

Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej

Dr n. med. Przemysław Daroszewski, Dyrektor Szpitala

(imię, nazwisko, stanowisko/pelniona funkcja)

za 2021 rok

Dział I¹

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

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

oświadczam, że w kierowanej przeze mnie jednostce sektora finansów publicznych

Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

(nazwa kierowanej/nadzorowanej jednostki sektora finansów publicznych)

Część A²

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

Część B³

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

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

Część C⁴

nie funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

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

¹ W dziale I, w zależności od wyników oceny stanu kontroli zarządczej, wypełnia się tylko jedną część z części A albo B, albo C przez zaznaczenie znakiem "X" odpowiedniego wiersza. Pozostałe dwie części wykreśla się. Część D wypełnia się niezależnie od wyników oceny stanu kontroli zarządczej.

² Część A wypełnia się w przypadku, gdy kontrola zarządcza w wystarczającym stopniu zapewniła łącznie wszystkie następujące elementy: zgodność działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczność i efektywność działania, wiarygodność sprawozdań, ochronę zasobów, przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania, efektywność i skuteczność przepływu informacji oraz zarządzanie ryzykiem

³ Część B wypełnia się w przypadku, gdy kontrola zarządcza nie zapewniła w wystarczającym stopniu jednego lub więcej z wymienionych elementów: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania, wiarygodności sprawozdań, ochrony zasobów, przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, efektywności i skuteczności przepływu informacji lub zarządzania ryzykiem, z zastrzeżeniem przypisu 6.

⁴ Część C wypełnia się w przypadku, gdy kontrola zarządcza nie zapewniła w wystarczającym stopniu żadnego z wymienionych elementów: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania, wiarygodności sprawozdań, ochrony zasobów, przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, efektywności i skuteczności przepływu informacji oraz zarządzania ryzykiem.

Część D

Niniejsze oświadczenie opiera się na mojej ocenie i informacjach dostępnych w czasie sporządzania niniejszego oświadczenia pochodzących z ⁵:

- ☒ monitoringu realizacji celów i zadań,
- ☒ samooceny kontroli zarządczej przeprowadzonej z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych⁶,
- ☒ procesu zarządzania ryzykiem,
- ☒ audytu wewnętrznego,
- ☒ kontroli wewnętrznych,
- ☒ kontroli zewnętrznych,
- ☒ innych źródeł informacji: _____

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

Poznań, 25 stycznia 2022 r.
(miejscowość, data)

(podpis)

⁵ Znakiem "X" zaznaczyć odpowiednie wiersze. W przypadku zaznaczenia punktu "innych źródeł informacji" należy je wymienić.

⁶ Standardy kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych ogłoszone przez Ministra Finansów na podstawie art. 69 ust. 3 Ustawy z dnia 27.08.2009 r. o finansach publicznych.

Dział II⁷**1. Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej w roku ubiegłym.**

Zgodnie z posiadaną wiedzą należy stwierdzić, iż na podpisanie oświadczenia o stanie adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej w ograniczonym stopniu, wpłynęły wnioski z kontroli i audytów wewnętrznych oraz wnioski z przeprowadzonych kontroli zewnętrznych oraz niepełna realizacja założeń kontroli zarządczej, wynikająca z Raportu samooceny. Trwają działania mające na celu poprawę komunikacji wewnątrz Szpitala.

