

## Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej

w Szpitalu Klinicznym im. ks. Anny Mazowieckiej

(nazwa jednostki)

za rok 2024

### Dział I<sup>1)</sup>

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

**Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej**

(nazwa jednostki sektora finansów publicznych)

### Część A<sup>2)</sup>

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

### Część B<sup>3)</sup>

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 C<sup>4)</sup>

~~—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.

### Część D

Niniejsze oświadczenie opiera się na mojej ocenie i informacjach dostępnych w czasie sporządzania niniejszego oświadczenia pochodzących z:<sup>5)</sup>

- X monitoringu realizacji celów i zadań,
- X samooceny kontroli zarządczej przeprowadzonej z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych<sup>6)</sup>,
- X procesu zarządzania ryzykiem,
- X audytu wewnętrznego
- X kontroli wewnętrznych,
- X kontroli zewnętrznych,
- X innych źródeł informacji: „Podsumowanie audytu wewnętrznego zleconego w zakresie funkcjonowania

wybranych elementów systemu kontroli zarządczej w JSFP i działach AR – analiza ilościowa”, wyników audytu wewnętrznego, wyników audytu Systemu Zarządzania Jakością ISO, informacji o poziomie realizacji celów za rok 2024, sprawozdania z wykonania planu działalności, wyników ankiety Samooceny Kontroli Zarządczej realizacji planu finansowego, analizy skarg i wniosków, badań poziomu satysfakcji pracowników.

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

Warszawa, dn. 25.03.2025r.

(miejsowość, data)

DYREKTOR SZPITALA

mgr Ewa Piotrowska

(podpis kierownika jednostki)

## Dział II<sup>7)</sup>

1. Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej w roku ubiegłym.
- A. Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej po przeprowadzonym audycie zleconym:
  - ✓ niezamieszczenie planu działalności Szpitala, sprawozdania z wykonania planu działalności Szpitala oraz oświadczenia o stanie kontroli zarządczej w BIP-ie,
  - ✓ niewprowadzenie w regulacji wewnętrznej zalecenia przeprowadzania oceny realizacji celów i zadań uwzględniając kryterium oszczędności, efektywności i skuteczności,
  - ✓ niewłaściwe określenie planowanej wartości miernika do osiągnięcia celu,
  - ✓ niezgodności w szacowaniu ryzyka dla realizacji zadania.
- B. Niezrealizowanie celów Szpitala – nie wszystkie mierniki określające cele Szpitala zostały zrealizowane, m. in.:
  - a) Zmniejszenie ilości błędów przed- i laboratoryjnych – Nie utrzymano wskaźników na poziomie z ubiegłego roku.
  - b) Liczba wizyt ambulatoryjnych prowadzonych przez położne, które prowadzą ciężą fizjologiczną – z założonych 600 wizyt wykonano 216.
  - c) Zapewnienie ciągłości realizacji świadczeń medycznych/Realizacja kontraktu z NFZ - nieosiągnięcie następujących mierników:
    - ✓ stopień realizacji kontraktu w zakresie świadczeń nielimitowanych,
    - ✓ % rozliczonych hospitalizacji w stosunku do wykonanych hospitalizacji,
    - ✓ uzyskanie poziomu świadczeń onkologicznych SOLO 2,
    - ✓ realizacja kompleksowych świadczeń onkologicznych pozwalających na zastosowanie w kolejnym roku współczynnika o wartości 1,25.
  - d) Zwiększenie efektywności gospodarowania: magazynami/lekami/wyrobami medycznymi – nie zmniejszono stanów magazynowych w stosunku do roku poprzedniego.
  - e) Zwiększenie poziomu informatyzacji - Parametr w trakcie realizacji. Cel będzie kontynuowany w kolejnym roku.
  - f) Autoryzacja i certyfikacja jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych - nieosiągnięcie następujących mierników:
    - ✓ realizacja działań kontrolnych w ramach Systemu Zarządzania Jakością,
    - ✓ wdrożenie standardów organizacyjnych i akredytacyjnych w patomorfologii.
  - g) Zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami - Parametr w trakcie realizacji. Cel będzie kontynuowany w kolejnym roku.
  - h) Zapewnienie ciągłości działania/Zapewnienie sprawnego funkcjonowania systemów informatycznych – ilość stwierdzonego braku dostępu do wszystkich danych medycznych i danych osobowych w systemie informatycznym w wyniku awarii (czas reakcji dłuższy niż 15 min.) – jeden przestój związany z wyłączeniem zasilania w serwerowni głównej, który czasowo utrudnił dostęp do danych medycznych i danych osobowych.
- C. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia w trakcie przeprowadzonego auditu certyfikującego na zgodność z normą PN-EN ISO 9001:2015.
- D. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia w trakcie przeprowadzonego auditu bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w Szpitalu.
- E. Otrzymanie wyników poniżej 80% w przeprowadzonej ankiecie samooceny kontroli zarządczej dotyczące przede wszystkim:
  - skuteczności przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
  - skuteczności przepływu informacji wewnątrz poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala,
  - znajomości zasad zarządzania ryzykiem w tym m.in. znajomości mierników określających cele oraz zagrożeń/ryzyk, które mogą przeszkodzić w realizacji celów i zadań komórki organizacyjnej,
  - znajomości zasad obowiązujących w szpitalu w kontaktach z podmiotami zewnętrznymi,
  - efektywności stosowanych procedur podczas zatrudniania,
  - skuteczności szkoleń/e-szkoleń,
  - ochrony dokumentów/materiałów/zasobów informatycznych/dokumentacji medycznej,
  - skuteczności przepływu informacji o szybko zmieniających się aktach normatywnych.

