

Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej
Renata Wachowicz – Dyrektor

za 2024 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/nadzorowanej przeze mnie jednostce organizacyjnej

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
W Katowicach

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.

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.

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 z⁵:

- ☐ 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:
 - systemu zarządzania jakością ISO 9001,
 - systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności ISO 22000,
 - systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji ISO 27001,
 - systemu akredytacji w ochronie zdrowia.

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

Katowice, dnia 17 lutego 2025 roku

.....

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.

Nie dotyczy.

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

Nie dotyczy.

Dział III⁸

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

Nie dotyczy.

2. Pozostałe działania:

Opracowano na podstawie sprawozdania z przeprowadzonych audytów wewnętrznych w zakresie ZSZ za 2024 rok.

Zgodnie z Programem audytów wewnętrznych ZSZ na lata 2023-2025 (dokument z dnia 15.12.2022), w roku 2024 zaplanowano łącznie 27 audytów wewnętrznych w ramach procesów realizowanych w ZSZ w poszczególnych komórkach organizacyjnych, z czego:

1. W procesie związanym z diagnostyką obrazową w 2 komórkach organizacyjnych na Ceglanej (Zakładzie Radioterapii, Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej).
2. W procesie związanym z kontrolą zakażeń w 4 komórkach organizacyjnych zarówno na Ceglanej, jak i Medyków (Zespole Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Dziale Administracji, Dziale Higieny Szpitalnej, Centralnej Sterylizatorni).
3. W procesie związanym z nadzorem nad infrastrukturą w 2 komórkach organizacyjnych zarówno na Ceglanej, jak i Medyków (Dziale Aparatury Medycznej, Dziale Inwestycji i Obsługi Technicznej).
4. W procesie związanym z zarządzaniem bezpieczeństwem informacji w 3 komórkach organizacyjnych zarówno na Ceglanej, jak i Medyków (Dziale Informatyki, Inspektora Ochrony Danych, Archiwum), na Medyków dodatkowo w wybranym oddziale.
5. W procesie związanym z diagnostyką laboratoryjną w 2 komórkach organizacyjnych na Medyków (Laboratorium Centralnym, Zakładzie Patomorfologii).

W roku przeprowadzono łącznie audit w zakresie 28 procesów. W trakcie audytów wewnętrznych stwierdzono łącznie 37 uchybień. Wydano 39 zaleceń poauditowych. Do dnia sporządzenia sprawozdania wykonano łącznie 23 zalecenia poauditowych, co stanowi 59% wszystkich wydanych zaleceń. Nie zalegalizowano 16 zaleceń, co stanowi 41% wszystkich zaleceń. Niezrealizowane zalecenia nie mają pilnego charakteru.

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.

Opracowano na podstawie protokołu z Kontroli Wewnętrznej – Ocena realizacji wybranych zaleceń pokontrolnych wydanych podczas kontroli wewnętrznych przeprowadzonych w 2023 i 2024 roku.

Podczas zadania kontrolnego weryfikacji poddano 46 zaleceń pokontrolnych z czego:

1. Zrealizowano 33 zalecenia, co stanowi 71,7 % wszystkich skontrolowanych zaleceń.
2. Nie zrealizowano 1 zalecenie, co stanowi 2,3 % wszystkich skontrolowanych zaleceń.
3. Częściowo zrealizowano 11 zaleceń, co stanowi 21,7% wszystkich skontrolowanych zaleceń.
4. Jedno zalecenie potraktowano jako „w realizacji” co stanowi 2,3 % wszystkich skontrolowanych zaleceń.

Niezrealizowane zalecenie pokontrolne stanowi 3,7% z 27 kontrolowanych dla obszaru zaleceń. Kontrolowani są zobligowani do wdrożenia niezrealizowanych zaleceń pokontrolnych, zaleceń częściowo zrealizowanych oraz zaleceń „w realizacji” nie później, niż w terminie do 31 marca 2025 roku.

Opracowano na podstawie sprawozdania z kontroli wewnętrznych za 2024 rok.

W roku 2024 stwierdzono: 15 nieprawidłowości, 19 uchybień. Wydano łącznie 34 zalecenia pokontrolne. Do dnia sporządzenia sprawozdania weryfikacji poddano 11 zaleceń (wyłączono zalecenia z zakresu kontroli 4/KW/2024, 5/KW/2024 oraz 6/KW/2024), które dotyczyły 3 nieprawidłowości (2 zalecenia zrealizowano, 1 nie zrealizowano całościowo) oraz 8 uchybień (7 zaleceń zrealizowano, 1 pozostaje w realizacji).

Opracowana na podstawie wyników oceny ryzyka za 2024 rok (zarządzenie nr 61/2024, 140/2023).

Ryzyka są monitorowane na bieżąco w podziale wg ich istotności zgodnie z mapą ryzyka. Dokonywana jest ocena skuteczności działań i dodatkowych mechanizmów kontroli. Działania prawidłowe.

Opracowano na podstawie sprawozdania z dnia 20 stycznia 2025 roku z przeprowadzonych kontroli i audytów zewnętrznych w 2024 roku.

