



Europejski Urząd Nadzoru Bankowego

EBA BS 2011 116 wersja  
ostateczna

27 września 2011 r.

**Wytyczne EUNB w sprawie zarządzania  
wewnętrznego  
(GL 44)**

**Londyn, 27 września 2011 r.**

# Wytyczne EUNB w sprawie zarządzania wewnętrznego

## Status wytycznych

1. Niniejszy dokument zawiera wytyczne wydane na podstawie art. 16 rozporządzenia (UE) nr 1093/2010 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 listopada 2010 r. w sprawie ustanowienia Europejskiego Urzędu Nadzoru (Europejskiego Urzędu Nadzoru Bankowego), zmiany decyzji nr 716/2009/WE oraz uchylecia decyzji Komisji 2009/78/WE (zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie EUNB”). Zgodnie z art. 16 ust. 3 rozporządzenia w sprawie EUNB właściwe organy i uczestnicy rynku finansowego mają obowiązek dołożyć wszelkich starań, aby zastosować się do wytycznych.

2. W wytycznych przedstawiono stanowisko EUNB w sprawie właściwych praktyk nadzorczych w ramach Europejskiego Systemu Nadzoru Finansowego lub też w sprawie stosowania prawa Unii w konkretnym obszarze. W związku z tym EUNB oczekuje, że wszystkie właściwe organy i uczestnicy rynku finansowego, do których odnoszą się wytyczne, zastosują się do nich, o ile nie zaznaczono inaczej. Właściwe organy, do których odnoszą się wytyczne, powinny zastosować się do nich, uwzględniając je w swojej praktyce nadzorczej (np. poprzez zmianę swoich ram prawnych lub zasad nadzoru lub też wydawanych wskazówek lub procesów nadzorczych), również w sytuacji, gdy konkretne wytyczne zawarte w dokumencie skierowane są w pierwszym rzędzie do instytucji.

## Wymogi sprawozdawczości

3. Właściwe organy mają obowiązek zawiadomić EUNB, czy stosują się lub zamierzają zastosować się do niniejszych wytycznych, lub podać uzasadnienie niezastosowania się do nich w terminie do 28 listopada 2011 r. Zawiadomienia powinny zostać przesłane pod adres [compliance@eba.europa.eu](mailto:compliance@eba.europa.eu) przez osoby posiadające upoważnienie do zawiadamiania EUNB w imieniu właściwego organu.

4. Zawiadomienia właściwych organów, o których mowa w poprzednim akapicie, zostaną opublikowane na stronie internetowej EUNB zgodnie z art. 16 rozporządzenia w sprawie EUNB.

W tekście niniejszych wytycznych znajdują się w pewnych miejscach dodatkowe wyjaśnienia dotyczące konkretnych aspektów, w których przedstawiono przykłady lub uzasadnienie danego przepisu. W takich przypadkach tekst wyjaśnienia jest zamieszczony w ramce.

## Spis treści

<b>Wytyczne EUNB w sprawie zarządzania wewnętrznego .....</b>	<b>2</b>
Tytuł I – Przedmiot, zakres i definicje .....	6
1. Przedmiot .....	6
2. Zakres i poziom zastosowania .....	6
3. Definicje .....	6
Tytuł II – Wymogi dotyczące zarządzania wewnętrznego w instytucjach .....	7
<b>A. Struktura i organizacja przedsiębiorstwa .....</b>	<b>7</b>
4. Ramy organizacyjne .....	7
5. Mechanizmy kontrolne w strukturze grupowej .....	7
6. Znajomość struktury .....	9
7. Działalność niestandardowa lub nieprzejrzysta .....	10
<b>B. Organ zarządzający .....</b>	<b>11</b>
B.1 Obowiązki i zakres odpowiedzialności organu zarządzającego	11
8. Obowiązki organu zarządzającego .....	11
9. Ocena ram zarządzania wewnętrznego .....	12
10. Funkcje zarządcza i nadzorcza organu zarządzającego .....	12
B.2 Skład i funkcjonowanie organu zarządzającego .....	13
11. Skład, mianowanie i sukcesja członków organu zarządzającego .....	13
12. Zaangażowanie, niezależność i zarządzanie konfliktami interesów w obrębie organu zarządzającego .....	14
13. Kwalifikacje organu zarządzającego .....	16
14. Funkcjonowanie organizacyjne organu zarządzającego .....	16
Ocena funkcjonowania organu zarządzającego .....	17
Rola przewodniczącego organu zarządzającego .....	17
Wyspecjalizowane komitety organu zarządzającego .....	18
Komitet ds. audytu .....	19
Komitet ds. ryzyka .....	19

B.3	Zasady postępowania .....	20
15.	Wartości instytucji i kodeks postępowania.....	20
16.	Konflikty interesów na poziomie instytucji.....	21
17.	Wewnętrzne procedury alarmowe .....	22
B.4	Polityka outsourcingu i wynagrodzeń.....	22
18.	Outsourcing .....	22
19.	Zarządzanie polityką wynagrodzeń.....	23
<b>C.</b>	<b>Zarządzanie ryzykiem .....</b>	<b>24</b>
20.	Kultura ryzyka .....	24
21.	Dostosowanie wynagrodzeń do profilu ryzyka .....	25
22.	Ramy zarządzania ryzykiem.....	26
23.	Nowe produkty .....	28
<b>D.</b>	<b>Kontrola wewnętrzna .....</b>	<b>29</b>
24.	Ramy kontroli wewnętrznej.....	29
25.	Komórka kontroli ryzyka (KKR) .....	30
26.	Rola komórki kontroli ryzyka.....	31
	Rola KKR w odniesieniu do strategii i decyzji.....	31
	Rola KKR w odniesieniu do transakcji ze stronami powiązanymi.....	32
	Rola KKR w odniesieniu do złożoności struktury prawnej.....	32
	Rola KKR w odniesieniu do istotnych zmian.....	32
	Rola KKR w odniesieniu do pomiaru i oceny .....	33
	Rola KKR w odniesieniu do monitorowania .....	33
	Rola KKR w odniesieniu do niezatwierdzonych ekspozycji.....	33
27.	Dyrektor ds. ryzyka .....	34
28.	Komórka ds. nadzoru zgodności z prawem.....	35
29.	Komórka audytu wewnętrznego.....	36
<b>E.</b>	<b>Systemy informacyjne i ciągłość działania.....</b>	<b>37</b>
30.	System informacyjny i komunikacja .....	37
31.	Zarządzanie ciągłością działania .....	37

<b>F. Przejrzystość.....</b>	<b>38</b>
32. Delegowanie uprawnień .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
33. Przejrzystość zarządzania wewnętrznego .....	39
Tytuł III – Postanowienia końcowe i wdrożenie.....	40
34. Uchylenie .....	40
35. Data wdrożenia.....	40

## Tytuł I – Przedmiot, zakres i definicje

### 1. Przedmiot

Celem wytycznych jest harmonizacja oczekiwań organów nadzorczych oraz należyte wdrożenie zasad zarządzania wewnętrznego zgodnie z art. 22 i załącznikiem V do dyrektywy 2006/48/WE oraz krajowym prawem spółek.

### 2. Zakres i poziom zastosowania

1. Właściwe organy wymagają, aby instytucje przestrzegały przepisów ustanowionych w niniejszych wytycznych w sprawie zarządzania wewnętrznego.
2. Stosowanie niniejszych wytycznych podlega przeglądowi właściwych organów w ramach prowadzonego przez nie procesu badania i oceny nadzorczej.

#### Wyjaśnienie

CEBS/EUNB opracował wytyczne w sprawie procesu przeglądu nadzorczego (*Guidelines on the Supervisory Review Process*) dostępne na stronie internetowej EUNB.

3. Jeżeli nie zaznaczono inaczej, wytyczne te mają zastosowanie do instytucji w ujęciu indywidualnym oraz do jednostek dominujących i zależnych w ujęciu skonsolidowanym lub subskonsolidowanym.
4. Do wszystkich przepisów zawartych w wytycznych zastosowanie ma zasada proporcjonalności określona w dyrektywach 2006/48/WE i 2006/49/WE (z późniejszymi zmianami). Instytucja może wykazać, w jaki sposób jej podejście, odzwierciedlające charakter, skalę i stopień złożoności jej działalności, pozwala osiągnąć rezultaty wymagane w wytycznych.

### 3. Definicje

1. W niniejszych wytycznych termin *organ zarządzający* ma następujące znaczenie: organ zarządzający (lub organy zarządzające) instytucji, łączący funkcję nadzorczą i zarządczą, który ma ostateczne kompetencje decyzyjne i jest upoważniony do wytyczania strategii, celów oraz ogólnego kierunku tej instytucji. Organ zarządzający obejmuje osoby, które faktycznie kierują działalnością instytucji.
2. W niniejszych wytycznych termin *instytucje* ma następujące znaczenie: instytucje kredytowe oraz firmy inwestycyjne zgodnie z dyrektywami 2006/48/WE i 2006/49/WE.

## Tytuł II – Wymogi dotyczące zarządzania wewnętrznego w instytucjach

### A. Struktura i organizacja przedsiębiorstwa

#### 4. Ramy organizacyjne

1. Organ zarządzający instytucji zapewnia odpowiednią i przejrzystą strukturę tej instytucji. Struktura ta przyczynia się do zapewnienia oraz wykazania skutecznego i ostrożnego zarządzania instytucją zarówno w ujęciu indywidualnym, jak i na poziomie grupy. Hierarchia służbowa oraz podział obowiązków i uprawnień w obrębie instytucji są jasne, dobrze określone, spójne i egzekwowane.
2. Organ zarządzający powinien dopilnować, aby struktura instytucji, a w stosownych przypadkach również struktury w obrębie grupy były jasne i przejrzyste zarówno dla pracowników instytucji, jak i dla organów ją nadzorujących.
3. Organ zarządzający powinien ocenić, w jaki sposób poszczególne elementy struktury przedsiębiorstwa uzupełniają się i wzajemnie oddziałują na siebie. Struktura nie powinna utrudniać organowi zarządzającemu nadzoru nad ryzykiem, na jakie narażona jest instytucja lub grupa, oraz skutecznego zarządzania nim.
4. Organ zarządzający powinien oceniać wpływ zmian w strukturze grupy na jej stabilność. Organ zarządzający powinien niezwłocznie dokonywać wszelkich niezbędnych korekt.

#### Wyjaśnienie

Zmiany mogą wynikać na przykład z ustanowienia nowych jednostek zależnych, połączeń i przejęć, sprzedaży lub rozwiązania części grupy bądź z wydarzeń zewnętrznych.

#### 5. Mechanizmy kontrolne w strukturze grupowej

1. W strukturze grupowej organ zarządzający spółki dominującej danej instytucji ponosi całkowitą odpowiedzialność za właściwe zarządzanie wewnętrzne w całej grupie, jak też za zapewnienie ram zarządzania odpowiednich do struktury, działalności i ryzyka grupy oraz składających się na nią podmiotów.
2. Organ zarządzający regulowanej jednostki zależnej grupy powinien przestrzegać na poziomie jednostki posiadającej osobowość prawną tych samych wartości i polityk w zakresie zarządzania wewnętrznego, co jej spółka dominująca, chyba że wymogi prawne lub nadzorcze bądź względy proporcjonalności nakazują odmienne podejście. Organ zarządzający regulowanej jednostki zależnej powinien zatem w ramach własnych obowiązków w zakresie zarządzania wewnętrznego określić swoje polityki i dokonać oceny wszelkich decyzji lub praktyk na poziomie grupy w celu dopilnowania, aby nie skutkowały one naruszeniem obowiązujących przepisów prawnych lub regulacyjnych, bądź norm ostrożnościowych przez regulowaną jednostkę

zależną. Organ zarządzający regulowanej jednostki zależnej powinien również dopilnować, aby takie decyzje lub praktyki nie były szkodliwe dla:

- a. prawidłowego i ostrożnego zarządzania jednostką zależną;
  - b. kondycji finansowej jednostki zależnej; lub
  - c. interesów prawnych interesariuszy jednostki zależnej.
3. Organy zarządzające spółki dominującej i jej jednostek zależnych powinny stosować oraz uwzględniać treść poniższych punktów, biorąc pod uwagę wpływ wymiaru grupowego na zarządzanie wewnętrzne.
4. Wypełniając swoje obowiązki w zakresie zarządzania wewnętrznego, organ zarządzający spółki dominującej instytucji powinien mieć świadomość wszystkich istotnych rodzajów ryzyka i kwestii problematycznych, mogących mieć wpływ na grupę, samą instytucję dominującą oraz jej jednostki zależne. Powinien zatem sprawować odpowiedni nadzór nad swoimi jednostkami zależnymi, respektując przy tym niezależne obowiązki prawne i w zakresie zarządzania spoczywające na organach zarządzających regulowanych jednostek zależnych.
5. W celu wypełnienia swoich obowiązków w zakresie zarządzania wewnętrznego organ zarządzający spółki dominującej instytucji powinien:
- a. ustanowić strukturę zarządzania przyczyniającą się do skutecznego nadzoru nad jej jednostkami zależnymi oraz uwzględniającą charakter, skalę i stopień złożoności poszczególnych rodzajów ryzyka, na które narażona jest grupa i jej jednostki zależne;
  - b. zatwierdzić dla jej jednostek zależnych politykę zarządzania wewnętrznego na poziomie grupy, która zawiera zobowiązanie do spełnienia wszystkich stosownych wymogów w zakresie zarządzania;
  - c. zapewnić każdej jednostce zależnej zasoby wystarczające do spełnienia zarówno standardów grupowych, jak i lokalnych standardów zarządzania;
  - d. posiadać odpowiednie środki umożliwiające monitorowanie przestrzegania przez każdą jednostkę zależną wszystkich stosownych wymogów w zakresie zarządzania wewnętrznego; oraz
  - e. zapewnić jasność i przejrzystość hierarchii służbowej w obrębie grupy, zwłaszcza w przypadku, gdy linie biznesowe nie pokrywają się ze strukturą prawną grupy.
6. Regulowana jednostka zależna powinna również rozważyć wystarczającą liczbę niezależnych członków organu zarządzającego jako element sprawnego zarządzania. Niezależni członkowie organu zarządzającego to dyrektorzy niewykonawczy zachowujący niezależność w stosunku do jednostki zależnej oraz jej grupy, jak też akcjonariusza posiadającego pakiet kontrolny.



