerowej.
			2.	Brak dostępu do Internetu na stanowiskach komputerowych z systemem HMS.
			3.	Awaria sieci telefonicznej
		Zasoby ludzkie	1.	Brak dostępu do ważnych informacji w związku z błędami pracowników (nieprzekazanie informacji).
			2.	Informacja zniekształcona, błędna lub w inny sposób wadliwa w wyniku błędu, zaniedbania pracownika.
			3.	Informacja nie przyswajana przez odbiorcę (np. nie zapoznawanie się z aktami normatywnymi prawidłowo opublikowanymi).
			4.	Niewłaściwe kompetencje pracowników
12.7	Wspomaganie zarządzania. Monitorowanie kontroli zarządczej.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak wystarczających procedur monitorowania kontroli zarządczej .
			2.	Mechanizmy kontroli nieprawidłowo skonstruowane: koncentracja na ryzykach nieistotnych, trywialnych, akceptowalnych kosztem ryzyk priorytetowych.
12.8	Wspomaganie zarządzania. Archiwizacja i przechowywanie dokumentacji.	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak szczegółowych przepisów (procedur) dotyczących jednostkowych rozwiązań w procesie przygotowania i przekazania akt do archiwum oraz samej archiwizacji. W jednostkach organizacyjnych i archiwum.
			2.	Ustalenie przepisów wewnętrznych uczelni sprzecznych z przepisami ogólnymi.
			3.	Nieprawidłowe stosowanie wewnętrznych przepisów uczelni (świadome i nieświadome).
			4.	Niestosowanie przez pracowników obowiązujących przepisów w procesie archiwizacji i w przygotowaniu do niego.
			5.	Różne interpretacje prawne tego samego przepisu.
			6.	Naruszanie przepisów ogólnych (np. o zachowaniu tajemnicy służbowej, czy o ochronie danych osobowych)
			7.	Nieznajomość obowiązujących przepisów prawa.
		Środki finansowe	1.	Brak środków finansowych na pokrycie odpowiedniej ilości etatów do prawidłowego terminowego wykonywania zadań.
			2.	Niewystarczające środki na wyposażenie i aparaturę.
		Infrastruktura	1.	Brak odpowiednich pomieszczeń archiwalnych odpowiadającym normom (parter, 1 piętro)
			2.	Brak potrzebnej ilości pomieszczeń do przechowywania jednorodnej dokumentacji w oddzielnych magazynach.
			3.	Zagrożenie pomieszczeń archiwalnych awariami instalacji wod. - kan. i rury spustowej z dachu budynku Wydz. Chemii (zalania magazynów).
			4.	Zagrożenie pomieszczeń archiwalnych pożarem.
		Zasoby ludzkie	1.	Podejmowanie decyzji niezgodnych z przepisami.

			2.	Zagrożenie zdrowia pracowników archiwum pyłem ze starych dokumentów (alergia, astma), zagrzybieniem oraz wyziewami z laboratoriów Wydz. Chemii, które wpływają na najniższą kondygnację.
13.	Realizacja Projektów finansowanych ze źródeł zagranicznych i krajowych (wnioskowanie, realizacja projektów, rozliczanie projektów)	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Skomplikowany system pozyskiwania środków finansowych w ramach funduszy strukturalnych.
			2.	Czasochłonne procedury przygotowawcze, nadmiar biurokracji.
			3.	Zasady programowe sprzeczne z przepisami prawa polskiego oraz unijnego.
			4.	Zmieniająca się interpretacja przepisów przez Instytucje pośredniczące.
			5.	Brak systemu motywującego pracowników do przygotowywania projektów.
			6.	Długotrwałe procedury przetargowe.
		Środki finansowe	7.	Brak regulacji wewnętrznej w zakresie rozliczania nieryczałtowo przyznanych kosztów pośrednich (np. media).
			1.	Brak środków na prefinansowanie projektu.
			2.	Powstanie niekwalifikowanych wydatków w projekcie.
			3.	Konieczność zwrotu środków w wyniku zaleceń pokontrolnych.
		Infrastruktura	1.	Brak pomieszczeń dla pracowników.
			2.	Niewłaściwa archiwizacja dokumentów.
			3.	Brak wersji elektronicznych dokumentów związanych z projektem.
			4.	Brak wyznaczonych miejsc na wymagane umową reklamy i banery projektów.
			5.	Brak sprzętu (np. kolorowe drukarki).
			6.	Brak dostępu do sieci Internet.
		Zasoby ludzkie	1.	Brak personalnej odpowiedzialności za realizowany projekt.
			2.	Niewystarczający przepływ informacji.
			3.	Negowanie konieczności wypełniania wymogów administracyjnych.
			4.	Brak zainteresowania podejmowaniem nowych projektów.
14.1	Proces poligraficzny i wydawniczy Plany wydawnicze	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Niestosowanie się jednostek organizacyjnych do wytycznych zawartych w przepisach wewnętrznych.
		Środki finansowe	1.	Nieprzestrzeganie dyscypliny finansowej.
			2.	Brak środków finansowych na modernizację parku maszynowego.
		Infrastruktura	1.	Nieodpowiednie zabezpieczenie pomieszczeń.
			2.	Awaria urządzeń.
			3.	Brak modernizacji parku maszynowego.
14.2.	Proces poligraficzny i wydawniczy	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Choroba pracowników.
			2.	Brak możliwości awansu finansowego pracowników.
			3.	Brak zastępstwa na niektórych stanowiskach: np. operator składu komputerowego, kopista offsetowy.
14.2.	Proces poligraficzny i wydawniczy	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Niestosowanie się jednostek organizacyjnych PK do wytycznych zawartych w przepisach wewnętrznych.

