

INFORMACJA O STANIE KONTROLI ZARZĄDZCZEJ ZA ROK 2021

WOJEWÓDZKA SAMORZĄDOWA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie

DOKUMENTACJA REGULUJĄCA KONTROLĘ ZARZĄDZĄ /zarządzenie dyrektora w sprawie. regulaminu, procedury, zasad, inne/	PODJĘTE DZIAŁANIA w roku 2021 r.	ZARZĄDZANIE RYZYKIEM	MONITOROWANIE, OCENA, SAMOOCENA
DOKUMENTACJA REGULUJĄCA KONTROLĘ ZARZĄDZĄ /zarządzenie dyrektora w sprawie. regulaminu, procedury, zasad, inne/	CELE/PLAN DZIAŁALNOŚCI	ZARZĄDZANIE RYZYKIEM	MONITOROWANIE, OCENA, SAMOOCENA
<p>Zarządzenie nr 35/2010 Dyrektora Szpitala w sprawie wprowadzenia Regulaminu Kontroli Wewnętrznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego;</p> <p>Zarządzenie nr 96/2010 Dyrektora Szpitala w sprawie wprowadzenia Regulaminu Kontroli Zarządzej, wraz ze zmianami wprowadzonymi Zarządzeniami nr 1/2011 i nr 9/2013;</p> <p>Zarządzenie nr 167/2018 Dyrektora Szpitala w sprawie powołania zespołu zarządzania ryzykiem w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego;</p> <p>Zarządzenie nr 168/2018 Dyrektora Szpitala w sprawie powołania zespołu ds. wyznaczania celów, określania mierników ich realizacji oraz zasad monitorowania ich osiągnięcia w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego</p> <p>Zarządzenie nr 22/2011 Dyrektora Szpitala w sprawie wprowadzenia zasad i trybu wyznaczania celów, określania mierników ich realizacji oraz zasad monitorowania ich osiągnięcia;</p> <p>Zarządzenie nr 2/2012 Dyrektora Szpitala w sprawie wprowadzenia do stosowania Polityki Zarządzania Ryzykiem;</p> <p>Zarządzenie nr 8/2013 Dyrektora Szpitala o powołaniu Zespołu roboczego do opracowania dokumentacji samooceny i jej wyników, wraz ze zmianami wprowadzonymi Zarządzeniem nr 48/2014.</p>	<p>W roku sprawozdawczym audytor wewnętrzny przeprowadził cykl indywidualnych szkoleń odnośnie funkcjonowania kontroli zarządzej, zgodnie ze standardami dla jednostek sektora finansów publicznych. Szkolenia objęły wszystkie jednostki organizacyjne Szpitala. Opracowano indywidualny system informatyczny służący do wyznaczania celów zadań i określenia mierników ich wykonania.</p> <p>Dodatkowo w Szpitalu odbył się cykl szkoleń przeprowadzonych przez firmę SUPRA BROKERS, dla osób kierujących oddziałami w zakresie ryzyka medycznego, a także szkolenie pod tytułem „Elektroniczna dokumentacja medyczna w świetle nowych przepisów prawnych” oraz „Świadoma zgoda pacjenta a obowiązki informacyjne lekarza”.</p> <p>Zmodyfikowano do wdrożenia jednolity w skali Szpitala program wyceny ryzyka, zgodnie z wydanym komunikatami MF w arkuszu kalkulacyjnym.</p> <p>Zaktualizowano system zarządzania ryzykiem, zgodnie z przypisanym zakresem działania wszystkich komórek organizacyjnych oraz stanowiskach samodzielnych.</p> <p>Planowane działania, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządzej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokonanie przeglądu regulacji wewnętrznych. 2. Wdrożenie zmian w zakresie regulacji 	<p>Zarządzanie ryzykiem jest uregulowane Zarządzeniem nr 2/2012 Dyrektora Szpitala o wprowadzeniu do stosowania Polityki Zarządzania Ryzykiem. Wprowadzono indywidualny system informatyczny do zarządzania ryzykiem – oparty na Microsoft Excel.</p> <p>Zidentyfikowano następujące zagrożenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządzej w 2021 r.:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Niewystarczający, bieżący monitoring realizacji celów i zadań przez kierowników komórek; 2. Przypadki braku spełnienia formalnych warunków dotyczących określenia celów oraz zadań przez pojedyncze komórki organizacyjne; 3. Braki formalne spełnienia formalnych warunków dotyczących identyfikacji oraz analizy ryzyka oraz reakcji na ryzyko przez część komórek organizacyjnych; 4. Niewystarczająca wiedza o kontroli zarządzej wśród personelu Szpitala przez to wynikające z tego niedociągnięcia w jej realizacji – tj. niewłaściwie zdefiniowane kryteria i wskaźniki oceny celów, niezgodne w pełni do realiów działalności komórek i jednostek. 5. Rotacje personelu zajmującego się problematyka ryzyka wewnątrz jednostek 	<p>W ramach realizacji standardu „Monitorowanie systemu kontroli zarządzej” Koordynator kontroli zarządzej aktywnie współpracuje z powołanym Przewodniczącym zespołów ds. wyznaczania celów oraz zarządzania ryzykiem oraz dokonuje okresowych przeglądów dokumentacji kontroli zarządzej.</p> <p>W ramach realizacji standardu „Samoocena” na podstawie Regulaminu Kontroli Zarządzej ordynatorzy, kierownicy komórek organizacyjnych, pracownicy na stanowiskach samodzielnych mają obowiązek do 30 stycznia 2022 roku złożyć ankiety samooceny za rok 2021.</p> <p>Wzór Ankiety stanowi przedstawiony poniżej. Załącznik nr 1 do Regulaminu Kontroli Zarządzej Wprowadzonego Zarządzeniem Nr 96/2010 z dnia 1.09.2010 roku.</p> <p>Po analizie złożonych ankiet samooceny w roku 2021 za rok 2020 zauważono konieczność:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przeprowadzenia szkolenia z kontroli zarządzej dla kierowników komórek organizacyjnych lub pracowników odpowiedzialnych za wdrożenie standardów kontroli zarządzej w komórkach organizacyjnych; 2. Zwiększenia efektywności procesów przekazywania informacji wewnątrz jednostki; 3. Zaktualizowanie i ujednolicenie system wydawanych upoważnień wewnątrz komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie wydawania zadań dotyczących kontroli zarządzej