## 6. Znajomość struktury

1. Organ zarządzający w pełni zna i rozumie strukturę operacyjną instytucji („znajomość struktury”) oraz zapewnia jej zgodność z zatwierdzoną strategią działalności oraz profilem ryzyka.

### Wyjaśnienie

Bardzo ważne jest, aby organ zarządzający w pełni znał i rozumiał strukturę operacyjną instytucji. W przypadku, gdy instytucja ustanawia w obrębie swojej grupy wiele jednostek posiadających osobowość prawną, ich liczba, a zwłaszcza wzajemne powiązania i transakcje między nimi mogą utrudniać projektowanie jej zarządzania wewnętrznego oraz zarządzanie ryzykiem grupy jako całości i nadzór nad nim, stwarzając tym samym kolejne, samoistne ryzyko.

2. Organ zarządzający powinien kształtować strukturę instytucji oraz rozumieć tę strukturę, jej ewolucje i ograniczenia, jak też dopilnować, aby struktura ta była uzasadniona i nie cechowała się nadmierną lub nieodpowiednią złożonością. Jest on również odpowiedzialny za zatwierdzanie prawidłowych strategii i polityki ustanawiania nowych struktur. Organ zarządzający powinien także zdawać sobie sprawę z ryzyka stwarzanego przez samą złożoność struktury jednostki posiadającej osobowość prawną i powinien zapewnić zdolność instytucji do przedstawiania w stosownym czasie informacji na temat rodzaju, formy prawnej, struktury własnościowej i działalności każdej jednostki posiadającej osobowość prawną.
3. Organ zarządzający spółki dominującej instytucji powinien rozumieć nie tylko organizację grupy, ale także cel poszczególnych podmiotów oraz związki i relacje między nimi. Oznacza to zrozumienie rodzajów ryzyka operacyjnego specyficznych dla grupy, ekspozycji wewnątrzgrupowych oraz sposobu, w jaki normalne i niekorzystne okoliczności mogą wpłynąć na finansowanie grupy, jej kapitał oraz profil ryzyka.
4. Organ zarządzający spółki dominującej instytucji powinien zapewnić poszczególnym podmiotom w obrębie grupy (włączając w to samą instytucję) wystarczającą ilość informacji, aby wszystkie uzyskały jasny ogólny celów grupy i ryzyka, na jakie jest ona narażona. Wszelkie przepływy znaczących informacji między podmiotami, które są istotne dla operacyjnego funkcjonowania grupy, należy dokumentować i niezwłocznie udostępniać odpowiednio na żądanie organu zarządzającego, komórek kontrolnych i organów nadzorczych.
5. Organ zarządzający spółki dominującej instytucji powinien posiadać bieżące informacje na temat ryzyka stwarzanego przez strukturę grupy. Obejmują one:
  - a. informacje na temat najważniejszych czynników ryzyka; oraz
  - b. regularne sprawozdania zawierające ocenę ogólnej struktury instytucji i zgodności działalności poszczególnych podmiotów z zatwierdzoną strategią.

## 7. Działalność niestandardowa lub nieprzejrzysta

1. W przypadku gdy instytucja działa za pośrednictwem jednostek specjalnego przeznaczenia lub podobnych struktur bądź działa w jurysdykcjach zmniejszających przejrzystość lub niespełniających międzynarodowych standardów bankowych, organ zarządzający rozumie ich cel i strukturę oraz konkretne rodzaje ryzyka z nimi związane. Organ zarządzający wyraża zgodę na taką działalność dopiero po upewnieniu się, że ryzyko będzie odpowiednio zarządzane.

### Wyjaśnienie

Oprócz tej zasady podczas oceny działalności w jurysdykcjach, które nie są w pełni przejrzyste lub nie spełniają międzynarodowych standardów bankowych, właściwe organy mogą również stosować *Podstawowe zasady efektywnego nadzoru bankowego* opracowane przez Bazylejski Komitet Nadzoru Bankowego.

Instytucja może mieć uzasadnione powody, aby działać w pewnych jurysdykcjach (lub współpracować z podmiotami lub kontrahentami działającymi w tych jurysdykcjach) bądź ustanawiać pewne struktury (np. spółki celowe lub powiernicze). Działalność w jurysdykcjach, które nie są w pełni przejrzyste lub nie spełniają międzynarodowych standardów bankowych (np. w dziedzinie nadzoru ostrożnościowego, opodatkowania, przeciwdziałania praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu), bądź za pośrednictwem złożonych lub nieprzejrzystych struktur może jednak wiązać się z ryzykiem prawnym, utraty reputacji oraz finansowym. Struktury takie mogą także zmniejszać zdolność organu zarządzającego do sprawowania odpowiedniego nadzoru nad działalnością i utrudniać sprawowanie efektywnego nadzoru bankowego. Należy je zatem zatwierdzać i utrzymywać jedynie w przypadkach, gdy określono i zrozumiano ich cel, zapewniono skuteczny nadzór oraz możliwe jest odpowiednie zarządzanie wszystkimi istotnymi rodzajami ryzyka potencjalnie stwarzanego przez te struktury.

W związku z tym organ zarządzający powinien zwracać szczególną uwagę na wszystkie takie sytuacje, gdyż znacząco utrudniają one zrozumienie struktury grupy.

2. Organ zarządzający powinien ustanowić oraz utrzymywać i poddawać bieżącemu przeglądowi odpowiednie strategie, politykę oraz procedury w zakresie zatwierdzania i utrzymywania takich struktur oraz działalności, aby zapewnić ich zgodność z zamierzonym celem.
3. Organ zarządzający powinien zapewnić podjęcie odpowiednich działań w celu uniknięcia lub minimalizacji ryzyka związanego z taką działalnością. Obejmuje to:
  - a. ustanowienie przez instytucję odpowiedniej polityki i procedur oraz udokumentowanych procesów (np. stosownych limitów, wymogów

informacyjnych) w związku z rozważaniem i zatwierdzaniem takiej działalności oraz zarządzaniem związanym z nią ryzykiem, przy uwzględnieniu konsekwencji dla struktury operacyjnej grupy;

- b. dostępność informacji na temat takiej działalności i związanego z nią ryzyka dla centrali instytucji oraz audytorów, jak też przedkładanie ich w sprawozdaniach organowi zarządzającemu i organom nadzorczym;
- c. dokonywaną przez instytucję okresową ocenę, czy nadal zachodzi potrzeba prowadzenia działalności zmniejszającej przejrzystość.

4. Takie same działania należy podjąć w przypadku, gdy instytucja prowadzi niestandardową lub nieprzejrzystą działalność na rzecz klientów.

#### Wyjaśnienie

Niestandardowa lub nieprzejrzysta działalność na rzecz klientów (np. udzielanie pomocy w zakładaniu spółek w zagranicznych jurysdykcjach, opracowywanie złożonych struktur i transakcji finansowania lub świadczenie usług powierniczych) skutkuje podobnymi trudnościami w dziedzinie zarządzania wewnętrznego oraz może stwarzać znaczące ryzyko operacyjne i utraty reputacji. Dlatego też niezbędne są takie same środki zarządzania ryzykiem, jak w przypadku własnej działalności instytucji.

5. Wszystkie takie struktury i rodzaje działalności powinny podlegać okresowemu audytowi wewnętrznemu i zewnętrznemu.

## **B. Organ zarządzający**

### **B.1 Obowiązki i zakres odpowiedzialności organu zarządzającego**

#### **8. Obowiązki organu zarządzającego**

1. Organ zarządzający ponosi całkowitą odpowiedzialność za instytucję i określa jej strategię. Obowiązki organu zarządzającego muszą zostać jasno określone w formie pisemnej i zatwierdzone.

#### Wyjaśnienie

Prawidłowe wykonywanie obowiązków organu zarządzającego stanowi podstawę prawidłowego i ostrożnego zarządzania instytucją. Udokumentowane obowiązki muszą także być zgodne z krajowym prawem spółek.

2. Wśród najważniejszych obowiązków organu zarządzającego powinno się znaleźć ustanawianie i nadzorowanie:

- a. ogólnej strategii biznesowej instytucji w obrębie obowiązujących ram prawnych i regulacyjnych przy uwzględnieniu długoterminowego interesu finansowego oraz wypłacalności instytucji;
  - b. ogólnej strategii i polityki instytucji w zakresie ryzyka, w tym jej tolerancji na ryzyko i gotowości do jego podejmowania oraz ram zarządzania ryzykiem;
  - c. wielkości, rodzajów oraz podziału kapitału wewnętrznego i funduszy własnych wystarczających na pokrycie ryzyka instytucji;
  - d. solidnej i przejrzystej struktury organizacyjnej z efektywnymi kanałami komunikacji i sprawozdawczości;
  - e. polityki mianowania i sukcesji osób pełniących najważniejsze funkcje w instytucji;
  - f. zasad wynagradzania zgodnych ze strategiami instytucji w zakresie ryzyka;
  - g. zasad zarządzania instytucją i jej wartości, w tym poprzez opracowanie kodeksu postępowania lub podobnego dokumentu; oraz
  - h. odpowiednich i skutecznych ram kontroli wewnętrznej obejmujących sprawnie funkcjonujące komórki kontroli ryzyka, ds. nadzoru zgodności z prawem oraz audytu wewnętrznego, jak też odpowiednich ram sprawozdawczości finansowej i rachunkowości.
3. Organ zarządzający powinien również dokonywać regularnego przeglądu i korekt powyższych strategii oraz polityki. Organ zarządzający ponosi odpowiedzialność za odpowiednią komunikację z organami nadzorczymi i innymi zainteresowanymi stronami.

#### **9. Ocena ram zarządzania wewnętrznego**

- 1. Organ zarządzający monitoruje i okresowo ocenia skuteczność ram zarządzania wewnętrznego instytucji.
- 2. Przeglądu ram zarządzania wewnętrznego i ich wdrożenia należy dokonywać co najmniej raz w roku. Powinien on skupiać się na wszelkich zmianach czynników wewnętrznych i zewnętrznych mających wpływ na instytucję.

#### **10. Funkcje zarządcza i nadzorcza organu zarządzającego**

- 1. Funkcje zarządcza i nadzorcza organu zarządzającego muszą być w skuteczny sposób powiązane ze sobą.

#### Wyjaśnienie

W państwach członkowskich funkcjonuje zazwyczaj jedna z dwóch **struktur zarządzania** – obejmująca jedno lub dwa ciała. W obydwu strukturach organ zarządzający pełniący funkcję zarządczą i organ zarządzający pełniący funkcję nadzorczą odgrywają odrębne role w zarządzaniu instytucją – bezpośrednio lub za pośrednictwem komitetów.

Funkcja zarządcza wytycza kierunek działania instytucji, zapewnia skuteczne wdrożenie strategii i odpowiada za bieżące zarządzanie instytucją.