*Należy opisać przyczyny złożenia zastrzeżeń w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej, np. istotną słabość kontroli zarządczej, istotną nieprawidłowość w funkcjonowaniu jednostki sektora finansów publicznych albo działu administracji rządowej, 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.
  - Kontynuowanie celów, które nie zostały osiągnięte w poprzednim roku – cały rok.
  - Przygotowanie planu działalności Szpitala na 2025r.
  - Opracowanie rejestru ryzyk Szpitala w oparciu o cząstkowe rejestry ryzyk jednostek organizacyjnych Szpitala.
  - Dążenie do poprawy skuteczności i efektywności realizowanych zadań – proces ciągły.
  - Realizacja zaleceń audytora wewnętrznego i organów kontrolujących Szpital – proces ciągły.
  - Weryfikacja i uaktualnienie istniejących i obowiązujących Zarządzeń Dyrektora – proces ciągły.
  - Dokonywanie okresowych przeglądów dokumentacji systemowej (np. procedury, instrukcje) – cały rok.
  - Realizacja planu Zespołu Zapewnienia Jakości – cały rok.
  - Przeprowadzenie ankietowego badania samooceny kontroli zarządczej elektronicznie – luty 2025r.
  - Wdrożenie i prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej – proces ciągły.
  - Realizacja zaplanowanych szkoleń/e-szkoleń – cały rok.
  - Prowadzenie szkoleń wewnętrznych mających na celu wzrost świadomości pracowników na temat różnych rodzajów niepełnosprawności oraz prawidłowych zachowań w kontakcie z osobami ze szczególnymi potrzebami – cały rok.
  - Kontynuowanie „10 kroków do udanego karmienia piersią” – cały rok.
  - Poprawa dostępności i jakości opieki onkologicznej poprzez realizację założeń Krajowej Sieci Onkologicznej i realizację kompleksowych świadczeń onkologicznych pozwalających na zastosowanie w kolejnym roku współczynnika o wartości 1,25 – cały rok.
  - Prowadzenie Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem – zgłaszanie zdarzeń niepożądanych w systemie „MERYDIAN RISK ONLINE” – cały rok.
  - Przeprowadzenie samooceny standardów akredytacyjnych – cały rok.
  - Utrzymanie certyfikatu „Szpital bez bólu” – cały rok.