W 2024 roku w szpitalu przeprowadzono 32 kontrole zewnętrzne. W przypadku 23 kontroli nie wydano, żadnych zaleceń pokontrolnych oraz nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości. Zrealizowano 4 zalecenia pokontrolne spośród wydanych 24 - 10 zaleceń zostało uznanych za istotne i dotyczyły:

1. Występowania bakterii Legionella w ilości ponadnormatywnej (1 przypadek) – zamontowano system chemicznego odkażania instalacji w jednej lokalizacji. Trwają prace związane z uruchomieniem analogicznego systemu również w drugiej lokalizacji.
2. Nieprawidłowego stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń (6 przypadków) – szpital sukcesywnie inwestuje w remont pomieszczeń i zaplecza technicznego.
3. Gospodarki cytotatnikami – zrealizowano 2 z 3 zaleceń.

Opracowano na podstawie raportu na temat wyników samooceny kontroli zarządczej za 2023 rok.

Monitorowanie systemu kontroli zarządczej w Szpitalu jest prowadzone na bieżąco i funkcjonuje prawidłowo. W związku z wysokim odsetkiem odpowiedzi, w dużej mierze przekraczających założone wartości 70% pozytywnych ocen standardu należy przyjąć,

że kierownicy pionów i komórek organizacyjnych a także pracownicy i zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach w UCK im. Prof. K. Gibińskiego SUM w Katowicach w sposób właściwy realizują kontrolę zarządczą, co pozwala na uzyskanie wiarygodnej podstawy dla zapewnienia funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej w zakresie zgodności działania z przepisami prawa i wewnętrznymi aktami normatywnymi, skuteczności i efektywności działania, ochrony zasobów, przestrzegania i promowanie zasad etycznego postępowania, efektywności i skuteczności przepływu informacji oraz zarządzania ryzykiem.

Opracowano na podstawie zbiorczego sprawozdania z realizacji celów operacyjnych i zadań w 2024 roku.

Spośród 32 zadań służących realizacji celów zrealizowano 20. Systematyczne raportowanie spowodowało, że kadra zarządzająca Szpitala posiadała na czas informację o stopniu realizacji zadań co zostało uwzględnione w procesie zarządzania jednostką. Dodatkowo podkreślić należy, że niektóre mierniki odnotowały wartości znacznie powyżej zaplanowanych.

Bezpieczeństwo danych (istotne działania zrealizowane w 2024 roku).

- Realizacja umowy na usługę sprawowania opieki bezpieczeństwa IT nad infrastrukturą teleinformatyczną szpitala (SOC).
- Podpisanie nowej umowy na usługę monitorowania głównego systemu informatycznego - monitoring AMMS.
- Realizacja umowy na dzierżawę światłowodu zapewniającego dostęp do danych przetwarzanych w systemach w obu lokalizacjach.
- Przedłużenie subskrypcji licencji funkcji bezpieczeństwa dla posiadanych systemów klasy UTM.
- Usługa przeprowadzenia specjalistycznego audytu podatności, testów bezpieczeństwa i zgodności Platformy e-CareMed (dalej „Audyt bezpieczeństwa”).
- Podpisanie nowej umowy na usługę dedykowanych osobnych serwerów poczty i serwera WWW.
- Profesjonalne zniszczenie dysków twardych przeznaczonych do kasacji.
- Wdrożenie nowego zabezpieczenia - systemu służącego do ochrony poczty elektronicznej Forti Mail.
- Wdrożenie na skrzynkach e-mail dodatkowego zabezpieczenia.
- Zabezpieczenie automatycznie sklasyfikuje każdą zewnętrzną wiadomość jako EXTERNAL. Każda wiadomość e-mail pochodząca z innej domeny niż uck.katowice.pl (czyli mail spoza szpitala) jest odpowiednio oznakowana oraz na początku jego treści pojawia się ostrzeżenie.
- Zaktualizowano polityki wdrożonego w Szpitalu Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji tak aby zapewnić zgodność Systemu z wymaganiami nowego wydania normy ISO/IEC 27001:2022. Uzyskano ponowną certyfikację Systemu wraz z transferem do wymagań zaktualizowanej normy.”.

W przypadkach naruszenia bezpieczeństwa danych, o których mowa w pkt. 57 „KWESTIONARIUSZA SAMOOCENY W ZAKRESIE STOSOWANIA STANDARDÓW KONTROLI ZARZĄDCZEJ” podjęto niezwłocznie działania mające na celu przeciwdziałanie skutkom incydentu oraz zapobiegnięciu ich wystąpienia w przyszłości. Przeprowadzono dwukrotnie w ciągu roku szacowanie ryzyka m. in. w zakresie bezpieczeństwa danych.

Informacja na temat systemów zarządzania.

W roku 2024 UCK utrzymało ważność nw. certyfikatów:

1. ISO 9001:2015 System zarządzania jakością.
2. ISO 22000:2018 System zarządzania bezpieczeństwem żywności.
3. ISO 27001:2023 System zarządzania bezpieczeństwem informacji.
4. Centrum Doskonałości (Centre of Excellence).
5. Certyfikat akredytacyjny MZ Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.
6. ESGO – akredytacja dla zaawansowanej chirurgii raka jajnika.
7. APCB – akredytacja ośrodka senologicznego – system Brest Cancer Units na podstawie standardów opieki nad pacjentami z chorobami piersi.
8. Certyfikat akredytacyjny MZ – akredytacja w zakresie szpitalnego systemu jakości dawstwa.

W roku 2024 UCK otrzymało certyfikaty:

1. Bezpieczny Szpital – spełnienie wymagań międzynarodowego programu IQS MED.