Funkcja nadzorcza sprawuje nadzór nad funkcją zarządczą i pełni rolę doradczą. Jej rola w zakresie nadzoru polega na konstruktywnej krytyce podczas opracowywania strategii instytucji; monitorowaniu wyników funkcji zarządczej i realizacji uzgodnionych celów; oraz zapewnieniu integralności informacji finansowych, jak też skutecznego zarządzania ryzykiem i mechanizmów kontroli wewnętrznej.

Aby zapewnić dobre zarządzanie, funkcje zarządcza i nadzorcza instytucji powinny skutecznie współdziałać na rzecz realizacji uzgodnionej strategii instytucji, a zwłaszcza zarządzania ryzykiem, na jakie narażona jest instytucja. Ewentualne znaczne różnice między ramami prawnymi i regulacyjnymi poszczególnych krajów nie powinny uniemożliwiać skutecznego współdziałania tych dwóch funkcji niezależnie od tego, czy organ zarządzający składa się z jednego, czy też z większej liczby ciał.

2. Organ zarządzający pełniący funkcję nadzorczą powinien:
  - a. być gotowy i zdolny do konstruktywnej krytyki oraz przeglądu propozycji, wyjaśnień i informacji dostarczanych przez członków organu zarządzającego pełniącego funkcję zarządczą;
  - b. monitorować, czy strategia, tolerancja na ryzyko i gotowość do jego podejmowania oraz polityka instytucji są wdrażane w spójny sposób, a standardy dotyczące wyników są przestrzegane w sposób zgodny z jej długoterminowym interesem finansowym oraz potrzebą zapewnienia wypłacalności; oraz
  - c. monitorować wyniki członków organu zarządzającego pełniącego funkcję zarządczą w odniesieniu do tych standardów.
3. Organ zarządzający pełniący funkcję zarządczą powinien koordynować strategię instytucji w zakresie działalności i ryzyka z organem zarządzającym pełniącym funkcję nadzorczą oraz regularnie omawiać wdrażanie tych strategii z organem zarządzającym pełniącym funkcję nadzorczą.
4. Każda z funkcji powinna dostarczać drugiej wystarczającej ilości informacji. Organ zarządzający pełniący funkcję zarządczą powinien regularnie i w razie potrzeby niezwłocznie w kompleksowy sposób informować organ zarządzający pełniący funkcję nadzorczą o elementach istotnych dla oceny sytuacji, zarządzania instytucją oraz utrzymania jej bezpieczeństwa finansowego.

## **B.2 Skład i funkcjonowanie organu zarządzającego**

### **11. Skład, mianowanie i sukcesja członków organu zarządzającego**

1. Liczba członków organu zarządzającego oraz jego skład muszą być odpowiednie. Organ zarządzający posiada politykę doboru, monitorowania oraz planowania sukcesji swoich członków.
2. Instytucja powinna określić rozmiar i skład swojego organu zarządzającego, uwzględniając wielkość i złożoność instytucji oraz charakter i zakres jej działalności. Dobór członków organu zarządzającego powinien zapewniać ich wystarczającą zbiorową wiedzę fachową.
3. Organ zarządzający powinien zidentyfikować oraz dobrać wykwalifikowanych i doświadczonych kandydatów oraz zapewnić odpowiednie plany sukcesji w obrębie organu zarządzającego, uwzględniając w należyty sposób wszelkie inne wymogi prawne w zakresie składu, mianowania lub sukcesji.
4. Organ zarządzający powinien dopilnować, aby instytucja posiadała politykę doboru nowych członków i ponownego mianowania członków dotychczasowych. Polityka ta powinna obejmować sporządzenie opisu niezbędnych kompetencji i umiejętności w celu zapewnienia wystarczającej wiedzy fachowej.
5. Członkowie organu zarządzającego powinni być mianowani na odpowiedni okres. Wnioski o ponowne mianowanie powinny opierać się na wspomnianym powyżej profilu i powinny być zgłaszane dopiero po wnikliwym rozpatrzeniu wyników danego członka podczas poprzedniej kadencji.
6. Ustanawiając plan sukcesji swoich członków, organ zarządzający powinien uwzględnić datę wygaśnięcia umowy lub mandatu każdego z nich, aby zapobiec, o ile to możliwe, konieczności równoczesnego zastąpienia zbyt wielu członków.

## **12. Zaangażowanie, niezależność i zarządzanie konfliktami interesów w obrębie organu zarządzającego**

1. Członkowie organu zarządzającego aktywnie angażują się w działalność instytucji i są w stanie podejmować własne prawidłowe, obiektywne i niezależne decyzje oraz dokonywać prawidłowych, obiektywnych i niezależnych ocen.
2. Dobór członków organu zarządzającego powinien zapewnić wystarczającą wiedzę fachową i niezależność organu zarządzającego. Instytucja powinna zapewnić zdolność członków organu zarządzającego do przeznaczenia wystarczającej ilości czasu i wysiłku w celu skutecznego wypełniania obowiązków.
3. Członkowie organu zarządzającego powinni pełnić jedynie ograniczoną liczbę funkcji i prowadzić inną czasochłonną działalność zawodową tylko w ograniczonym zakresie. Ponadto członkowie powinni informować instytucję o swojej dodatkowej działalności zawodowej (np. funkcjach w innych spółkach). Ze względu na fakt, iż przewodniczący ma większy zakres obowiązków i odpowiedzialności, należy oczekiwać od niego większego poświęcenia czasowego.
4. Minimalną oczekiwaną ilość przeznaczanego czasu w przypadku wszystkich członków organu zarządzającego należy określić w formie pisemnej. Rozważając mianowanie nowego członka lub po uzyskaniu od dotychczasowego członka informacji o nowej funkcji, członkowie organu zarządzającego powinni zadać

pytanie o zdolność danej osoby do przeznaczenia wystarczającej ilości czasu obowiązkom wobec instytucji. Należy ujawniać informacje o udziale członków organu zarządzającego pełniącego funkcję nadzorczą w jego pracach. Instytucja powinna również rozważyć ujawnianie długoterminowych absencji członków organu zarządzającego pełniącego funkcję zarządczą.

5. Członkowie organu zarządzającego powinni być w stanie działać w sposób obiektywny, krytyczny i niezależny. Środki służące zwiększeniu zdolności do wydawania obiektywnych i niezależnych ocen powinny obejmować rekrutację członków z wystarczająco szerokiej grupy kandydatów oraz ustanowienie wystarczającej liczby członków niewykonawczych.

#### Wyjaśnienie

W przypadku gdy organ zarządzający pełniący funkcję nadzorczą jest formalnie odrębny od organu zarządzającego pełniącego funkcję zarządczą, obiektywność i niezależność organu zarządzającego pełniącego funkcję nadzorczą trzeba mimo to zapewnić poprzez odpowiedni dobór niezależnych członków.

6. Organ zarządzający powinien posiadać pisemną politykę zarządzania konfliktami interesów jego członków. W polityce należy zawrzeć:
  - a. obowiązek unikania przez członka konfliktów interesów, które nie zostały ujawnione organowi zarządzającemu i przezeń zaaprobowane, a w pozostałych przypadkach obowiązek zapewnienia odpowiedniego zarządzania konfliktami;
  - b. opis przeglądu lub procesu aprobaty, który należy wdrożyć, zanim członkowie podejmą pewne rodzaje działalności (np. zasiadanie w innym organie zarządzającym) w celu dopilnowania, aby takie nowe zobowiązanie nie rodziło konfliktu interesów;
  - c. obowiązek informowania instytucji przez członka o wszelkich okolicznościach mogących skutkować lub skutkujących konfliktem interesów;
  - d. obowiązek wstrzymania się przez członka od udziału w podejmowaniu decyzji lub głosowaniu w związku ze wszystkimi sprawami, w przypadku których członek może znajdować się w konflikcie interesów lub jego obiektywizm bądź zdolność do należytego wypełniania obowiązków wobec instytucji może ulec zmniejszeniu w inny sposób;
  - e. opis odpowiednich procedur w odniesieniu do transakcji ze stronami powiązаныmi dokonywanych na zasadach rynkowych; oraz
  - f. opis działań podejmowanych przez organ zarządzający we wszelkich przypadkach nieprzestrzegania polityki.

### **13. Kwalifikacje organu zarządzającego**

1. Członkowie organu zarządzającego posiadają i utrzymują, w tym poprzez szkolenia, kwalifikacje do zajmowania swoich stanowisk. Dokładnie rozumieją oni obowiązujące w instytucji zasady zarządzania oraz swoją rolę w odniesieniu do nich.
2. Członkowie organu zarządzającego powinni zarówno indywidualnie, jak i zbiorowo posiadać wiedzę fachową, doświadczenie, kompetencje, wiedzę oraz cechy osobiste, w tym profesjonalizm i uczciwość, niezbędne w celu należytego wykonywania obowiązków.
3. Członkowie organu zarządzającego powinni posiadać aktualną wiedzę o działalności instytucji na poziomie odpowiadającym ich zakresowi obowiązków. Obejmuje to odpowiednią wiedzę na temat obszarów, za które nie są bezpośrednio odpowiedzialni, lecz ponoszą za nie zbiorową odpowiedzialność.
4. Zbiorowo powinni oni w pełni rozumieć charakter działalności i związane z nią ryzyko, jak też dysponować odpowiednią wiedzą fachową oraz doświadczeniem w zakresie każdego istotnego obszaru działalności, którą instytucja zamierza prowadzić, aby umożliwić skuteczne zarządzanie i nadzór.
5. Instytucja powinna ustanowić prawidłową procedurę zapewniającą wystarczające kwalifikacje członków organu zarządzającego zarówno indywidualnie, jak i zbiorowo.
6. Członkowie organu zarządzającego powinni uzyskiwać, utrzymywać i pogłębiać wiedzę oraz umiejętności w celu wykonywania obowiązków. Instytucje powinny zapewnić członkom dostęp do dostosowanych do indywidualnych potrzeb szkoleń, które powinny uwzględniać wszelkie różnice między profilem wiedzy niezbędnym instytucji a rzeczywistą wiedzą członków. Szkolenia takie mogą obejmować narzędzia i modele zarządzania ryzykiem instytucji, nowe kierunki rozwoju, zmiany zachodzące w organizacji, złożone produkty, nowe produkty lub rynki i łączenie przedsiębiorstw. Szkolenie powinno również pokrywać obszary działalności, za które poszczególni członkowie nie są bezpośrednio odpowiedzialni. Organ zarządzający powinien przeznaczyć na szkolenia wystarczający czas, budżet i inne zasoby.

### **14. Funkcjonowanie organizacyjne organu zarządzającego**

1. Organ zarządzający określa odpowiednie praktyki w zakresie zarządzania wewnętrznego oraz procedury dotyczące jego własnej organizacji i funkcjonowania, jak też ustanawia środki zapewniające przestrzeganie tych praktyk i okresowe przeglądy służące ich doskonaleniu.



#### Wyjaśnienie

Prawidłowe praktyki i procedury zarządzania wewnętrznego w odniesieniu do organu zarządzającego stanowią ważne sygnały dotyczące zasad zarządzania instytucją i jej celów odbierane w obrębie instytucji oraz poza nią. Takie praktyki i procedury obejmują częstotliwość posiedzeń, obowiązujące procedury robocze i protokoły z nich, rolę przewodniczącego oraz sposób wykorzystania komitetów.

2. Organ zarządzający powinien zbierać się regularnie, aby w odpowiedni i skuteczny sposób wykonywać swoje obowiązki. Członkowie organu zarządzającego powinni przeznaczać wystarczającą ilość czasu na przygotowania do posiedzeń. Przygotowania takie obejmują ustalenie porządku obrad posiedzenia. W protokole z posiedzenia należy wskazać punkty porządku obrad oraz jasno określić podjęte decyzje i uzgodnione działania. Powyższe praktyki i procedury wraz z prawami, obowiązkami i najważniejszymi działaniami organu zarządzającego należy udokumentować i poddawać okresowemu przeglądowi ze strony organu zarządzającego.

#### **Ocena funkcjonowania organu zarządzającego**

3. Organ zarządzający powinien regularnie oceniać indywidualną i zbiorową efektywność oraz skuteczność swoich działań, praktyki i procedury w zakresie zarządzania, jak też funkcjonowanie komitetów. Ocenę mogą przeprowadzić zewnętrzni doradcy.

#### **Rola przewodniczącego organu zarządzającego**

4. Przewodniczący powinien zapewnić podejmowanie decyzji organu zarządzającego w prawidłowy sposób i w oparciu o odpowiednie informacje. Powinien on zachęcać do i sprzyjać otwartej i krytycznej dyskusji, oraz zapewnić możliwość wyrażenia i omówienia odmiennych poglądów w ramach procesu decyzyjnego.