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

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

W celu ulepszenia funkcjonowania kontroli zarządczej w **2022** roku podjęte zostaną następujące działania:

- 1) przeprowadzenie szkoleń dotyczących kontroli zarządczej, zarządzania ryzykiem, analizy i identyfikacji ryzyka, w tym szkolenia indywidualne dla nowozatrudnionych (I-IV kwartał),
- 2) przeprowadzenie szkoleń dotyczących zgłaszania zdarzeń niepożądanych, w tym szkolenia indywidualne dla nowozatrudnionych (I-IV kwartał),
- 3) przeprowadzenie analizy ryzyka w Szpitalu (IV kwartał),
- 4) przeprowadzenie samooceny wśród pracowników i poddanie jej analizie (II-IV kwartał),
- 5) przeprowadzenie kontroli wewnętrznych ujętych w Planie Kontroli zaplanowanych przez Dział Kontrolingu i Akredytacji, (I-IV kwartał),
- 6) przeprowadzenie audytów wewnętrznych ujętych w Planie Audytu zaplanowanych przez Audytora Wewnętrznego, (I-IV kwartał)
- 7) przeprowadzenie badania satysfakcji zawodowej pracownika (II półrocze),
- 8) przeprowadzenie kontroli jakości usług medycznych – badanie satysfakcji pacjentów w Szpitalu (I-IV kwartał),
- 9) aktualizacja procedur kontroli zarządczej i wewnętrznej (I-IV kwartał),
- 10) dalsza realizacja Strategii Działań na lata 2018-2025 (I-IV kwartał),
- 11) kontynuacja przygotowania Szpitala do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego (I-II kwartał),
- 12) ustawiczne poprawianie wdrożonych standardów akredytacyjnych w Szpitalu, w tym szkolenia utrwalające postępowanie wg. procedur obejmujących standardy akredytacyjne (I-IV kwartał),
- 13) aktualizacja Programu Działań dla Poprawy Jakości w Szpitalu w tym określenie wskaźników jakości (II kwartał),
- 14) uaktualnienie, bądź opracowanie brakującej dokumentacji systemu kontroli zarządczej (I-IV kwartał),
- 15) kontynuacja prac zmierzających do usprawnienia organizacji i komunikacji wewnętrznej (I-IV kwartał).

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

⁷ Dział II sporządzany jest w przypadku, gdy w dziale I niniejszego oświadczenia zaznaczono część B albo C.

Dział III⁸

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

1. Działania, które zostały zaplanowane na rok, którego dotyczy oświadczenie:
 - 1) uzupełniono niezrealizowane działania zaplanowane w roku 2020,
 - 2) przeprowadzono szkolenia dotyczące kontroli zarządczej, zarządzania ryzykiem, analizy i identyfikacji ryzyka w formie elektronicznej,
 - 3) przeprowadzono szkolenia dotyczące zgłaszania zdarzeń niepożądanych w formie elektronicznej,
 - 4) zebrano Roczne Raporty z Identyfikacji Ryzyk,
 - 5) przeprowadzono samoocenę wśród pracowników i poddano ją analizie,
 - 6) przeprowadzono kontrolę realizacji działań zaradczych minimalizujących ryzyka przedstawione w Raportach z Identyfikacji Ryzyk,
 - 7) przeprowadzono kontrole wewnętrzne ujęte w Planie Kontroli zaplanowane przez Dział Kontrolingu i Akredytacji,
 - 8) przeprowadzono audyty wewnętrzne ujęte w Planie Audytu zaplanowane przez Audytora Wewnętrznego,
 - 9) przeprowadzono badanie satysfakcji zawodowej pracownika,
 - 10) przeprowadzono kontrolę jakości usług medycznych – badanie satysfakcji pacjentów w Szpitalu,
 - 11) sukcesywnie realizowana jest Strategia Działań na lata 2018-2025,
 - 12) ustawicznie poprawiano wdrożone standardy akredytacyjne w Szpitalu,
 - 13) prowadzono szkolenia utrwalające postępowanie wg. procedur obejmujących standardy akredytacyjne,
 - 14) aktualizowano Program Działań dla Poprawy Jakości w Szpitalu, w tym określono wskaźniki jakości,
 - 15) uaktualniono dokumentację systemu kontroli zarządczej,
 - 16) kontynuacja prac zmierzających do usprawnienia organizacji i komunikacji wewnętrznej,
 - 17) przeprowadzono szereg szkoleń dotyczące zagadnień związanych z wprowadzeniem elektronicznej dokumentacji medycznej.