	<p>wewnętrznych.</p> <p>3. Wzmocnienie kontroli nad wprowadzonymi regulacjami wewnętrznymi, w tym procedurami dotyczącymi określania celów oraz identyfikacji i analizy ryzyka, dalsza analiza dotychczasowych procedur obowiązujących w Szpitalu pod kątem realizacji i wdrożenia standardów kontroli zarządczej.</p> <p>4. Dopracowanie i wdrożenie procedur usprawniających funkcjonowanie kontroli zarządczej stały monitoring aktualności dotychczasowych procedur zarządzania ryzykiem, w tym formularzy samooceny.</p> <p>5. Aktualizacja uregulowań prawnych w obszarze ochrony danych osobowych, w konsekwencji obowiązywania Ustawy o ochronie danych osobowych.</p> <p>6. Dostosowanie systemu obiegu informacji do wymogów związanych z wymogami sanitarnymi w czasie pandemii.</p> <p>7. Dostosowanie organizacji świadczenia pracy w związku z pandemią, przez ograniczenie kontaktów osobistych na rzecz obiegu dokumentów za pośrednictwem kancelarie Szpitala.</p>	<p>organizacyjnych Szpitala wymuszają konieczność powtarzania i aktualizowania wiedzy o identyfikacji ryzyka poprzez stałe szkolenia prowadzone w ramach prac Zespołu ds. Koordynowania Działania Zarządzania Ryzykiem.</p>	
--	---	---	--

Stoień funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej /proszę zaznaczyć znakiem X odpowiedni wiersz/:

A X wystarczający,

B ograniczony,

C nie funkcjonuje adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza-

Niniejsza informacja opiera się na mojej ocenie i danych /proszę zaznaczyć znakiem X odpowiedni wiersz/ dostępnych w czasie sporządzania niniejszej informacji pochodzących z:

- monitoring realizacji celów i zadań,
- samooceny kontroli zarządczej przeprowadzonej z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych,
- procesu zarządzania ryzykiem,
- audytu wewnętrznego,
- kontroli wewnętrznych,
- kontroli zewnętrznych
- innych źródeł informacji: -/proszę wymienić-
jakich/.....

W przypadku zaznaczenia punktu **B** lub **C** proszę wypisać zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania w jednostce kontroli zarządczej:

1.

Planowane działania, które zostaną podjęte w roku bieżącym celem poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej:

1. W roku sprawozdawczym audytor wewnętrzny przeprowadził cykl indywidualnych szkoleń odnośnie funkcjonowania kontroli zarządczej, zgodnie ze standardami. Szkolenia objęły wszystkie jednostki organizacyjne Szpitala. Podobne działania będą realizowane w roku 2022.
2. Dalsze szkolenia w zakresie zarządzania ryzykiem oraz ochrony danych osobowych
3. Przegląd wewnętrznych aktów prawnych, dotyczących kontroli zarządczej w Szpitalu i aktualizacja (w celu osiągnięcia większej efektywności) elementów systemu kontroli dotyczących wykorzystania informacji o ryzykach wynikających ze specyfiki funkcjonowania Szpitala.

Dyrektor
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
im. Stefana Karodynała Wyszynskiego
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Lublinie

..... mgr Piotr Matej

Podpis Kierownika wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej

KIEROWNIK
Działu Organizacyjno-Prawnego

P. Chojna
mgr Przemysław Chojna

Chojna

Chojna