#### Wyjaśnienie

Przewodniczący organu zarządzającego odgrywa bardzo ważną rolę w prawidłowym funkcjonowaniu tego organu. Kieruje on organem zarządzającym i jest odpowiedzialny za ogólną skuteczność jego funkcjonowania.

5. W systemie monistycznym przewodniczący organu zarządzającego nie powinien być zarazem dyrektorem generalnym instytucji. W przypadku, gdy przewodniczący organu zarządzającego jest zarazem dyrektorem generalnym instytucji, instytucja powinna wdrożyć środki służące minimalizacji potencjalnego niekorzystnego wpływu na jej mechanizmy kontrolne.

#### Wyjaśnienie

Mechanizmy kontrolne mogą obejmować na przykład wskazanie starszego stażem niezależnego członka koordynującego w ramach organu zarządzającego pełniącego funkcję nadzorczą lub ustanowienie podobnego stanowiska.

### **Wyspecjalizowane komitety organu zarządzającego**

6. Uwzględniając wielkość i stopień złożoności instytucji, organ zarządzający pełniący funkcję nadzorczą powinien rozważyć ustanowienie wyspecjalizowanych komitetów złożonych z członków organu zarządzającego (do udziału w ich pracach można zaprosić inne osoby, gdy ich wiedza fachowa lub porady są istotne w odniesieniu do danego zagadnienia). Wśród wyspecjalizowanych komitetów mogą znaleźć się komitet ds. audytu, komitet ds. ryzyka, komitet ds. wynagrodzeń, komitet ds. mianowania lub zasobów ludzkich bądź komitet ds. zarządzania, etyki lub zgodności z prawem.

#### Wyjaśnienie

Przekazanie uprawnień takim komitetom w żaden sposób nie zwalnia organu zarządzającego pełniącego funkcję nadzorczą ze zbiorowego wykonywania jego obowiązków i zadań, może jednak zapewnić mu wsparcie w konkretnych obszarach, ułatwiając opracowanie i wdrażanie dobrych praktyk oraz decyzji w zakresie zarządzania.

7. Wyspecjalizowany komitet powinien posiadać optymalny zasób wiedzy fachowej, kompetencji oraz doświadczenia, które łącznie pozwalają mu w pełni zrozumieć stosowne zagadnienia, obiektywnie je ocenić oraz uzyskać ich świeży ogląd. Powinna w nim zasiadać wystarczająca liczba niezależnych członków. Każdy komitet powinien posiadać udokumentowany mandat (określający także zakres jego działalności) od organu zarządzającego pełniącego funkcję nadzorczą, jak również ustalone procedury robocze. Członkostwo w komitecie i funkcja przewodniczącego mogą podlegać rotacji co pewien czas.

#### Wyjaśnienie

Rotacja członkostwa i funkcji przewodniczącego pozwala uniknąć nadmiernego skupienia władzy oraz sprzyja świeżemu spojrzeniu.

8. Przewodniczący poszczególnych komitetów powinni regularnie zdawać sprawozdania organowi zarządzającemu. Wyspecjalizowane komitety powinny odpowiednio współdziałać ze sobą, aby zapewnić spójność i zapobiec lukom. Cel ten można osiągnąć poprzez łączenie udziału w nich: przewodniczący lub członek jednego wyspecjalizowanego komitetu może zarazem być członkiem innego wyspecjalizowanego komitetu.

### **Komitet ds. audytu**

9. Komitet ds. audytu (lub równoważny komitet) powinien m.in. monitorować skuteczność istniejących w spółce systemów kontroli wewnętrznej, audytu wewnętrznego i zarządzania ryzykiem; nadzorować zewnętrznych audytorów instytucji; rekomendować zatwierdzenie przez organ zarządzający mianowania, wynagrodzenia oraz odwołania zewnętrznych audytorów; dokonywać przeglądu i zatwierdzenia zakresu oraz częstotliwości audytów; dokonywać przeglądu sprawozdań z audytów oraz zapewnić podejmowanie w stosownym czasie przez organ zarządzający pełniący funkcję zarządczą niezbędnych działań naprawczych w celu zaradzenia uchybieniom w zakresie kontroli, brakowi zgodności z przepisami, regulacjami i politykami oraz innym problemom wskazanym przez audytorów. Ponadto komitet ds. audytu powinien nadzorować ustanowienie przez instytucję polityk rachunkowości.

#### Wyjaśnienie

Zob. też art. 41 dyrektywy 2006/43/WE w sprawie ustawowych badań rocznych sprawozdań finansowych i skonsolidowanych sprawozdań finansowych.

10. Przewodniczący komitetu powinien być niezależny. Jeżeli przewodniczący jest byłym członkiem organu instytucji pełniącego funkcję zarządczą, przed objęciem przez niego stanowiska przewodniczącego komitetu powinien upłynąć stosowny okres.
11. Członkowie komitetu ds. audytu jako całości powinni posiadać aktualne i stosowne doświadczenie praktyczne w dziedzinie rynków finansowych lub powinni posiadać w związku ze swoją pozostałą działalnością gospodarczą wystarczające doświadczenie zawodowe bezpośrednio związane z działaniem rynków finansowych. Przewodniczący komitetu ds. audytu powinien w każdym razie posiadać wiedzę specjalistyczną i doświadczenie w stosowaniu zasad rachunkowości oraz procedur kontroli wewnętrznej.

### **Komitet ds. ryzyka**

12. Komitet ds. ryzyka (lub równoważny komitet) powinien być odpowiedzialny za doradzanie organowi zarządzającemu w sprawach ogólnej, obecnej i przyszłej tolerancji instytucji na ryzyko i gotowości do jego podejmowania oraz strategii w zakresie ryzyka, jak też za nadzór nad wdrażaniem tej strategii. W celu zwiększenia skuteczności komitetu ds. ryzyka powinien on regularnie komunikować się z komórką kontroli ryzyka instytucji oraz z dyrektorem ds. ryzyka i powinien w stosownych przypadkach mieć dostęp do porad ekspertów zewnętrznych, zwłaszcza w odniesieniu do proponowanych transakcji strategicznych takich jak połączenia i przejęcia.

### **B.3 Zasady postępowania**

#### **15. Wartości instytucji i kodeks postępowania**

1. Organ zarządzający opracowuje oraz upowszechnia wysokie standardy etyczne i zawodowe.

## Wyjaśnienie

Gdy reputacja instytucji zostaje zakwestionowana, utrata zaufania może być trudna do naprawienia i nieść reperkusje dla całego rynku.

Wdrożenie odpowiednich standardów profesjonalnego i odpowiedzialnego postępowania (np. kodeksu postępowania) w całej instytucji powinno pomóc w zredukowaniu ryzyka, na jakie jest ona narażona. Jeżeli standardom tym zostanie nadany wysoki priorytet i będą one prawidłowo wdrażane, zmniejszy się zwłaszcza ryzyko operacyjne i utraty reputacji.

2. Organ zarządzający powinien ustanowić jasne polityki w zakresie przestrzegania tych standardów.
3. Należy dokonywać ciągłego przeglądu wdrażania tych standardów oraz zgodności z nimi. Organ zarządzający powinien otrzymywać regularne sprawozdania z jego wynikami.

### **16. Konflikty interesów na poziomie instytucji**

1. Organ zarządzający ustanawia, wdraża oraz utrzymuje skuteczne polityki służące identyfikacji istniejących i potencjalnych konfliktów interesów. Konflikty interesów ujawnione organowi zarządzającemu i zaaprobowane przez ten organ są odpowiednio zarządzane.
2. Relacje, usługi, działalność lub transakcje instytucji, które mogą rodzić konflikty interesów, należy wskazać w pisemnej polityce określającej sposób zarządzania takimi konfliktami. Polityka ta powinna obejmować relacje i transakcje między różnymi klientami instytucji oraz między instytucją a:
  - a. jej klientami (w rezultacie modelu handlowego lub różnych usług świadczonych przez instytucję i prowadzonej przez nią działalności);
  - b. jej udziałowcami;
  - c. członkami jej organu zarządzającego;
  - d. jej pracownikami;
  - e. jej znaczącymi dostawcami lub partnerami biznesowymi; oraz
  - f. innymi stronami powiązanymi (np. jej spółką dominującą lub podmiotami zależnymi).
3. Spółka dominująca powinna rozważyć i wyważyć interesy wszystkich swoich jednostek zależnych oraz zbadać wkład, jaki interesy te wnoszą we wspólne cele i interesy całej grupy w perspektywie długookresowej.
4. W polityce w zakresie konfliktu interesów należy określić środki służące zapobieganiu konfliktom interesów lub zarządzaniu nimi. Takie procedury i środki mogą obejmować:
  - a. odpowiedni podział obowiązków, np. powierzenie czynności będących w konflikcie w obrębie łańcucha transakcji lub usług różnym osobom lub

powierzenie odpowiedzialności za nadzór i sprawozdawczość w odniesieniu do czynności będących w konflikcie z różnymi osobami;

b. ustanowienie barier informacyjnych np. poprzez fizyczne oddzielenie pewnych działów; oraz

c. zapobieganie wywieraniu niewłaściwego wpływu na daną działalność w obrębie instytucji przez osoby aktywne również poza instytucją.

#### **17. Wewnętrzne procedury alarmowe**

1. Organ zarządzający ustanawia odpowiednie wewnętrzne procedury alarmowe służące zgłaszaniu przez pracowników obaw dotyczących zarządzania wewnętrznego.
2. Instytucja powinna przyjąć odpowiednie wewnętrzne procedury alarmowe, z których mogą korzystać pracownicy, aby zgłaszać znaczące i zasadne obawy dotyczące kwestii związanych z zarządzaniem wewnętrznym. Procedury te powinny utrzymywać w poufności tożsamość pracowników zgłaszających takie obawy. Aby uniknąć konfliktów interesów, powinna istnieć możliwość zgłaszania takich obaw poza normalną hierarchią służbową (np. za pośrednictwem komórki ds. nadzoru zgodności z prawem, komórki audytu wewnętrznego lub wewnętrznej procedury dla osób zgłaszających przypadki naruszenia). Procedury alarmowe powinny być dostępne dla wszystkich pracowników instytucji. Informacje dostarczone przez pracowników za pośrednictwem procedur alarmowych należy w stosownych przypadkach udostępnić organowi zarządzającemu.

#### Wyjaśnienie

W niektórych państwach członkowskich oprócz wewnętrznych procedur alarmowych w obrębie instytucji może także istnieć możliwość zgłaszania przez pracowników takich obaw organom nadzorczym.

### **B.4 Polityki outsourcingu i wynagrodzeń**

#### **18. Outsourcing**

1. Organ zarządzający zatwierdza politykę instytucji w zakresie outsourcingu i poddaje ją regularnemu przeglądowi.

#### Wyjaśnienie

Niniejsze wytyczne są ograniczone do polityki w zakresie outsourcingu; szczegółowe aspekty outsourcingu omówiono w wytycznych CEBS w sprawie outsourcingu (*CEBS Guidelines on Outsourcing*) dostępnych na stronie internetowej EUNB.

Oczekuje się, że instytucje będą przestrzegać obydwu zestawów wytycznych. W przypadku rozbieżności pierwszeństwo mają bardziej szczegółowe wytyczne CEBS. W przypadku gdy danej kwestii nie ujęto w wytycznych CEBS, zastosowanie ma ogólna zasada zawarta w niniejszych wytycznych.

2. Polityka w zakresie outsourcingu powinna uwzględniać jego wpływ na działalność instytucji oraz na jej ryzyko (np. operacyjne, utraty reputacji oraz koncentracji). Polityka ta powinna obejmować rozwiązania w zakresie sprawozdawczości i monitorowania, które należy wdrażać od etapu rozważania umowy outsourcingowej do zakończenia jej obowiązywania (w tym podczas przygotowania analizy kosztów i korzyści outsourcingu, zawierania umowy outsourcingowej, realizacji umowy do chwili jej wygaśnięcia, wdrażania planów awaryjnych i strategii wyjścia). Politykę należy poddawać regularnemu przeglądowi i aktualizacji, a zmiany powinny być wdrażane w stosownym czasie.
3. Instytucja pozostaje w pełni odpowiedzialna za wszystkie usługi i rodzaje działalności podlegające outsourcingowi oraz wynikające z nich decyzje kierownictwa. W związku z tym w polityce w zakresie outsourcingu należy jasno wskazać, że rozwiązanie to nie zwalnia instytucji z jej obowiązków regulacyjnych oraz wobec klientów.
4. W polityce należy zawrzeć stwierdzenie, że outsourcing nie powinien utrudniać skutecznego nadzoru inspekcyjnego lub analitycznego nad instytucją oraz nie powinien naruszać żadnych ograniczeń nadzorczych dotyczących usług i działalności. Polityka powinna też obejmować outsourcing wewnętrzny (np. usługi świadczone przez odrębną jednostkę posiadającą osobowość prawną w ramach grupy, do której należy instytucja) i wszelkie konkretne uwarunkowania grupowe, które należy uwzględnić.