	Wykonanie usług poligraficznych dla jednostek organizacyjnych Politechniki Krakowskiej			
		Środki finansowe	1.	Nieprzestrzeganie dyscypliny finansowej.
			2.	Brak środków finansowych na modernizację parku maszynowego.
		Infrastruktura	1.	Nieodpowiednie zabezpieczenie pomieszczeń.
			2.	Awaria urządzeń.
			3.	Brak modernizacji parku maszynowego.
		Zasoby ludzkie	1.	Choroba pracowników.
			2.	Brak możliwości awansu finansowego pracowników.
			3.	Brak zastępstwa na niektórych stanowiskach: np. operator składu komputerowego, kopista offsetowy.
14.3	Proces poligraficzny i wydawniczy Wykonanie usług poligraficznych dla jednostek organizacyjnych PK w podmiotach zewnętrznych	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Niestosowanie się jednostek organizacyjnych PK do wytycznych zawartych w wewnętrznych aktach normatywnych.
		Środki finansowe	1.	Nieprzestrzeganie dyscypliny finansowej.
			2.	Brak środków finansowych na modernizację parku maszynowego.
		Infrastruktura	1.	Nieodpowiednie zabezpieczenie pomieszczeń.
			2.	Awaria urządzeń.
			3.	Brak modernizacji parku maszynowego.
		Zasoby ludzkie	1.	Choroba pracowników.
			2.	Brak możliwości awansu finansowego pracowników.
			3.	Brak zastępstwa na niektórych stanowiskach: np. operator składu komputerowego, kopista offsetowy.
14.4	Proces poligraficzny i wydawniczy Dystrybucja książek	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak przepisów wewnętrznych pozwalających Wydawnictwu na obniżenie ceny książek, które nie zostały sprzedane np. w ciągu 3 lat od daty wydania treści zawarte w książkach się dezaktualizują (np. normy) – warto sprzedać szybciej.
		Środki finansowe	1.	Zamrażanie środków wydanych przez wydziały- niemożność odzyskania przynajmniej części z nich.
		Infrastruktura	1.	Blokowanie miejsca w magazynie.
15.	Współpraca z otoczeniem zewnętrznym (współpraca z uczelniami, instytucjami, z zagranicą, międzynarodowa wymiana studentów i pracowników, umowy bilateralne)	Przepisy prawne i procedury wewnętrzne	1.	Brak przepisów prawnych dotyczących pobierania kaucji od studentów zagranicznych (np. na poczet ewentualnych zniszczeń w akademiku).
			2.	Ogrom czasochłonnych procedur.
			3.	Brak jednolitej bazy danych dotyczącej studentów cudzoziemców.
			4.	Różnice programowe uczelni partnerskich w stosunku do standardów nauczania dla danego kierunku studiów.
		Środki finansowe	1.	Ograniczona ilość środków własnych na prowadzenie współpracy określonej umową.
			2.	Niewystarczające środki zewnętrzne na wspieranie mobilności nauczycieli akademickich.
			3.	Zbyt mała ilość środków na promocję zagraniczną Uczelni.
		Infrastruktura	1.	Niewystarczająca baza laboratoryjna do realizacji postanowień umowy.
			2.	Niewystarczająca baza noclegowa dla cudzoziemców.

			3.	Brak niezbędnego wyposażenia domów studenckich (np. lodówki).
			4.	Bariery architektoniczne dla użytkowników niepełnosprawnych.
		Zasoby ludzkie	1.	Niewystarczająca znajomość języka obcego do prowadzenia zajęć dydaktycznych oraz obsługi administracyjnej studentów uczelni partnerskich.
			2.	Brak zainteresowania pracowników naukowych udziałem w międzynarodowych programach kształcenia.
			3.	Brak motywacji ze strony pracowników do inicjowania współpracy międzynarodowej.
			4.	Problemy wynikłe z różnic kulturowych.
			5.	Brak szybkiej i szczegółowej informacji zwrotnej w komunikacji między wydziałami a jednostkami obsługującymi współpracę międzynarodową.
			6.	Przekazywanie jednostkom niekompletnych lub niestarannie przetłumaczonych dokumentów cudzoziemców.
			7.	Braki kadrowe do bieżącej obsługi spraw dot. współpracy międzynarodowej.

Wzór zgłoszenia przez pracownika Politechniki Krakowskiej zidentyfikowanych czynników ryzyka

Nazwa jednostki organizacyjnej:		
Imię, nazwisko, stanowisko osoby zgłaszającej:		
lp.	Nazwa obszaru*	Czynnik ryzyka**
Podpis i data zgłaszającego:		

* wg załącznika nr 2, nie istnieje obowiązek wpisania wszystkich obszarów

** liczba wierszy dowolna

Rejestr odstępstw od zasad określonych w wewnętrznych aktach normatywnych.

Nazwa komórki organizacyjnej:						
Ip.	Rodzaj odstępstwa, naruszona zasada, procedura	Data ujawnienia	Osoba zgłaszająca /ujawniająca*	Komórka, w której ujawniono odstępstwo	Skutki**	Przyczyny odstępstwa

*Podać jedynie stanowisko

**W przypadku braku należy wpisać „brak”

Wzór arkusza identyfikacji i analizy czynników ryzyka na szczeblu operacyjnym

Nazwa, pieczęć jednostki/komórki organizacyjnej				
lp.	Obszar (wg załącznika nr 1)	Kategoria ryzyka (wg załącznika nr 2)	Czynnik ryzyka (wg załącznika nr 2)	Istotność ryzyka

- wykaz czynników wg kategorii może podlegać rozbudowaniu

.....
Imię i nazwisko, podpis kierownika jednostki, data

Wzór arkusza identyfikacji i analizy czynników ryzyka przez kierownictwo PK

Stanowisko, imię i nazwisko osoby wypełniającej lub imienna pieczęćka:					
lp.	Obszar (wg załącznika nr1)	Kategoria ryzyka (wg załącznika nr 2)	Czynnik ryzyka (wg załącznika nr 2 plus czynniki dodatkowe, zidentyfikowane na poziomie operacyjnym)	Średnia ocen operacyjnych	Istotność

.....
Podpis prorektora, kanclerza kwestora lub dyrektora, data

* wykaz czynników wg kategorii może podlegać rozbudowaniu

Wzór arkusza identyfikacji i analizy czynników ryzyka na szczeblu Rektora PK – ostateczne wyniki

Ip.	Obszar (wg załącznika nr 1)	Kategoria ryzyka (wg załącznika nr 2)	Czynnik ryzyka (wg załącznika nr 2 plus czynniki dodatkowe, zidentyfikowane na poziomie operacyjnym oraz przez kierownictwo PK)	Suma ocen	Priorytet Rektora	Iloczyn wyników	Poziom ryzyka
..... data i podpis stan. ds. kontroli zarządczej data i podpis Rektora PK						 data i podpis Rektora PK*	

*Podpis składany po wyliczeniu iloczynów oraz określeniu poziomu ryzyka

Procedura zarządzania ryzykiem projektu

Nazwa procedury:	Polityka zarządzania ryzykiem projektu na Politechnice Krakowskiej
Cel wprowadzania procedury	Przedstawienie procesu zarządzania ryzykiem projektu na Politechnice Krakowskiej
Zakres przedmiotowy procedury	Projekt
Kto odpowiada za monitoring i zmiany oraz ryzyko	Pełnomocnik Rektora ds. zarządzania ryzykiem,
Podstawa prawna, przepisy wewnętrzne	§ 68 ust. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, w związku ze Standardami kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych – załącznik do komunikatu nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r.

I.p.	Czynność wykonywana	Stanowisko/ osoba odpowiedzialna za wykonanie	Dokument wtórny lub forma dokumentowania	Forma weryfikacji	Forma zatwierdzenia	Miejsce docelowe	Termin graniczny
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	identyfikacja czynników ryzyka i ryzyka w odniesieniu do projektu	Kierownik projektu	wypełniony załącznik nr 9	brak	brak	brak	przed rozpoczęciem projektu
2.	analiza ryzyka	Kierownik projektu	wypełniony załącznik nr 9	brak	brak	brak	przed rozpoczęciem projektu
3.	naniesienie wyników na mapę ryzyka	Kierownik projektu	mapa ryzyka (zał. nr 10 cz. I)	brak	brak	brak	przed rozpoczęciem projektu
4.	wskazanie lub zaprojektowanie mechanizmów kontroli w odniesieniu do ryzyka o poziomie nieakceptowalnym	Kierownik projektu	wykaz ryzyka wg wartości malejących (zał. nr 10 cz. II)	brak	przełożony, data podpis	załączona do dokumentacji projektu	przed rozpoczęciem projektu
5.	monitorowanie poziomu ryzyka	Kierownik projektu	zweryfikowany wykaz ryzyka wg wartości malejących, cz. I i II (załącznik nr 10), tylko gdy zachodzi potrzeba	brak	przełożony, data podpis	załączona do dokumentacji projektu	na bieżąco

Rejestr czynników ryzyka do projektu

lp.	Obszar działania	Czynnik ryzyka	Prawdopodobieństwo	Skutek	Uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

CZĘŚĆ I - Mapa ryzyka

Skutki	Ryzyko wysokie – może potencjalnie wpłynąć na kluczową działalność PK	Ryzyko bardzo wysokie – wpłynie na kluczową działalność PK	Ryzyko bardzo wysokie - potrzebne natychmiastowe działanie – poważne zagrożenie dla kluczowej działalności PK lub osiągnięcia przez PK celów działania
	Monitorować i sprawdzać w miarę potrzeby – ryzyko średnie , lecz wciąż może wywierać poważny wpływ na kluczową działalność PK	Monitorować i sprawdzać – ryzyko średnie , lecz wciąż może wywierać poważny wpływ na kluczową działalność Uczelni	Ryzyko wysokie – może potencjalnie wpłynąć na kluczową działalność PK
	Nie ma potrzeby podejmowania żadnych działań – ryzyko niskie	Monitorować i w miarę potrzeby sprawdzać, czy jest prawidłowo kontrolowane – ryzyko niskie	Monitorować i w miarę potrzeby sprawdzać, czy jest prawidłowo kontrolowane – ryzyko niskie
Prawdopodobieństwo			

CZĘŚĆ II

lp.	Ryzyko b. wysokie	Mechanizm kontrolny	Istniejący lub do wdrożenia	Uwagi dotyczące skuteczności

lp.	Ryzyko wysokie	Mechanizm kontrolny	Istniejący lub do wdrożenia	Uwagi dotyczące skuteczności

lp.	Ryzyko średnie	Mechanizm kontrolny	Istniejący lub do wdrożenia	Uwagi dotyczące skuteczności

lp.	Ryzyko niskie	Mechanizm kontrolny	Istniejący lub do wdrożenia	Uwagi dotyczące skuteczności

.....

(data i podpis kierownika projektu)

.....

(data i podpis przełożonego*)

*odpowiednio Rektor PK, prorektorzy, kanclerz, dziekani, dyrektorzy/kierownicy jednostek pozawydziałowych oraz kierownicy jednostek organizacyjnych administracji centralnej

Arkusz właścicieli ryzyk

lp.	Obszar (wg załącznika nr 1)	Kategoria ryzyka (wg załącznika nr 2)	Czynnik ryzyka (wg załącznika nr 2 plus czynniki dodatkowe, zidentyfikowane na poziomie operacyjnym oraz przez kierownictwo PK)	Poziom ryzyka	Właściciel ryzyka

Procedura zarządzania ryzykiem na PK

Nazwa procedury:	Polityka zarządzania ryzykiem na Politechnice Krakowskiej
Cel wprowadzania procedury	Przedstawienie procesu zarządzania ryzykiem na Politechnice Krakowskiej
Zakres przedmiotowy procedury	Obszary działania PK określone w załączniku nr 2
Kto odpowiada za monitoring i zmiany oraz ryzyko	Rektor Politechniki Krakowskiej
Podstawa prawna	§ 68 ust. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, w związku ze Standardami kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych – załącznik do komunikatu nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r.

Ip.	Czynność wykonywana	Osoba odpowiedzialna za wykonanie	Dokument wtórny/forma dokumentowania	Forma weryfikacji	Forma zatwierdzenia	Miejsce docelowe	Termin graniczny
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	identyfikacja czynników ryzyka i ryzyka w odniesieniu do obszarów działalności	wszyscy pracownicy PK	zgłoszenie – zał. nr 3	wg zasad wewnętrznych jednostki	wg zasad wewnętrznych jednostki	wg zasad wewnętrznych jednostki	na bieżąco,
2.	ocena istotności czynników ryzyka	dziekani, Kierownicy jednostek pozawydziałowych i administracji centralnej,	Załącznik nr 5	brak	Podpis kierownika jednostki	stanowisko ds. kontroli zarządczej	nie później niż do 1 marca
3.	sporządzenie zbiorczego zestawienia czynników ryzyka wraz z kumulacją czynników powtarzających się oraz dokonanie wyliczeń	stanowisko ds. kontroli zarządczej	zbiorcze zestawienie wg wzoru w zał. nr 6	brak	brak	Kierownictwo PK	najpóźniej do 15 marca

4.	identyfikacja i ocena czynników ryzyka na szczeblu strategicznym	kierownictwo PK	wypełnienie zał. nr 6	brak	podpisy członków kierownictwa PK	stanowisko ds. kontroli zarządczej	najpóźniej do 1 kwietnia
5.	wyliczenie średniej ocen kierownictwa PK i zsumowanie uzyskanych punktów z wynikami uzyskanymi na szczebli operacyjnym. Propozycja nadania priorytetów.	stanowisko ds. kontroli zarządczej	załącznik nr 7	brak	brak	Rektor PK	Najpóźniej do 15 kwietnia
6.	ocena ryzyka na poziomie strategicznym poprzez nadanie priorytetów	Rektor PK	wypełniony zał. nr 7	brak	Rektor PK, data, podpis	stanowisko ds. kontroli zarządczej	
7.	dokonanie wyliczeń i określenie poziomu ryzyka	stanowisko ds. kontroli zarządczej	wypełniony zał. nr 7	brak	Rektor PK, data, podpis	a/a	najpóźniej do 1 maja
8.	propozycje wyznaczenia właścicieli ryzyk	stanowisko ds. kontroli zarządczej	wypełniony zał. nr 11	brak	Rektor PK, data, podpis	Rektor PK	
9.	sporządzenie wyciągów i zawiadomienie właścicieli ryzyk wraz z poleceniem zaprojektowania działań naprawczych lub podjęcia określonych kroków	stanowisko ds. kontroli zarządczej	wyciągi do właścicieli ryzyk, pismo przewodnie	brak	Rektor PK, data, podpis na piśmie przewodnim	właściciele ryzyk	najpóźniej do 1 czerwca
10.	zaprojektowanie działań zaradczych i wdrożenie ich	właściciele ryzyk lub wyznaczone przez nich osoby	projekty aktów normatywnych	przełożony	brak	zgodnie z procedurą tworzenia wewnętrznych aktów normatywnych	Wg wyznaczonych terminów
11.	wypełnienie procedury tworzenia wewnętrznych aktów normatywnych	Właściciele ryzyk lub wyznaczone przez nich osoby	projekty aktów normatywnych	zgodnie z procedurą	Rektor, data, podpis	j.w.	j.w.
12.	zaprojektowanie działań zaradczych i wdrożenie ich lub (w przypadku braku odpowiednich uprawnień) przedstawienie Rektorowi	odpowiednio dziekani, kierownicy jednostek pozawydziałowych, kierownicy	wewnętrzne uregulowania, projekty zarządzeń	zgodnie z zarządzeniem dot. tworzenia wewnętrznych aktów	właściciele ryzyk w zakresie posiadanych uprawnień, Rektor – podpis z datą	j.w.	na bieżąco

