

OŚWIADCZENIE O STANIE KONTROLI ZARZĄDCZEJ

DYREKTOR

(stanowisko osoby składającej oświadczenie)

za: 2021

(rok, za który składane jest oświadczenie)

Część I – stopień funkcjonowania kontroli zarządczej

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 Organizacyjnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku

(nazwa Jednostki Organizacyjnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego)

Należy wybrać właściwy stopień funkcjonowania kontroli zarządczej (wybór jednokrotny).

- w wystarczającym stopniu funkcjonowała
- w ograniczonym stopniu funkcjonowała
- nie funkcjonowała

adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

Część II – podstawa złożenia oświadczenia

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

Należy wybrać właściwe źródło informacji stanowiące podstawę wydania oświadczenia (wybór wielokrotny).

- monitoringu realizacji celów i zadań,
- samooceny kontroli zarządczej przeprowadzonej z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych,
- procesu zarządzania ryzykiem,
- procesu zarządzania bezpieczeństwem informacji,
- procesu zarządzania cyberbezpieczeństwem,
- audytu wewnętrznego: własnego , Urzędu ,
- kontroli wewnętrznych,
- kontroli zewnętrznych,

- auditów systemów zarządzania: jakością X, innymi obszarami ,
 innych źródeł informacji:

Należy podać źródła inne niż wyżej wymienione, na podstawie których zostało złożone oświadczenie, np. analizy, raporty itp.

analizy satysfakcji pacjenta, analizy zdarzeń niepożądanych, analizy skarg i wniosków, analiza celów, analiza samooceny komórek organizacyjnych, opracowanie ryzyka dla Szpitala w czasie COVID

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

Zastępca Dyrektora
ds. Lecznictwa

Włocławek, 04.03.2022 r.
(miejscowość, data)

lek. M. S. Iliev
(pieczęć, czytelny podpis kierownika jednostki)

Część III – zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej w roku ubiegłym

1. W roku, za który składane jest oświadczenie zidentyfikowano następujące zastrzeżenia:

W punktach należy wymienić zidentyfikowane zastrzeżenia w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej w roku, za który składane jest oświadczenie, a wynikające z kontroli, audytu lub oceny własnej kierownika jednostki.

RYZIKO ZWIĄZANE Z COVID -19

RYZIKO EKONOMICZNE

1. Zwiększenie kosztów zabezpieczenia w środki ochrony indywidualnej
2. Zmniejszenie ilości przyjętych pacjentów – mniejszy wpływ środków z NFZ
3. Zmniejszenie kontraktu NFZ
4. Brak wpływu środków od kontrahentów którzy są niewypłacalni w dobie pandemii
5. Konieczność zaciągania nowych zobowiązań finansowych na pokrycie kosztów związanych z zakupem środków służących do zabezpieczenia COVID.
6. Zmniejszenie dostępności do możliwości zakupu środków ochrony indywidualnej
7. Wysoki wzrost kosztów zakupu środków ochrony indywidualnej
8. Wzrost kosztów pracowniczych / kwarantanny, zwolnienia, zastępstwa, dodatkowy personel do namiotu, miejsca COVID/
9. Zamykanie Oddziałów / Czasowe wyłączenie Oddziałów
10. Ryzyko zamknięcia Szpitala
11. Zmniejszenie wynagrodzenia personelu / "nie białego" / z możliwością przejścia na kwarantannę/ 80% wynagrodzenia
12. Ryzyko zwiększenia ilości roszczeń z powodu następstw COVID
13. Trudności w zakupie sprzętu i środków ochrony indywidualnej
14. Zwiększenie zużycia środków ochrony indywidualnej
15. Niemożność wykorzystania dotacji COVID – brak firm które stają do przetargów
16. Zwiększenie zakupów z „ wolnej ręki” – wzrost kosztów
17. Zwiększenie ilości zużycia paliwa : przewóz badań , zwiększenie ilości transportów pacjentów
18. Stworzenie miejsca COVID w WSS bez dodatkowych środków finansowych jakie przysługują

Szpitalom jednoimiennym

19. Wzrost kosztów za odpady skażone
20. Wzrost kosztów obowiązkowych ubezpieczeń
21. Wzrost kosztów realizacji świadczeń