#### **19. Zarządzanie polityką wynagrodzeń**

1. Ostateczny nadzór nad polityką wynagrodzeń należy do organu zarządzającego instytucji.

##### Wyjaśnienie

W niniejszych wytycznych przedstawiono *ogólne* ramy mające zastosowanie do zarządzania polityką wynagrodzeń. *Szczegółowe* aspekty zagadnienia wynagrodzeń omówiono w wytycznych CEBS w sprawie wynagrodzeń (*CEBS Guidelines on Remuneration*) z grudnia 2010 r. Oczekuje się, że instytucje będą przestrzegać obydwu zestawów wytycznych.

2. Organ zarządzający pełniący funkcję nadzorczą powinien utrzymywać, zatwierdzać i nadzorować ogólne zasady polityki wynagrodzeń w instytucji. Procedury ustalania wynagrodzeń w ramach instytucji powinny być jasne, dobrze udokumentowane i wewnętrznie przejrzyste.
3. Oprócz ogólnej odpowiedzialności organu zarządzającego za całość polityki wynagrodzeń i jej przegląd niezbędne jest odpowiednie zaangażowanie

komórek kontrolnych. Członkowie organu zarządzającego, członkowie komisji ds. wynagrodzeń oraz inni pracownicy uczestniczący w opracowaniu i realizacji polityki wynagrodzeń powinni mieć odpowiednią wiedzę fachową i móc formułować niezależne osądy na temat adekwatności polityki wynagrodzeń, w tym na temat jej wpływu na zarządzanie ryzykiem.

4. Polityka wynagrodzeń powinna także mieć na celu zapobieganie konfliktom interesów. Organ zarządzający pełniący funkcję zarządczą nie powinien ustalać własnego wynagrodzenia; aby tego uniknąć, można na przykład rozważyć powierzenie tego zadania niezależnej komisji ds. wynagrodzeń. Jednostki biznesowe nie powinny móc ustalać wynagrodzenia swoich komórek kontrolnych.
5. Organ zarządzający powinien sprawować nadzór nad stosowaniem polityki wynagrodzeń, aby zapewnić jej funkcjonowanie w zamierzony sposób. Wdrożenie polityki wynagrodzeń powinno także podlegać centralnemu i niezależnemu przeglądowi.

## C. Zarządzanie ryzykiem

### 20. Kultura ryzyka

1. Instytucja rozwija zintegrowaną kulturę ryzyka, obejmującą całość instytucji oraz opartą na pełnym zrozumieniu ryzyka, na jakie jest narażona, i sposobu zarządzania nim, uwzględniając swoją tolerancję na ryzyko i gotowość do jego podejmowania.

#### Wyjaśnienie

Działalność instytucji wiąże się głównie z podejmowaniem ryzyka, więc odpowiednie zarządzanie ryzykiem ma fundamentalne znaczenie. Prawidłowa i spójna kultura ryzyka w całej instytucji jest kluczowym elementem skutecznego zarządzania ryzykiem.

2. Instytucja powinna rozwijać swoją kulturę ryzyka dzięki polityce, przykładom, komunikacji i szkoleniu pracowników w zakresie obowiązków związanych z ryzykiem.
3. Każdy członek organizacji powinien mieć pełną świadomość swoich obowiązków związanych z zarządzaniem ryzykiem. Zarządzanie ryzykiem nie powinno ograniczać się do specjalistów ds. ryzyka lub komórek kontrolnych. Główną odpowiedzialność za bieżące zarządzanie ryzykiem, przy uwzględnieniu tolerancji instytucji na ryzyko i gotowości do jego podejmowania oraz w zgodzie z jej polityką, procedurami i mechanizmami kontrolnymi, powinny ponosić jednostki biznesowe przy nadzorze ze strony organu zarządzającego.
4. Instytucja powinna dysponować całościowymi ramami zarządzania ryzykiem dotyczącymi wszystkich jednostek biznesowych, wsparcia i kontrolnych, w pełni uwzględniającymi gospodarczą istotę jej ekspozycji na ryzyko oraz



obejmującymi wszystkie istotne rodzaje ryzyka (np. finansowe i niefinansowe, bilansowe i pozabilansowe, warunkowe bądź nie, wynikające z umowy bądź nie). Ich zakres nie powinien ograniczać się do ryzyka kredytowego, rynkowego, utraty płynności i operacyjnego, lecz powinien też obejmować ryzyko koncentracji, utraty reputacji, braku zgodności oraz strategiczne.

5. Ramy zarządzania ryzykiem powinny umożliwiać instytucji podejmowanie świadomych decyzji. Należy je oprzeć na informacjach uzyskanych na podstawie identyfikacji, pomiaru lub oceny i monitorowania ryzyka. Ocena ryzyka powinna mieć charakter oddolny i odgórny, obejmować całość hierarchii zarządzania i różne linie biznesowe oraz wykorzystywać spójną terminologię i konsekwentną metodykę w obrębie całej instytucji oraz jej grupy.
6. Ramy zarządzania ryzykiem powinny podlegać niezależnemu przeglądowi wewnętrznemu lub zewnętrznemu oraz regularnej ocenie pod kątem tolerancji / instytucji na ryzyko i gotowości do jego podejmowania, przy uwzględnieniu informacji od komórki kontroli ryzyka oraz w stosownych przypadkach komitetu ds. ryzyka. Należy przy tym rozważyć takie czynniki jak wydarzenia wewnętrzne i zewnętrzne, w tym wzrost sumy bilansowej i przychodów, rosnącą złożoność działalności instytucji, profil ryzyka i strukturę operacyjną, ekspansję geograficzną, połączenia i przejęcia oraz wprowadzanie nowych produktów lub linii biznesowych.

## **21. Dostosowanie wynagrodzeń do profilu ryzyka**

1. Polityka i praktyki instytucji w zakresie wynagrodzeń są zgodne z jej profilem ryzyka oraz służą prawidłowemu i skutecznemu zarządzaniu ryzykiem.

### Wyjaśnienie

W niniejszych wytycznych przedstawiono *ogólne* ramy mające zastosowanie do dostosowania polityki wynagrodzeń instytucji do jej profilu ryzyka. *Szczegółowe* aspekty polityki wynagrodzeń omówiono w wytycznych CEBS w sprawie wynagrodzeń (*CEBS Guidelines on Remuneration*) z grudnia 2010 r. Oczekuje się, że instytucje będą przestrzegać obydwu zestawów wytycznych.

2. Ogólna polityka wynagrodzeń instytucji powinna być zgodna z jej wartościami, strategią biznesową, tolerancją na ryzyko i gotowością do jego podejmowania oraz długoterminowymi interesami. Nie powinna ona zachęcać do podejmowania nadmiernego ryzyka. Gwarantowane wynagrodzenia o zmiennym charakterze lub odprawy, które finalnie stanowią nagrodę za niepowodzenie, nie są zgodne z prawidłowym zarządzaniem ryzykiem ani z zasadą zapłaty za wyniki, a zatem powinny zostać generalnie zakazane.
3. W przypadku pracowników, których działalność zawodowa ma istotny wpływ na profil ryzyka danej instytucji (np. członków organu zarządzającego, kadry kierowniczej wyższego szczebla, osób podejmujących ryzyko działalności w jednostkach biznesowych, pracowników odpowiedzialnych za kontrolę wewnętrzną oraz wszelkich pracowników otrzymujących całkowite wynagrodzenie plasujące ich na tym samym szczeblu siatki płac, co kadra

kierownicza wyższego szczebla i osoby podejmujące ryzyko działalności), w polityce wynagrodzeń należy zawrzeć konkretne rozwiązania zapewniające zgodność ich wynagrodzenia z prawidłowym i skutecznym zarządzaniem ryzykiem.

4. Pracownicy komórek kontrolnych powinni otrzymywać odpowiednie wynagrodzenie zgodne z ich celami i wynikami, nie zaś uzależnione od wyników jednostek biznesowych, które kontrolują.
5. W przypadku, gdy wynagrodzenie jest uzależnione od wyników, powinno ono być oparte na połączeniu wyników indywidualnych i zbiorowych. Przy definiowaniu wyników indywidualnych pod uwagę należy brać nie tylko wyniki finansowe. Pomiar wyników dokonywany w związku z przyznawaniem premii powinien uwzględniać korekty wynikające ze wszystkich rodzajów ryzyka oraz kosztów kapitału i płynności.
6. Premia powinna być proporcjonalna do wynagrodzenia podstawowego. Wysokie premie nie powinny być wypłacane z góry w gotówce, lecz powinny zawierać elastyczny, odroczony składnik skorygowany o ryzyko. Moment wypłaty premii powinien uwzględniać wyniki związane z podjętym ryzykiem.

## **22. Ramy zarządzania ryzykiem**

1. Ramy zarządzania ryzykiem instytucji obejmują politykę, procedury, limity i mechanizmy kontrolne umożliwiające odpowiednią, dokonywaną w stosownym czasie i nieustanną identyfikację, pomiar lub ocenę, monitorowanie, minimalizację i sprawozdawczość ryzyka stwarzanego przez jej działalność na poziomie linii biznesowych oraz całej instytucji.
2. Ramy zarządzania ryzykiem instytucji powinny dostarczać konkretnych wskazówek na temat wdrażania jej strategii. W stosownych przypadkach należy ustanowić i utrzymywać limity wewnętrzne zgodne z tolerancją instytucji na ryzyko i gotowością do jego podejmowania oraz dostosowane do potrzeby jej prawidłowego działania, sytuacji finansowej i celów strategicznych. Profil ryzyka instytucji (tj. jej rzeczywiste i potencjalne ekspozycje na ryzyko łącznie) nie powinien przekraczać tych limitów. Ramy zarządzania ryzykiem powinny zapewniać przekazywanie naruszeń limitów na wyższy poziom kompetencji, zaradzenie im i podjęcie odpowiednich działań następczych.
3. W odniesieniu do identyfikacji oraz pomiaru ryzyka instytucja powinna opracować narzędzia prognostyczne i retrospektywne w celu uzupełnienia prac nad aktualnymi ekspozycjami. Narzędzia te powinny umożliwiać agregację ekspozycji na ryzyko w obrębie różnych linii biznesowych oraz pomagać w identyfikacji koncentracji ryzyka.
4. Narzędzia prognostyczne (takie jak analiza scenariuszy wariantowych i testy warunków skrajnych) powinny identyfikować potencjalne ekspozycje na ryzyko w różnych niekorzystnych okolicznościach; narzędzia retrospektywne powinny pomagać w porównaniu rzeczywistego profilu ryzyka z tolerancją instytucji na ryzyko i gotowością do jego podejmowania oraz dostarczać danych do ewentualnych korekt.

Wyjaśnienie

Wytyczne w sprawie testów warunków skrajnych są dostępne na stronie internetowej EUNB.

5. Ostateczna odpowiedzialność za ocenę ryzyka spoczywa wyłącznie na instytucji, która powinna w związku z tym dokonać krytycznej analizy ryzyka, nie polegając wyłącznie na ocenach zewnętrznych.

Wyjaśnienie

Instytucja powinna na przykład dokonać walidacji zakupionego modelu ryzyka i skalibrować go odpowiednio do swojej sytuacji, aby zapewnić dokładne i kompleksowe ujęcie ryzyka oraz jego analizę.

Zewnętrzne oceny ryzyka (w tym zewnętrzne ratingi kredytowe lub modele ryzyka zakupione od dostawców zewnętrznych) mogą pomóc uzyskać bardziej kompleksowe oszacowanie ryzyka. Instytucje powinny mieć świadomość zakresu takich ocen.

6. Decyzji określających poziom podejmowanego ryzyka nie należy opierać wyłącznie na informacjach ilościowych lub danych wynikających z modelu, lecz powinny one uwzględniać także praktyczne i koncepcyjne ograniczenia pomiarów oraz modeli, wykorzystując metodę jakościową w połączeniu z oceną ekspertów i analizą krytyczną. Należy wyraźnie uwzględnić istotne tendencje i dane makroekonomiczne, aby zidentyfikować ich potencjalny wpływ na ekspozycje i portfele. Takie oceny powinny być formalnie włączone w podejmowanie znaczących decyzji związanych z ryzykiem.