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

### **Dział III<sup>6)</sup>**

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

1. Działania, które zostały zaplanowane na rok, którego dotyczy oświadczenie:
  - Audytor wewnętrzny dostarczał Dyrektorowi Szpitala informacje o wynikach przeprowadzonych zadań audytowych w formie sprawozdań z poszczególnych zadań zapewniających. W przekazanych sprawozdaniach była informacja co do zakresu funkcjonowania kontroli zarządczej w obszarze objętym audytem.
  - Przygotowano plan działalności Szpitala na 2024r.
  - Opracowano rejestr ryzyk Szpitala w oparciu o cząstkowe rejestry ryzyk jednostek organizacyjnych Szpitala.
  - Kontynuowano prace nad rejestrem ryzyk – półroczne sprawozdanie z planu działalności Szpitala.
  - Przeprowadzono proces samooceny kontroli zarządczej, a jej wyniki zamieszczono dla wszystkich pracowników Szpitala na portalu IntraNet-owym.
  - Uaktualniono 7 Procedur SZJ i 1 Instrukcję SZJ.
  - Wdrożono do postępowania „Procedurę na wypadek wystąpienia zdarzenia z dużą ilością poszkodowanych” wersja 2.0, zatwierdzoną przez Podsekretarza Stanu Marka Kosa w dniu 15 czerwca 2024r.
  - Prowadzono prace związane z usprawnianiem systemu komunikacji w celu osiągnięcia odpowiedniej jakości informacji min. poprzez zwiększenie wykorzystania poczty elektronicznej, IntraNetu, Teams-u.
  - Utrzymano światowe standardy w zakresie karmienia piersią.
  - Przeprowadzono audyt certyfikujący na zgodność z normą PN-EN ISO 9001:2015.
  - Zapewniono ciągłość usługi tłumacza języka migowego on-line PJM.
  - Rozszerzono ofertę Szpitala w zakresie prowadzenia ciąży fizjologicznej przez doświadczoną położną.

*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.*

## 2. Pozostałe działania:

- Od kwietnia nasz szpital zaferuje pacjentkom poród w wodzie. W jednej z sal Bloku Porodowego jest już zainstalowana specjalna wanna do tej formy porodu, którą wprowadzamy zgodnie z oczekiwaniami naszych pacjentek.
- Prowadzenie Szkoły Rodziców Wcześnieiaków.
- Przeprowadzenie warsztatów z okazji Tygodnia Karmienia Piersią na Karowej „Dziecko jest tego warte” oraz konkursu fotograficznego.
- Zorganizowanie Pikniku Rodzinno-Edukacyjnego
- Otrzymanie Certyfikatu „Maluchy na brzuchy”.
- Zorganizowanie darmowych warsztatów: @świadomamama
- Przystąpienie do programu: „PneumoOnko – program bezpłatnych szczepień przeciw pneumokokom i ciężkim zapaleniom płuc u osób z nowotworami” finansowanego przez Miasto Stołeczne Warszawa.
- Zakup sprzętu w ramach „Rządowego programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2021-2024”.
- Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom pacjentek zainstalowano w Bloku Porodowym specjalną wannę do porodów w wodzie.
- Zrealizowanie zakupów inwestycyjnych na kwotę 2.380.062,00 zł.
- Kontynuowanie akcji „#Okno na malucha”, która umożliwiła rodzicom utrzymania nieprzerwanego kontaktu z dziećmi – pacjentami oddziałów neonatologicznych, za co Szpital został uhonorowany przez Fundację MY PACJENCI tytułem Lidera Pacjentocentryzmu.
- Zaferowanie pacjentkom możliwość przebywania wraz z osobą towarzyszącą w Oddziale Położniczym w pięciu jednoosobowych Pokojach Rodzinnych z łazienkami.
- Kontynuowanie programu pilotażowego „Dobry posiłek w szpitalu” i wdrożenie system MAPI Jadłospis 2 - narzędzia wspomagającego zarządzanie w placówkach żywienia zbiorowego.
- Przygotowano dokumentację aplikacyjną dla projektu inwestycyjnego związanego z onkologią w ramach KPO – decyzja o ewentualnym finansowaniu w 2025r.
- Wymiana windy pod kątem użytkowania przez osoby ze szczególnymi potrzebami - w ramach dotacji celowej MZ "Poprawa bezpieczeństwa pacjenta" nr umowy o dofinansowanie DOI/SK/85112/6220/115/1108,
- Zakup czujek błyskowych w ramach dotacji celowej MZ "Poprawa bezpieczeństwa pacjenta" nr umowy o dofinansowanie DOI/SK/85112/6220/115/1108,
- Udział w kursie przeprowadzonym przez Stowarzyszenie rozwoju PITAGORAS z sfinansowaniem z PFRON-U.
- Modernizacja systemu p/pożarowego.
- Powołanie koordynatora opieki onkologicznej.

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

## Objaśnienia:

- 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.
- 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 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
- 7) Dział II sporządzany jest w przypadku, gdy w dziale I niniejszego oświadczenia zaznaczono część B albo C.
- 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.