RYZIKO ORGANIZACYJNE

1. Zmniejszenie dostępności świadczeń pacjentów
2. Zmiana organizacji pracy całego Szpitala
3. Możliwość konieczności przekwalifikowania w Szpital jednoimienny
4. Dostosowywanie Szpitala do zmieniających się przepisów , wymagań, rozporządzeń
5. Ryzyko dostępu do danych przez osoby nieupoważnione / np. w związku z udzielanymi informacjami, teleporadami.
6. Dostosowywanie dokumentacji medycznej do COVID
7. Zamykanie Szpitali powiatowych, Oddziałów w innych Szpitalach: - zwiększenie ilości pacjentów w WSS, trudności w przekazywaniu przyjmowania pacjentów
8. Wpływ przekazywanych informacji przez media na społeczeństwo
9. Niekompletny przepływ informacji od jednostek nadrzędnych i współpracujących z WSS
10. Zbyt mała ilość stanowisk / łóżek / przygotowanych w miejscu pacjentów potencjalnie podejrzanych o COVID
11. Zmiany przepisów.

RYZIKO- ZASOBY LUDZKIE

1. Zgon personelu z powodu COVID
2. Zarażenie personelu z powodu COVID
3. Niedobory personelu związane z kwarantanną
4. Zwiększona ilość zgonów pacjentów z powodu COVID
5. Zarażenie pacjentów COVID
6. Pogorszenie stanu zdrowia pacjentów w związku z ograniczeniem usług medycznych
7. Wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia medyczne
8. Pogorszenie stanu zdrowia psychicznego personelu medycznego związanego z pracą w ciągłym stresie
9. Zwiększenie absencji zawodowej personelu związanej ze zwiększoną częstotliwością zwolnień L4
10. Spadek poczucia bezpieczeństwa personelu
11. Spadek poczucia bezpieczeństwa pacjentów związany z brakiem odwiedzin
12. Spadek poczucia bezpieczeństwa pacjentów związany z możliwością zarażenia
13. Możliwość zachorowania personelu
14. Brak personelu medycznego i nie medycznego

Część IV – podjęte działania

1. W roku, za który składane jest oświadczenie zostały podjęte działania:

Należy wybrać działania podjęte w roku, za który składane jest oświadczenie (wybór wielokrotny)

- a) doskonałe (własna inicjatywa bieżąca lub zaplanowana),
- b) naprawcze (wskazane przez kontrole wewnętrzne/zewnętrzne),
- c) zaradcze (efekt wystąpienia ryzyka).

Ad. a) W ramach działań doskonalących przeprowadzono/zrealizowano:

W punktach należy wymienić najważniejsze działania doskonalące jakie podjęto w roku, za który składane jest oświadczenie z zaznaczeniem stopnia ich realizacji (%) oraz wskazaniem, które było w poprzednim oświadczeniu wymienione jako zaplanowane.