Wyjaśnienie

Instytucja powinna brać pod uwagę, że wyniki progностycznych ocen ilościowych i testów warunków skrajnych są bardzo uzależnione od ograniczeń i założeń modeli, w tym wagi i czasu trwania szoku oraz związanych z nim rodzajów ryzyka. Na przykład wyniki sugerujące bardzo wysoką stopę zwrotu z kapitału ekonomicznego mogą wynikać z niedoskonałości modelu (np. nieuwzględnienia części istotnych rodzajów ryzyka), nie zaś z doskonałości strategii lub jej wdrożenia przez instytucję.

7. Należy ustanowić regularne i przejrzyste mechanizmy sprawozdawczości, tak aby organ zarządzający i wszystkie stosowne jednostki w obrębie instytucji otrzymywały w stosownym czasie dokładne, zwięzłe, zrozumiałe i istotne sprawozdania oraz mogły wymieniać stosowne informacje dotyczące identyfikacji, pomiaru lub oceny i monitorowania ryzyka. Ramy sprawozdawczości powinny być dobrze określone, udokumentowane i zatwierdzone przez organ zarządzający.

8. Jeżeli ustanowiono komitet ds. ryzyka, powinien on regularnie otrzymywać formalne sprawozdania i odpowiednio nieformalne informacje od komórki kontroli ryzyka oraz od dyrektora ds. ryzyka.

#### Wyjaśnienie

Skuteczne przekazywanie informacji na temat ryzyka jest bardzo ważnym elementem całego procesu zarządzania ryzykiem, ułatwia procedury przeglądu i decyzyjne oraz pomaga zapobiegać decyzjom mogącym nieświadomie zwiększać ryzyko. Skuteczna sprawozdawczość ryzyka wymaga wnikliwego wewnętrznego rozważenia i prawidłowego zakomunikowania strategii w zakresie ryzyka oraz stosownych danych na jego temat (np. o ekspozycjach i kluczowych wskaźnikach ryzyka) zarówno horyzontalnie w obrębie instytucji, jak i w górę oraz w dół hierarchii służbowej.

### 23. Nowe produkty

1. Instytucja ustanawia zatwierdzoną przez organ zarządzający, dobrze udokumentowaną politykę zatwierdzania nowych produktów („PZNP”), która obejmuje rozwój nowych rynków, produktów i usług oraz znaczące zmiany dotychczasowych rynków, produktów i usług.
2. PZNP instytucji powinna uwzględniać wszystkie aspekty, które należy wziąć pod uwagę przed podjęciem decyzji o wejściu na nowe rynki, obrocie nowymi produktami, wdrożeniu nowej usługi lub wprowadzeniu znaczących zmian dotychczasowych produktów lub usług. PZNP powinna także zawierać definicję „nowego produktu/rynku/działalności” wykorzystywaną w obrębie organizacji i komórek wewnętrznych mających uczestniczyć w procesie decyzyjnym.
3. PZNP powinna wskazywać najważniejsze zagadnienia, którym należy poświęcić uwagę przed podjęciem decyzji. Są to między innymi przestrzeganie wymogów regulacyjnych, modele wyceny, wpływ na profil ryzyka, adekwatność kapitałową i rentowność, dostępność wystarczających zasobów w jednostkach operacyjnych (ang. *front office*), rozliczeniowych (ang. *back office*) oraz odpowiedzialnych za zarządzanie ryzykiem i infrastrukturą informatyczną (ang. *middle office*), jak też narzędzia wewnętrzne i wiedza fachowa wystarczające, aby zrozumieć i monitorować ryzyko związane ze zmianami. W decyzji o podjęciu nowej działalności należy wyraźnie wskazać jednostkę biznesową i osoby za nią odpowiedzialne. Nowej działalności nie należy podejmować do chwili uzyskania zasobów wystarczających dla zrozumienia związanego z nią ryzyka i zarządzania nim.
4. W zatwierdzaniu nowych produktów lub znaczących zmian dotychczasowych produktów powinna uczestniczyć komórka kontroli ryzyka. Jej wkład powinien obejmować pełną i obiektywną ocenę ryzyka wynikającego z nowej działalności w różnych scenariuszach, ocenę wszelkich potencjalnych uchybień w zarządzaniu ryzykiem przez instytucję oraz ramach kontroli wewnętrznej, jak też ocenę zdolności instytucji do skutecznego zarządzania nowym ryzykiem. Komórka kontroli ryzyka powinna też mieć jasny ogląd wdrażania nowych

produktów (lub znaczących zmian dotychczasowych produktów) w ramach poszczególnych linii biznesowych i portfeli oraz uprawnienia pozwalające żądać poddania zmian dotychczasowych produktów formalnej procedurze PZNP.

## **D. Kontrola wewnętrzna**

### **24. Ramy kontroli wewnętrznej**

1. Instytucja ustanawia oraz utrzymuje sprawne i kompleksowe ramy kontroli wewnętrznej, w tym konkretne niezależne komórki kontrolne o pozycji stosownej do wykonywanych zadań.
2. Ramy kontroli wewnętrznej instytucji powinny zapewnić skuteczne i efektywne działanie, odpowiednią kontrolę ryzyka, ostrożne prowadzenie działalności, rzetelność informacji finansowych i niefinansowych zawartych w sprawozdaniach wewnętrznych i kierowanych na zewnątrz, jak też zgodność z przepisami, regulacjami, wymogami nadzorczymi oraz wewnętrznymi regulaminami i decyzjami podejmowanymi w instytucji. Ramy kontroli wewnętrznej powinny obejmować całą organizację, w tym działalność wszystkich jednostek biznesowych, wsparcia i kontrolnych. Ramy kontroli wewnętrznej powinny być odpowiednie do działalności instytucji i obejmować prawidłowe procedury administracyjne oraz rachunkowe.
3. Ustanawiając ramy kontroli wewnętrznej, instytucja powinna zapewnić jasny, przejrzysty i udokumentowany proces decyzyjny oraz jasny podział zadań i uprawnień w celu zapewnienia zgodności z wewnętrznymi regulaminami i decyzjami. W celu wdrożenia sprawnych ram kontroli wewnętrznej we wszystkich obszarach instytucji za ustanowienie i utrzymywanie odpowiedniej polityki oraz procedur kontroli wewnętrznej w pierwszym rzędzie odpowiedzialne powinny być jednostki biznesowe i wsparcia.
4. Dla zapewnienia odpowiednich ram kontroli wewnętrznej niezależne komórki kontrolne muszą także zweryfikować, czy powyższa polityka oraz procedury są przestrzegane. Wśród komórek kontrolnych powinna znaleźć się komórka kontroli ryzyka, komórka ds. nadzoru zgodności z prawem oraz komórka audytu wewnętrznego.
5. Komórki kontrolne należy ustanowić na odpowiednim poziomie hierarchii i powinny one podlegać bezpośrednio organowi zarządzającemu. Powinny one być niezależne od monitorowanych i kontrolowanych przez siebie jednostek biznesowych oraz wsparcia, jak też organizacyjnie niezależne od siebie nawzajem, gdyż wykonują odmienne funkcje. W mniej złożonych lub mniejszych instytucjach można jednak połączyć zadania komórki kontroli ryzyka i komórki ds. nadzoru zgodności z prawem. Komórki kontrolne grupy powinny nadzorować komórki kontrolne jednostek zależnych.
6. Aby komórka kontrolna była uznawana za niezależną, powinny zostać spełnione następujące warunki:

- a. jej pracownicy nie wykonują żadnych zadań wchodzących w zakres działalności, którą komórka kontrolna ma monitorować i kontrolować;
  - b. komórka kontrolna jest oddzielona organizacyjnie od działalności, którą ma monitorować i kontrolować;
  - c. kierownik komórki kontrolnej podlega osobie nieponoszącej odpowiedzialności za zarządzanie działalnością, którą monitoruje i kontroluje komórka kontrolna. Generalnie kierownik komórki kontrolnej powinien podlegać bezpośrednio organowi zarządzającemu oraz stosownym komitetom i powinien regularnie uczestniczyć w ich posiedzeniach; oraz
  - d. wynagrodzenie pracowników komórki kontrolnej nie powinno być uzależnione od wyników działalności, którą monitoruje i kontroluje komórka kontrolna oraz nie powinno w inny sposób potencjalnie negatywnie wpływać na ich obiektywizm.
7. Komórki kontrolne powinny dysponować wystarczającą liczbą wykwalifikowanego personelu (zarówno na poziomie jednostki dominującej, jak i jednostek zależnych w grupach). Poziom kwalifikacji pracowników powinien być utrzymywany na bieżąco i powinni oni odbywać odpowiednie szkolenia. Powinni również dysponować odpowiednimi systemami do przetwarzania danych i wsparciem oraz dostępem do informacji wewnętrznych i zewnętrznych niezbędnych do wykonywania ich zadań.
8. Komórki kontrolne powinny regularnie przedkładać organowi zarządzającemu formalne sprawozdania dotyczące najważniejszych zidentyfikowanych niedociągnięć. W sprawozdaniach należy zawrzeć opis działań następczych podjętych w związku z wcześniejszymi ustaleniami, a w przypadku każdego nowego zidentyfikowanego ważnego niedociągnięcia opis związanego z nim ryzyka, ocenę skutków i zalecenia. Organ zarządzający powinien podjąć w stosownym czasie skuteczne działania w związku z ustaleniami komórek kontrolnych oraz zażądać odpowiednich działań naprawczych.

## **25. Komórka kontroli ryzyka (KKR)**

1. Instytucja ustanawia działającą kompleksowo i niezależną komórkę kontroli ryzyka.
2. KKR powinna zapewnić identyfikację wszystkich najważniejszych rodzajów ryzyka, na jakie narażona jest instytucja, oraz prawidłowe zarządzanie nimi przez stosowne jednostki instytucji, jak też przedłożenie całościowego opisu wszystkich stosownych rodzajów ryzyka organowi zarządzającemu. KKR powinna dostarczać stosownych niezależnych informacji, analiz oraz ocen ekspertów na temat ekspozycji na ryzyko, jak też porad wskazujących, czy zgłaszane propozycje i decyzje dotyczące ryzyka podejmowane przez organ zarządzający i jednostki biznesowe lub wsparcia są zgodne z tolerancją instytucji na ryzyko i gotowością do jego podejmowania. KKR może zalecać usprawnienie ram zarządzania ryzykiem oraz przedstawiać możliwości zaradzenia naruszeniom polityki, procedur i limitów w zakresie ryzyka.

3. KKR powinna być centralnym elementem organizacyjnym instytucji, a struktura komórki powinna jej umożliwić wdrażanie polityki w zakresie ryzyka oraz kontrolę ram zarządzania ryzykiem. Instytucje duże, złożone i prowadzące zaawansowaną działalność mogą rozważyć ustanowienie specjalnych KKR dla wszystkich istotnych linii biznesowych. W instytucji powinna jednak funkcjonować centralna KKR (a w stosownych przypadkach grupowa KKR w spółce dominującej grupy) dysponująca całościowym oglądem wszystkich rodzajów ryzyka.
4. KKR powinna być niezależna od jednostek biznesowych i wsparcia, których ryzyko kontroluje, ale nie odizolowana od nich. Powinna posiadać wystarczającą wiedzę o technikach i procedurach zarządzania ryzykiem oraz o rynkach i produktach. Współdziałanie między komórkami operacyjnymi a KKR powinno przyczyniać się do osiągnięcia celu, którym jest odpowiedzialność wszystkich pracowników instytucji za zarządzanie ryzykiem.

## **26. Rola komórki kontroli ryzyka**

1. KKR aktywnie uczestniczy na wczesnym etapie w opracowywaniu strategii instytucji w zakresie ryzyka oraz w podejmowaniu wszystkich istotnych decyzji dotyczących zarządzania ryzykiem. KKR odgrywa kluczową rolę w dopilnowaniu, aby instytucja ustanowiła skuteczne procesy zarządzania ryzykiem.

### **Rola KKR w odniesieniu do strategii i decyzji**

2. KKR powinna dostarczyć organowi zarządzającemu wszelkich istotnych informacji związanych z ryzykiem (np. za pośrednictwem analizy technicznej ekspozycji na ryzyko), aby umożliwić mu ustalenie poziomu tolerancji instytucji na ryzyko i gotowości do jego podejmowania.
3. KKR powinna również ocenić strategię w zakresie ryzyka (w tym jej cele) zaproponowaną przez jednostki biznesowe oraz udzielić organowi zarządzającemu porad przed podjęciem decyzji. Cele, w tym ratingi kredytowe oraz stopy zwrotu z kapitału własnego, powinny być wiarygodne i spójne.
4. KKR powinna dzielić odpowiedzialność za wdrożenie strategii i polityki instytucji w zakresie ryzyka ze wszystkimi jednostkami biznesowymi instytucji. Podczas gdy jednostki biznesowe powinny przestrzegać stosownych limitów ryzyka, KKR powinna być odpowiedzialna za zapewnienie zgodności tych limitów z ogólną tolerancją instytucji na ryzyko i gotowością do jego podejmowania oraz za bieżące monitorowanie, czy instytucja nie podejmuje nadmiernego ryzyka.
5. Zaangażowanie KKR w proces decyzyjny powinno zapewnić uwzględnienie w odpowiedni sposób zagadnień związanych z ryzykiem. Odpowiedzialność za podejmowane decyzje powinny wszakże ponosić jednostki biznesowe i wsparcia, a w ostatecznym rozrachunku organ zarządzający.