	PK do akceptacji, w formie projektu aktu normatywnego	jednostek organizacyjnych administracji, dyrektorzy pionów		normatywnych			
13.	monitorowanie poziomu ryzyka i zaprojektowanie działań zaradczych	właściciele ryzyk, stanowisko ds. kontroli zarządczej	wewnętrzne uregulowania, projekty zarządzeń, zgłoszenia o konieczności dokonania zmian	j.w.	j.w.	j.w.	na bieżąco

SŁOWNIK POJĘĆ

1. **Ryzyko** – możliwość zaistnienia zdarzenia, które będzie miało negatywny wpływ na realizację założonych celów. Ryzyko jest mierzone wielkością skutków oraz prawdopodobieństwem ich wystąpienia.
2. **Czynnik ryzyka** – okoliczności, stan prawny, stan faktyczny, które mogą wywołać ryzyko wystąpienia nieprawidłowości.
3. **Mapa ryzyka** – dokument odzwierciedlający ocenę prawdopodobieństwa wystąpienia negatywnych skutków i stopnia ich oddziaływania.
4. **Mechanizm kontrolny** – element systemu zarządzania, zasady określone przez przepisy prawa lub wewnętrzne akty normatywne, procedury i instrukcje (w formie pisemnej), mające ograniczyć prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka lub zniwelować negatywne skutki zdarzenia związanego z ryzykiem.
5. **Obszar działania** – definiowany na poziomie strategicznym, obejmujący najczęściej kilka procesów tworzących logiczną całość i rządzący się podobnymi regułami.
6. **Obszar ryzyka** – to obszar, w którym występują istotne z punktu widzenia Politechniki Krakowskiej czynniki ryzyka.
7. **Ocena ryzyka** – ewaluacja ryzyka w odniesieniu do prawdopodobieństwa wystąpienia negatywnych skutków oraz siły ich oddziaływania, jeżeli wystąpią.
8. **Prawdopodobieństwo ryzyka** – oszacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia negatywnych zdarzeń w oparciu o przeszłe zdarzenia przy założeniu, że w przyszłości nie zaistnieją w danym obszarze znaczne zmiany.
9. **Projekt** – jednorazowe przedsięwzięcie, które prowadzone jest w określonym celu, przy wykorzystaniu przypisanych mu zasobów finansowych i ludzkich oraz rzeczowych.
10. **Ryzyko rezydualne** – ryzyko jakie pozostaje po przeprowadzeniu przez kierownictwo działań zmierzających do zminimalizowania skutków oraz prawdopodobieństwa wystąpienia niepożądanych zdarzeń, włączając działania kontrolne podjęte w odpowiedzi na ryzyko.
11. **System kontroli** – ogół zasad zaprojektowanych i wdrożonych przez kierownictwo, obejmujących całą organizację, stanowiących spójną i logiczną całość funkcjonującą w określonym środowisku na wszystkich poziomach zarządzania, który służy zwiększeniu prawdopodobieństwa zrealizowania wytyczonych celów oraz zarządzaniu ryzykiem, w tym zmniejszenia skutków wystąpienia zdarzenia objętego ryzykiem.
12. **System zarządzania** – obejmuje planowanie strategiczne, w tym określenie celów, zaplanowanie metod realizacji, analizę potrzeb, wdrożenie systemu zarządzania i kontroli, przegląd zarządzania, czyli monitoring i ocena, w tym ocena ryzyka, działania korygujące.
13. **Właściciel ryzyka** – osoba odpowiedzialna za zarządzanie ryzykiem, mająca kompetencje do podjęcia działań zaradczych w stosunku do obszaru, którym zarządza.
14. **Zarządzanie ryzykiem** – system metod i działań zmierzających do obniżenia ryzyka do poziomu akceptowalnego, przy uwzględnieniu kosztów działania oraz zabezpieczeniu się w racjonalny sposób przed jego skutkami. Obejmuje identyfikowanie i ocenę ryzyka oraz reagowanie na nie. Proces zarządzania ryzykiem obejmuje ryzyko występujące we wszystkich procesach decyzyjnych i na każdym szczeblu zarządzania.