INWESTYCJE

Zadania inwestycyjne realizowane w 2021 r. oraz plany na rok 2022

1. Zadanie pn. „ Podniesienie jakości usług zdrowotnych oraz zwiększenie dostępu do usług medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku” - w ramach zadania zostanie wybudowany 7 - kondygnacyjny budynek. Zadanie w trakcie realizacji – rozpoczęto prace związane z instalacjami elektrycznymi , sanitarnymi, CO, budową budynku tlenowni
2. Zadanie pn. „ Dopuszaenie szpitali w województwie kujawsko – pomorskim związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID- 19”- w ramach zadania zakupiono: pompy infuzyjne, rejestratory EKG, ssaki, wózki reanimacyjne, wózki do transportu pacjentów, pulsoksymetry, dozowniki do tlenu, termometry, stojaki do kroplówek, wózki na odpady, lodówki i szafki na leki. Zadanie w trakcie realizacji
3. Zadanie pn. „ Ograniczenie negatywnych skutków COVID-19 poprzez działania profilaktyczne i zabezpieczające skierowane do służb medycznych” - zadanie na zakup środków dezynfekcyjnych oraz odzieży ochrony osobistej, np. rękawic, maseczek. Zadanie zakończone.
4. Zadanie pn. „ Dopuszaenie szpitali w województwie kujawsko – pomorskim związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19- etap II – w ramach zadania zakupiono: ambulans wraz z wyposażeniem, aparaty USG, videolaryngoskopy, rolki do przenoszenia pacjenta, myjnię endoskopową, diatermię chirurgiczną, maszyny czyszczące, chłodziarkę, zamrażarki, meble dla oddziału Covid, środki ochrony osobistej, środki dezynfekcyjne. Zadanie w trakcie realizacji
5. Zadanie pn. „ Podniesienie jakości usług zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku” - zakup ambulansu oraz środków ochrony osobistej „ - w ramach zadania został zakupiony ambulans wraz z wyposażeniem oraz środki ochrony osobistej tj. maseczki, rękawice, kombinezony. Zadanie zakończone.
6. Zadanie pn. „ Zakup sprzętu i aparatury: sfinansowanie zakupu sprzętu dla Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii z największą aktywnością donacyjną w latach 2017 – 2019 „ w ramach Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej – w ramach zadania zostało zakupione 10 kardiomonitorów z centralą, głowica do aparatu USG, wykonano sieć dla Oddziału Intensywnej Terapii . Zadanie zakończone.
7. Zadanie pn. „ Dopuszaenie podmiotów leczniczych w aparaty do diagnostyki ultrasonograficznej z funkcją echokardiografii na potrzeby kardiologii” w ramach zadania zakupiono aparat USG z funkcją echokardiografii dla Oddziału Kardiologii”. Zadanie zakończone.

Zrealizowano w 2021:

IT

1. Budowa sieci bezprzewodowej w wyremontowanych budynkach 5,9,7,12,13
2. Budowa sieci przewodowej, wymiana urządzeń aktywnych umożliwiających transmisję 10Gb, przygotowanie do rozbudowy szpitala o budynek nr 4

3. Budowa centralnej serwerowni szpitala
4. Instalacja systemów pamięci masowej na potrzeby edm w tym systemów obrazowych
5. Uruchomienie systemu elektronicznych zapotrzebowań
6. Modernizacja systemu RIS/PACS
7. Wdrożenie systemu TOP/SOR
8. Wdrożenie systemu raportowania zdarzeń medycznych
9. Integracja systemu szpitalnego lis z laboratorium zewnętrznym

POPRAWA JAKOŚCI

1. Uzyskanie certyfikatu Liderzy Zarządzania Najlepiej Zarządzane Szpitale Publiczne Według BFF BANKING GROUP X MIEJSCE w kategorii szpitale z kontraktem z NFZ wyższym niż 89 mln zł.
2. Nagroda Laur Nowoczesności Konkurs „ Wysoka Jakość w Ochronie Zdrowia „ Karolina Welka Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku.
3. Dyplom Uznania dla WSS za wyjątkowe zaangażowanie w walkę z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 w tym koordynację współpracę i przeprowadzenie akcji szczepień dla pracowników samorządowych i ich rodzin
4. Certyfikat Wysoka Jakość w Ochronie Zdrowia Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku przyznano w VII edycji Ogólnopolskiego Konkursu i Programu Certyfikacji Podmiotów Branży Medycznej , którego organizatorem jest Quality Institute sp. zo.o. sp.k. Z siedzibą w Katowicach.
5. Pozytywne przejście audytu recertyfikacyjnego ISO .
2. Wdrożenie dokumentacji elektronicznej w systemie AMMS
4. Rozpoczęcie przygotowań do wymaganego w przyszłości procesu akredytacji Zakładu Patomorfologii
5. Audyty w każdej komórce/ Zakładzie Szpitala
6. Prowadzenie analiz, raportów
8. Kontynuacja przygotowań Szpitala do procesu akredytacji . Aktualizacja wdrażanych przez Szpital standardów akredytacyjnych w zakresie:
Ciągłości opieki /CO/, Prawa pacjenta/PP/, Oceny Stanu Pacjenta/os/, Opieka nad Pacjentem/OP/, Kontrola zakażeń/KZ/, Zabiegi i Znieczulenia/ZA/, , Farmakoterapia/FA/, Laboratorium/LA/, Diagnostyka Obrazowa, Odżywianie / OD/, Poprawa Jakości i Bezpieczeństwa Pacjentów/PJ/, