

Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej
Renata Wachowicz – Dyrektor

za 2023 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:
 - audyty zewnętrzne,
 - system zarządzania jakością ISO 9001,
 - system zarządzania bezpieczeństwem żywności ISO 22000,
 - system zarządzania bezpieczeństwem informacji ISO 27001,
 - system akredytacji w ochronie zdrowia.

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

Katowice, dnia 15 lutego 2024 roku

DYREKTOR
Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
im. prof. K. Giłbińskiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
[Podpis]
Krzysztof Wachowicz

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.

Pomimo faktu, iż w zeszłym roku w wystarczającym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza poniżej zostały wyszczególnione najważniejsze działania podjęte w celu poprawy jej funkcjonowania. Powyższe działanie jest spowodowane bardziej precyzyjnym zobrazowaniem sytuacji Szpitala jako dużej, znaczącej jednostki o wysokim stopniu skomplikowania i dużej ilości wykonywanych zadań.

1. Działania, które zostały zaplanowane na rok, którego dotyczy oświadczenie:

W 2023 roku zaplanowano n.w. działania:

1. Monitoring realizacji zaleceń pokontrolnych i po audytowych.
2. Kontynuacja działań mających na celu wzmacnianie wiedzy pracowników w zakresie funkcjonującej w jednostce kontroli zarządczej.
3. Monitorowanie stopnia realizacji planowanych i rozpoczętych inwestycji.
4. Monitorowanie możliwości pozyskania środków zewnętrznych.
5. Monitorowanie stopnia realizacji planowanych celów operacyjnych i zadań do realizacji.

Ad.1, 2) Działania skuteczne - zrealizowane.

Ad. 3) Wszystkie prowadzone przez szpital inwestycje zostały zakończone i rozliczone w wymaganym terminie. Monitoring procesu był prowadzony na bieżąco a komunikacja sprawozdawcza przebiegała prawidłowo. Szpital zakończył m.in. strategiczną inwestycję związaną z przebudową oddziałów wewnętrznych, przebudową pracowni endoskopii oraz utworzeniem pracowni MR w lokalizacji Medyków 14. Cały, wielozakresowy proces inwestycji przebiegał prawidłowo i zgodnie z planem.

Ad. 4) Proces realizowany był prawidłowo o czym świadczą otrzymane dotacje. Szpital pozyskał w 2023 roku wielomilionowe dotacje z różnych źródeł zarówno krajowych jak i unijnych. Złożyliśmy wnioski o dofinansowanie w wszystkich znanych nam, ogłoszonych konkursach, w których byliśmy beneficjentem zgodnie z regulaminem konkursu oraz w trybie pozakonkursowym. Ponadto Szpital otrzymał dofinansowanie w wysokości prawie 200 mln zł w ramach konkursu onkologicznego.

Ad. 5) Jest to proces ciągły, monitorowany w określonym interwale czasowym.

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.

Wszystkie sprawozdania zostały wykonane terminowo. Dyrekcja posiadała również wiedzę o stopniu realizacji zadań i bieżących wartościach mierników. W związku z powyższym działanie należy uznać za skuteczne.

2. Pozostałe działania:

Opracowano na podstawie sprawozdania z przeprowadzonych audytów wewnętrznych w 2023 roku.

W 2023 roku w szpitalu przeprowadzono 5 audytów wewnętrznych. Przedmiotem audytów była m.in. ocena bezpieczeństwa informacji niejawnych i ochrony danych osobowych, ocena efektywności procedur na wypadek wypadku lotniczego, opinia dot. samooceny w UCK, ocena realizacji zamówień publicznych oraz ocena procedur dot. zdarzenia masowego. W ramach przeprowadzonych audytów nie stwierdzono żadnych niezgodności, uchybień czy nieprawidłowości. Wydano 1 zalecenie pokontrolne.

Opracowano na podstawie sprawozdania z przeprowadzonych audytów wewnętrznych w 2023 roku w zakresie ZSZ.

Wykonano 37 audytów wewnętrznych w okresie od stycznia do grudnia 2023 roku. Wydano łącznie 51 zaleceń po audytowych. Zrealizowano łącznie 37 zaleceń po audytowych. Cała działalność audytorów w ramach kontroli jest przeprowadzona prawidłowo i w wymaganym terminie. Zalecenia służą ciągłemu doskonaleniu się jednostki i są wdrażane terminowo.

Opracowano na podstawie sprawozdania z przeprowadzonych kontroli wewnętrznych w 2023 roku.

W roku 2023 stwierdzono 25 nieprawidłowości i 23 uchybienia. Wydano łącznie 48 zaleceń pokontrolnych. Do dnia sporządzenia sprawozdania weryfikacji poddano 13 zaleceń, które dotyczyły 6 nieprawidłowości (5 zaleceń zrealizowano, 1 zrealizowano nie w całości) oraz 7 uchybień (7 zaleceń zrealizowano). Zrealizowano cały plan kontroli na 2023 rok oraz opracowano plan kontroli na rok 2024.