### **Rola KKR w odniesieniu do transakcji ze stronami powiązаныmi**

6. KKR powinna zapewnić przegląd transakcji ze stronami powiązаныmi oraz identyfikację i odpowiednią ocenę rzeczywistego lub potencjalnego ryzyka, jakie stwarzają one dla instytucji.

### **Rola KKR w odniesieniu do złożoności struktury prawnej**

7. KKR powinna dołożyć starań, aby zidentyfikować istotne ryzyko wynikające ze złożoności struktury prawnej instytucji.

#### Wyjaśnienie

Możliwe rodzaje ryzyka to brak przejrzystości w zarządzaniu, ryzyko operacyjne spowodowane wzajemnie powiązаныmi i skomplikowanymi strukturami finansowania, ekspozycje wewnątrzgrupowe, aktywa zablokowane jako zabezpieczenia oraz ryzyko kontrahenta.

### **Rola KKR w odniesieniu do istotnych zmian**

8. KKR powinna ocenić wpływ, jaki wszelkie zidentyfikowane istotne rodzaje ryzyka mogą wywrzeć na zdolność instytucji lub grupy do zarządzania jej profilem ryzyka oraz wykorzystania finansowania i kapitału w normalnych i niekorzystnych okolicznościach.
9. Zanim zostaną podjęte decyzje dotyczące istotnych zmian lub wyjątkowych transakcji, KKR powinna wziąć udział w ocenie skutków takich zmian i wyjątkowych transakcji dla ogólnego ryzyka instytucji oraz grupy.

#### Wyjaśnienie

Wśród istotnych zmian lub wyjątkowych transakcji można wymienić połączenia i przejęcia, utworzenie lub sprzedaż jednostek zależnych lub spółek celowych, nowe produkty, zmiany systemów, ram lub procedur zarządzania ryzykiem oraz zmiany organizacji instytucji.

Zob. wspólne wytyczne Poziomu-3 byłych trzech komitetów trzeciego poziomu europejskich organów nadzoru finansowego (CEBS, CESR i CEIOPS) z 2008 r. w sprawie ostrożnościowej oceny przejęć i zwiększania udziałów w sektorze finansowym dostępne na stronie internetowej EUNB. KKR powinna aktywnie uczestniczyć na wczesnym etapie w identyfikacji istotnego ryzyka (w tym potencjalnych konsekwencji przeprowadzenia niewystarczającej analizy *due diligence* niepozwalającej na identyfikację ryzyka pojawiającego się po połączeniu) związanego ze zmianami w strukturze grupy (w tym połączeniami i przejęciami) oraz powinna przedłożyć swoje ustalenia bezpośrednio organowi zarządzającemu.



### **Rola KKR w odniesieniu do pomiaru i oceny**

10. KKR powinna zapewnić ujęcie w wewnętrznych pomiarach i ocenach ryzyka dokonywanych przez instytucję odpowiedniego zakresu scenariuszy oraz oparcie tych pomiarów i ocen na wystarczająco ostrożnych założeniach co do zależności i korelacji. Pomiar i oceny powinny obejmować jakościowe (w tym uwzględniające oceny ekspertów), dotyczące całości instytucji oceny związków między ryzykiem a rentownością instytucji, jak również oceny otoczenia zewnętrznego, w którym działa instytucja.

### **Rola KKR w odniesieniu do monitorowania**

11. KKR powinna zapewnić skuteczne monitorowanie wszystkich zidentyfikowanych rodzajów ryzyka przez jednostki biznesowe. KKR powinna regularnie monitorować rzeczywisty profil ryzyka instytucji oraz oceniać go w kontekście jej celów strategicznych oraz tolerancji na ryzyko i gotowości do jego podejmowania, aby umożliwić podejmowanie decyzji przez organ zarządzający pełniący funkcję zarządczą i ich kontrolę przez organ zarządzający pełniący funkcję nadzorczą.
12. KKR powinna analizować tendencje oraz rozpoznawać ryzyko nowe lub pojawiające się wskutek zmian okoliczności i warunków. Powinna również regularnie porównywać rzeczywiste wyniki w zakresie ryzyka z wcześniejszymi szacunkami (tj. dokonywać weryfikacji historycznej), aby ocenić i poprawić dokładność oraz skuteczność procesu zarządzania ryzykiem.
13. Grupowa KKR powinna monitorować ryzyko podejmowane przez jednostki zależne. Przypadki niezgodności z zatwierdzoną strategią grupy należy zgłaszać stosownemu organowi zarządzającemu.

### **Rola KKR w odniesieniu do niezatwierdzonych ekspozycji**

14. KKR powinna brać odpowiedni udział we wprowadzaniu wszelkich zmian strategii instytucji, zatwierdzonej tolerancji na ryzyko i gotowości do jego podejmowania oraz limitów.
15. KKR powinna dokonywać niezależnej oceny przypadków naruszeń lub złamania zasad (oceniając ich przyczyny oraz analizując pod kątem prawnym i ekonomicznym rzeczywisty koszt zamknięcia, redukcji lub zabezpieczenia ekspozycji w porównaniu z potencjalnym kosztem jej utrzymania). KKR powinna odpowiednio informować właściwe jednostki biznesowe i zalecać możliwe działania naprawcze.

#### **Wyjaśnienie**

Naruszenia lub przypadki złamania zasad dotyczących strategii, tolerancji na ryzyko i gotowości do jego podejmowania lub limitów mogą być spowodowane nowymi transakcjami, zmianami warunków rynkowych bądź ewolucją strategii, polityk lub procedur instytucji, gdy limity lub tolerancja na ryzyko i gotowość do jego podejmowania nie ulegają równoległym zmianom.

16. KKR powinna odgrywać kluczową rolę w dopilnowaniu, aby decyzje w sprawie jej zaleceń były podejmowane na stosownym poziomie, przestrzegane przez stosowne jednostki biznesowe oraz odpowiednio raportowane organowi zarządzającemu, komitetowi ds. ryzyka i jednostce biznesowej lub wsparcia.
17. Instytucja powinna podejmować odpowiednie działania przeciw oszustwom wewnętrznym lub zewnętrznym i naruszeniom dyscypliny (np. naruszeniom procedur wewnętrznych lub limitów).

#### Wyjaśnienie

Dla celów niniejszych wytycznych „oszustwa” obejmują oszustwa wewnętrzne i zewnętrzne zgodnie z definicją w części 5 załącznika X do dyrektywy 2006/48/WE. Obejmują one straty spowodowane działaniem polegającym na celowej defraudacji, sprzeniewierzeniu majątku, obejściu regulacji, przepisów prawa lub przepisów wewnętrznych przedsiębiorstwa, wyłączając straty wynikające z różnorodności lub dyskryminacji pracowników, które dotyczą co najmniej jednej osoby wewnętrznej (oszustwa wewnętrzne) oraz straty spowodowane celowym działaniem polegającym na defraudacji, sprzeniewierzeniu majątku lub naruszeniu przepisów prawa przez stronę trzecią (oszustwa zewnętrzne).

#### **27. Dyrektor ds. ryzyka**

1. Instytucja mianuje dyrektora ds. ryzyka ponoszącego wyłączną odpowiedzialność za KKR oraz za monitorowanie ram zarządzania ryzykiem instytucji w obrębie całej organizacji.
2. Dyrektor ds. ryzyka (lub osoba na równoważnym stanowisku) jest odpowiedzialny za dostarczenie kompleksowych i zrozumiałych informacji na temat ryzyka, umożliwiając organowi zarządzającemu zrozumienie ogólnego profilu ryzyka instytucji. To samo dotyczy dyrektora ds. ryzyka instytucji dominującej w odniesieniu do całości grupy.
3. Dyrektor ds. ryzyka powinien posiadać wystarczającą wiedzę fachową, doświadczenie operacyjne, niezależność i pozycję w hierarchii przedsiębiorstwa, aby móc kwestionować decyzje mające wpływ na ekspozycję instytucji na ryzyko. Instytucja powinna rozważyć przyznanie dyrektorowi ds. ryzyka prawa weta. Dyrektor ds. ryzyka oraz organ zarządzający lub stosowne komitety powinni mieć możliwość bezpośredniego omawiania najważniejszych zagadnień związanych z ryzykiem, w tym potencjalnych niezgodności z tolerancją instytucji na ryzyko i gotowością do jego podejmowania oraz z jej strategią.
4. Jeżeli instytucja pragnie przyznać dyrektorowi ds. ryzyka prawo weta wobec decyzji, w jej polityce w zakresie ryzyka należy określić okoliczności, w których może on zgłosić takie weto, oraz charakter stosownych propozycji (np. decyzji kredytowych lub inwestycyjnych bądź ustanowienia limitu). W polityce należy opisać procedury przekazywania spraw na wyższy poziom kompetencji lub odwoławcze oraz sposób informowania organu zarządzającego.

5. Gdy cechy instytucji – w szczególności jej wielkość, organizacja i charakter działalności – nie uzasadniają powierzenia takich obowiązków specjalnie mianowanej osobie, funkcję tę może pełnić inny członek kadry kierowniczej wyższego szczebla instytucji, z zastrzeżeniem, że nie może to prowadzić do konfliktu interesów.
6. Instytucja powinna ustanowić udokumentowane procedury mianowania dyrektora ds. ryzyka oraz cofania jego uprawnień. Zmiany na stanowisku dyrektora ds. ryzyka powinny następować za uprzednią aprobatą organu zarządzającego pełniącego funkcję nadzorczą. Ogólnie usunięcie lub mianowanie dyrektora ds. ryzyka powinno podlegać ujawnieniu, a o powodach należy poinformować organ nadzorczy.

## **28. Komórka ds. nadzoru zgodności z prawem**

1. Instytucja ustanawia komórkę ds. nadzoru zgodności z prawem w celu zarządzania ryzykiem braku zgodności.
2. Instytucja zatwierdza i wdraża politykę zgodności, którą należy zakomunikować wszystkim pracownikom.

### Wyjaśnienie

Ryzyko braku zgodności (definiowane jako obecne lub potencjalne ryzyko dla zysków i kapitału wynikające z naruszeń lub niezgodności z przepisami, zasadami, regulacjami, umowami, zalecanymi praktykami lub standardami etycznymi) może skutkować grzywnami, odszkodowaniami lub unieważnieniem umów oraz może naruszyć reputację instytucji.

3. Instytucja powinna ustanowić stałą, skuteczną komórkę ds. nadzoru zgodności z prawem oraz mianować osobę odpowiedzialną ze tę komórkę w obrębie całej instytucji i grupy (pracownika ds. zgodności z prawem lub dyrektora ds. zgodności z prawem). W mniejszych i mniej złożonych instytucjach komórka ta może być łączona z komórkami kontroli ryzyka lub wsparcia (np. ds. zasobów ludzkich, ds. prawnych itp.) bądź wspomagana przez nie.
4. Komórka ds. nadzoru zgodności z prawem powinna zapewnić przestrzeganie polityki zgodności oraz zdawać organowi zarządzającemu i odpowiednio KKR sprawozdanie z zarządzania ryzykiem braku zgodności przez instytucję. Organ zarządzający i KKR powinny uwzględnić ustalenia komórki ds. nadzoru zgodności z prawem w procesie decyzyjnym.
5. Komórka ds. nadzoru zgodności z prawem powinna doradzać organowi zarządzającemu w sprawie przepisów, zasad, regulacji oraz standardów, które instytucja musi spełnić, oraz oceniać możliwy wpływ ewentualnych zmian w otoczeniu prawnym lub regulacyjnym na działalność instytucji.
6. Komórka ds. nadzoru zgodności z prawem powinna również weryfikować, czy nowe produkty i procedury są zgodne z obecnym otoczeniem prawnym, jak też wszelkimi znanymi nadchodzącymi zmianami przepisów, regulacji i wymogów nadzorczych.