Należy opisać najistotniejsze działania, jakie zostały podjęte w roku, którego dotyczy niniejsze oświadczenie w odniesieniu do planowanych działań wskazanych w dziale II oświadczenia za rok poprzedzający rok, którego dotyczy niniejsze oświadczenie. W oświadczeniu za rok 2010 nie wypełnia się tego punktu.

2. Pozostałe działania:

W **2021 roku poza zadaniami** przewidzianymi w oświadczeniu za rok 2020, podjęte zostały dodatkowe działania:

- 1) rozpoczęto intensywne przygotowania Szpitala do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego,
- 2) w związku z przygotowaniami do ponownego uzyskania certyfikatu akredytacyjnego i przeprowadzoną planową kontrolą zarządzeń wewnętrznych, aktualizowano większość z nich,
- 3) powołano nowego Pełnomocnika ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji,
- 4) aktualizowano składy Zespołów i Komitetów działających w Szpitalu,
- 5) powołano nowy skład Zespołu ds. dokumentacji medycznej, uaktualniono przypisane zadania i zintensyfikowano prace Zespołu w związku z wprowadzeniem elektronicznej dokumentacji medycznej,
- 6) wprowadzono Procedurę postępowania przy pobieraniu i przetaczaniu krwi pozyskanej okołooperacyjnie,
- 7) wprowadzono formularz Świadomej zgody pacjenta na obecność w trakcie zabiegu operacyjnego przedstawiciela firmy medycznej/konsultanta ds. implantów/lub innej osoby spoza zespołu operacyjnego w Szpitalu,
- 8) wprowadzono Regulamin udzielania zamówień publicznych w Szpitalu,

⁸ Dział III sporządza się w przypadku, gdy w dziale I oświadczenia za rok poprzedzający rok, którego dotyczy niniejsze oświadczenie, była zaznaczona część B albo C lub gdy w roku, którego dotyczy niniejsze oświadczenie, były podejmowane inne niezaplanowane działania mające na celu poprawę funkcjonowania kontroli zarządczej.

- 9) aktualizowano Zasady (politykę) Rachunkowości,
- 10) aktualizowano Regulamin Organizacyjny i Regulamin Pracy,
- 11) wprowadzono nowy Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych,
- 12) kontynuowano prace w kierunku rozbudowy i dostosowania Szpitala, w celu rozszerzenia możliwości jakości świadczenia usług społecznych i zdrowotnych, kierowanych do społeczeństwa regionu i miasta Poznania w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacyjnej,
- 13) powołano Zespół ds. Opracowania Koncepcji "Budowy Centrum Technologicznie Wspomaganej Rehabilitacji Ogólnoustrojowej dla Dzieci",
- 14) otwarto Oddział Rehabilitacji Neurologicznej oraz Oddział Reumatologii, Rehabilitacji i Chorób Wewnętrznych,
- 15) zorganizowano liczne konferencje naukowe oraz Letnią Szkołę Chirurgii Ręki,
- 16) wdrożono e-Usługi w Szpitalu.

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

Potwierdzam zgodność kopii wydruku z dokumentem elektronicznym:

Identyfikator dokumentu	1848.3558.3326
Nazwa dokumentu	1. Oświadczenie o KZ za 2021_ORSK_2022.pdf
Tytuł dokumentu	1. Oświadczenie o KZ za 2021_ORSK_2022
Sygnatura dokumentu	
Data dokumentu	2022-01-25
Skrót dokumentu	7260DFE23782E67E068D26599D40BBBDB5AF0C4C
Wersja dokumentu	1.3
Data podpisu	2022-01-25 16:49:43
Podpisane przez	Przemysław Leon Daroszewski Dyrektor
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego

EZD 3.108.75.75.

Data wydruku: 2022-11-17

Autor wydruku: Kominek Anna (Specjalista)