Opracowano na podstawie sprawozdania z dnia 19 stycznia 2024 roku z przeprowadzonych kontroli i audytów zewnętrznych w 2023 roku.

W 2023 roku w szpitalu przeprowadzono 43 kontrole zewnętrzne. W przypadku 26 kontroli nie wydano, żadnych zaleceń pokontrolnych oraz nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości. Zrealizowano 27 zaleceń pokontrolnych spośród wydanych 41. W przypadku 5 kontroli złożono wnioski o prolongatę terminu na realizację zaleceń pokontrolnych. W przypadku 11 kontroli stwierdzono istotne zastrzeżenia, które dotyczyły: -Występowania bakterii Legionella w ilości ponadnormatywnej (2 przypadki) – problem rozwiązany. Nieprawidłowego stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń (5 przypadków) – szpital sukcesywnie inwestuje w remont pomieszczeń i zaplecza technicznego oraz pozyskał rekordowe środki na inwestycje i sprzęt medyczny w 2023 roku. Ponadto wystąpiono o prolongatę terminów w wymaganym okresie. Nieprawidłowości organizacyjnych (3 przypadki) – zlecenie bezzwłocznie i w całości zrealizowano. Procedur radiologicznych (2 przypadki) – zlecenie bezzwłocznie i w całości zrealizowano.

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

Samoocenę kontroli zarządczej dokonano w następujących obszarach: środowisko wewnętrzne, cele i zarządzanie ryzykiem, mechanizmy kontroli, informacja i komunikacja oraz monitorowanie i ocena funkcjonowania kontroli zarządczej. Wyniki ankiet zostały poddane wnikliwej analizie. We wszystkich ocenianych zakresach działania KZ zostały uznane za adekwatne i skuteczne. Drobne nieprawidłowości wskazują na dalszą potrzebę doskonalenia się jednakże nie wpływają na całościową pozytywną ocenę.

Opracowano na podstawie zbiorczego sprawozdania z realizacji celów operacyjnych i zadań w 2023 roku.

Spośród 19 zadań służących realizacji celów zrealizowano 13. 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.

- Realizacja umowy na usługę sprawowania opieki bezpieczeństwa IT nad infrastrukturą teleinformatyczną szpitala (SOC) oraz ogłoszenie nowego postępowania na taką usługę.
- Podpisanie umowy na usługę monitorowania głównego systemu informatycznego - monitoring AMMS.
- Zakup systemu do kopii zapasowych i archiwizacji danych wraz z wdrożeniem.
- Zakup sprzętu na potrzeby monitorowania najważniejszych parametrów środowiskowych w serwerowniach takie jak: temperatura, wilgotność powietrza, obecność dymu, zalanie wodą, wykrycie ruchu.
- Przedłużenie ważności licencji dla funkcji bezpieczeństwa urządzeń klasy UTM dla zapewnienia dostępu do aktualnych sygnatur i tym samym podniesienia poziomu bezpieczeństwa na styku Intranet/Internet (dotyczy urządzeń w lokalizacji Ligota oraz urządzeń WIFI w lok. Ceglana).
- Dostawa systemu informatycznego typu LIS/PIS oraz licencji oprogramowania do skanera preparatów histologicznych dla Zakładu Patomorfologii. Wymiana obecnie używanego w Zakładzie Patomorfologii systemu, który posiada różnego rodzaju ograniczenia dotyczące między innymi ergonomii pracy, raportowania czy integracji z sprzętem wykorzystywanym w Zakładzie Patomorfologii.

W przypadkach naruszenie bezpieczeństwa danych, o których mowa w pkt. 57 „KWESTIONARIUSZA SAMOOOCENY W ZAKRESIE STOSOWANIA STANDARDÓW KONTROLI ZARZĄDCZEJ” podjęto błyskawiczne działania mające na celu przeciwdziałanie skutkom incydentu oraz zapobiegnięciu ich wystąpienia w przyszłości.

Przeprowadzono analizę ryzyka m.in. w zakresie bezpieczeństwa danych. Rejestr ryzyk był również aktualizowany w trakcie roku.

Informacja na temat systemów zarządzania.

W roku 2023 UCK utrzymało ważność nw. certyfikatów:

1. ISO 9001:2015 System zarządzania jakością.
2. ISO 22000:2015 System zarządzania bezpieczeństwem żywności.
3. ISO 27001:2017 System zarządzania bezpieczeństwem informacji.
4. Centrum Doskonałości (Centre of Excellence).
5. Certyfikat akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

W roku 2023 UCK otrzymało nw. certyfikaty:

1. Nr 8/2023/BBII CD Prezesa NFZ, potwierdzający bezpieczeństwo teleinformatyczne.
2. ESGO – akredytacja dla zaawansowanej chirurgii raka jajnika.
3. APCB – akredytacja ośrodka senologicznego – system Brest Cancer Units.