#### Wyjaśnienie

Szczególną ostrożność należy zachować, gdy instytucja świadczy pewne usługi lub ustanawia struktury w imieniu klientów (np. działając jako pełnomocnik tworzący spółki kapitałowe lub osobowe, świadcząc usługi powiernicze lub opracowując złożone transakcje finansowania strukturyzowanego dla klientów), co może skutkować szczególnymi wyzwaniami w dziedzinie zarządzania wewnętrznego i zagadnieniami ostrożnościowymi.

#### **29. Komórka audytu wewnętrznego**

1. Komórka audytu wewnętrznego („KAW”) ocenia, czy ramy kontroli wewnętrznej instytucji są skuteczne i efektywne.
2. KAW powinna mieć swobodny dostęp do stosownych dokumentów oraz informacji we wszystkich jednostkach operacyjnych i kontrolnych.
3. KAW powinna oceniać zgodność wszystkich działań wszystkich jednostek instytucji (w tym KKR i komórki ds. nadzoru zgodności z prawem) z jej polityką oraz procedurami. Dlatego też KAW nie powinna być łączona z żadną inną komórką. KAW powinna również oceniać, czy dotychczasowa polityka i procedury są nadal odpowiednie i zgodne z wymogami prawnymi oraz regulacyjnymi.
4. KAW powinna zwłaszcza weryfikować integralność procesów zapewniających wiarygodność metod i technik stosowanych przez instytucję, założeń oraz źródeł informacji wykorzystywanych w jej modelach wewnętrznych (na przykład modelowania ryzyka i wyceny księgowej). Powinna także oceniać jakość i sposób wykorzystania narzędzi służących do jakościowej identyfikacji i oceny ryzyka. Aby jednak zwiększyć jej niezależność, KAW nie powinna bezpośrednio uczestniczyć w projektowaniu ani doborze modeli bądź innych narzędzi zarządzania ryzykiem.
5. Organ zarządzający powinien zachęcać audytorów wewnętrznych do przestrzegania krajowych i międzynarodowych standardów zawodowych. Prace w ramach audytu wewnętrznego powinny być prowadzone zgodnie z planem audytu oraz szczegółowymi programami audytu w oparciu o podejście oparte na analizie ryzyka. Plan audytu powinien zostać zatwierdzony przez komitet ds. audytu i/lub organ zarządzający.

#### Wyjaśnienie

Przykładem standardów zawodowych, o których jest mowa, są standardy ustanowione przez Instytut Audytorów Wewnętrznych.

6. KAW powinna przekazywać swoje ustalenia oraz sugestie dotyczące istotnych usprawnień kontroli wewnętrznej bezpośrednio organowi zarządzającemu lub (w stosownych przypadkach) jego komitetowi ds. audytu. Wszystkie zalecenia z audytu powinny skutkować formalnymi działaniami następczymi podejmowanymi na odpowiednich szczeblach kierownictwa w celu zapewnienia rozwiązania problemów i przedłożenia stosownych sprawozdań.

## **E. Systemy informacyjne i ciągłość działania**

### **30. System informacyjny i komunikacja**

1. Instytucja posiada skuteczne i niezawodne systemy informacyjne oraz komunikacyjne obsługujące wszystkie istotne obszary jej działalności.

#### Wyjaśnienie

Niewiarygodne lub wprowadzające w błąd informacje dostarczane przez niewłaściwie zaprojektowane i kontrolowane systemy mogą negatywnie wpływać na podejmowanie decyzji zarządczych. W związku z tym ustanowienie i utrzymywanie systemów informacyjnych oraz komunikacyjnych obsługujących wszystkie obszary działalności instytucji jest czynnikiem krytycznym dla jej funkcjonowania. Informacje te są zazwyczaj dostarczane zarówno drogą elektroniczną, jak i inną.

Instytucja powinna zwłaszcza mieć świadomość wymogów organizacyjnych i w zakresie kontroli wewnętrznej związanych z przetwarzaniem informacji w formie elektronicznej oraz potrzeby posiadania odpowiedniej ścieżki audytu. Dotyczy to również systemów informatycznych, których obsługę powierzono dostawcy usług informatycznych.

2. Systemy informacyjne, w tym te, które przechowują i wykorzystują dane w formie elektronicznej, powinny być bezpieczne, monitorowane w niezależny sposób oraz uwzględnione w odpowiednich planach awaryjnych. Przy wdrażaniu systemów informatycznych instytucja powinna przestrzegać ogólnie przyjętych standardów informatycznych.

### **31. Zarządzanie ciągłością działania**

1. W celu zapewnienia zdolności do prowadzenia bieżącej działalności i ograniczenia strat w przypadku poważnego zakłócenia działalności instytucji ustanawia się prawidłowe środki zarządzania ciągłością działania.

#### Wyjaśnienie

Działalność instytucji jest uzależniona od pewnych zasobów o znaczeniu krytycznym (np. systemów informatycznych, systemów łączności, budynków). Celem zarządzania ciągłością działania jest zmniejszenie operacyjnych, finansowych, prawnych, reputacyjnych i innych istotnych konsekwencji katastrofy lub długotrwałej przerwy w dostępie do tych zasobów oraz wynikającego z niej zakłócenia zwykłych procedur biznesowych instytucji. Inne środki zarządzania ryzykiem mogą polegać na zmniejszeniu prawdopodobieństwa takich incydentów lub przeniesieniu ich skutków finansowych na osoby trzecie (np. dzięki ubezpieczeniu).

2. Aby ustanowić prawidłowe środki zarządzania ciągłością działania, instytucja powinna poddać starannej analizie swoje narażenie na poważne zakłócenia

działalności oraz ocenić (w ujęciu ilościowym i jakościowym) ich potencjalne skutki, wykorzystując dane wewnętrzne lub zewnętrzne oraz analizę scenariuszy wariantowych. Analiza ta powinna obejmować wszystkie jednostki biznesowe i wsparcia oraz KKR, uwzględniając ich wzajemne zależności. Ponadto aktywny udział w niej powinna brać specjalna niezależna komórka ds. ciągłości działania, KKR lub komórka ds. zarządzania ryzykiem operacyjnym. Wyniki analizy powinny wnieść wkład w określenie priorytetów i celów instytucji w zakresie przywrócenia działalności.

#### Wyjaśnienie

W odniesieniu do komórki ds. zarządzania ryzykiem operacyjnym zob. też akapit czwarty części 3 załącznika X do dyrektywy 2006/48/WE, w którym zawarto wymóg posiadania takiej niezależnej komórki przez instytucje stosujące zaawansowane metody pomiaru; zadania takiej komórki opisano w pkt 615–620 opublikowanych w 2006 r. wytycznych w sprawie walidacji (*Guidelines on Validation*), które są dostępne na stronie internetowej EUNB.

3. Na podstawie powyższej analizy instytucja powinna ustanowić:
  - a. Plany awaryjne i plany ciągłości działania zapewniające odpowiednią reakcję instytucji na sytuacje awaryjne oraz jej zdolność do kontynuowania najważniejszej działalności w razie zakłócenia zwykłych procedur biznesowych.
  - b. Plany przywrócenia zasobów o znaczeniu krytycznym służące wznowieniu zwykłych procedur biznesowych w odpowiednich ramach czasowych. Wszelkie ryzyko szczątkowe wynikające z potencjalnego zakłócenia działalności powinno być zgodne z tolerancją instytucji na ryzyko i gotowością do jego podejmowania.
4. Plany awaryjne, ciągłości działania i przywrócenia gotowości do pracy powinny być udokumentowane oraz należycie wdrożone. Dokumentacja powinna być dostępna w jednostkach biznesowych, wsparcia i KKR oraz przechowywana w systemach oddzielonych fizycznie i łatwo dostępnych w razie wystąpienia sytuacji awaryjnej. Należy przeprowadzić odpowiednie szkolenia. Plany należy regularnie testować i aktualizować. Wszelkie trudności lub niepowodzenia ujawnione podczas testów należy udokumentować i przeanalizować, a plany poddać stosownemu przeglądowi.

## F. Przejrzystość

### 32. Umocowania

1. Wszyscy stosowni pracownicy instytucji są informowani o jej strategiach i politykach.

2. Pracownicy instytucji powinni rozumieć polityki i procedury dotyczące ich zakresu obowiązków oraz ich przestrzegać.
3. W związku z tym organ zarządzający powinien na bieżąco informować stosownych pracowników o strategiach i polityce instytucji w jasny i spójny sposób, co najmniej w zakresie niezbędnym dla pełnienia ich obowiązków. Może to następować za pośrednictwem pisemnych wytycznych, podręczników lub w inny sposób.

### **33. Przejrzystość zarządzania wewnętrznego**

1. Ramy zarządzania wewnętrznego instytucji muszą być przejrzyste. Instytucja przedstawia swoją obecną sytuację i perspektywy na przyszłość w stosownym czasie oraz w jasny, wyważony i dokładny sposób.

#### Wyjaśnienie

Celem przejrzystości w obszarze zarządzania wewnętrznego jest dostarczenie wszystkim interesariuszom instytucji (w tym akcjonariuszom, pracownikom, klientom i ogółowi społeczeństwa) najważniejszych informacji niezbędnych, aby ocenić skuteczność zarządzania instytucją przez organ zarządzający.

Zgodnie z art. 72 dyrektywy 2006/48/WE i art. 2 dyrektywy 2006/49/WE dominujące unijne instytucje oraz instytucje kontrolowane przez unijne podmioty dominujące w holdingu finansowym powinny ujawniać kompleksowe i istotne informacje na temat swojego zarządzania wewnętrznego w ujęciu skonsolidowanym. Dobrą praktyką jest ujawnienie przez każdą z instytucji w proporcjonalny sposób informacji na temat zarządzania wewnętrznego w ujęciu indywidualnym.

2. Instytucja powinna publicznie ujawnić co najmniej następujące informacje:
  - a. swoje struktury i politykę zarządzania, w tym cele, strukturę organizacyjną, zasady zarządzania wewnętrznego, strukturę i organizację organu zarządzającego, w tym udział jego członków w pracach, jak też strukturę systemów motywacyjnych i wynagrodzeń w instytucji;
  - b. charakter, zakres, cel i gospodarczą istotę transakcji z jednostkami i stronami powiązanymi, jeżeli mają one istotny wpływ na instytucję;
  - c. sposób określania strategii biznesowej i w zakresie ryzyka (w tym udział organu zarządzającego) oraz możliwe do przewidzenia czynniki ryzyka;
  - d. ustanowione komitety, ich mandat i skład;
  - e. swoje ramy kontroli wewnętrznej i sposób organizacji jej komórek kontrolnych, ich najważniejsze zadania, sposób monitorowania ich wyników przez organ zarządzający oraz wszelkie planowane istotne zmiany dotyczące tych komórek; oraz
  - f. istotne informacje na temat jej wyników finansowych i operacyjnych.

3. Informacje na temat aktualnej sytuacji instytucji powinny być zgodne z wszelkimi wymogami prawnymi dotyczącymi ujawniania informacji. Informacje powinny zostać udzielone w stosownym czasie i być jasne, dokładne, istotne oraz dostępne.
4. W przypadkach gdy zapewnienie wysokiego poziomu dokładności opóźniłoby publikację informacji podlegających szybkiej dezaktualizacji, instytucja powinna podjąć decyzję należycie wyważając terminowość i dokładność, uwzględniając wymóg przedstawienia prawdziwego i rzetelnego obrazu swojej sytuacji oraz udzielenia zadowalających wyjaśnień w razie jakichkolwiek opóźnień. Wyjaśnieniem tym nie należy się posługiwać, aby odsunąć termin spełnienia wymagań dotyczących regularnej sprawozdawczości.

### **Tytuł III – Postanowienia końcowe i wdrożenie**

#### **34. Uchylenie**

Z chwilą przyjęcia i publikacji niniejszych wytycznych w sprawie zarządzania wewnętrznego uchyla się następujące wytyczne: sekcję 2.1 wytycznych CEBS w sprawie zastosowania procesu badania nadzorczego (*Guidelines on the Application of the Supervisory Review Process*) z dnia 25 stycznia 2006 r. zatytułowaną „Wytyczne w sprawie zarządzania wewnętrznego”; „Rozwiązania ogólne dotyczące polityki wynagrodzeń” (*High Level Principles for Remuneration Policies*) z dnia 20 kwietnia 2009 r.; oraz „Rozwiązania ogólne dotyczące zarządzania ryzykiem” (*High Level Principles for Risk Management*) z dnia 16 lutego 2010 r.

#### **35. Data wdrożenia**

Właściwe organy wdrażają wytyczne w sprawie zarządzania wewnętrznego, uwzględniając je w swoich procedurach nadzorczych do dnia 31 marca 2012 r. Po tej dacie właściwe organy powinny zapewnić skuteczne przestrzeganie wytycznych przez instytucje.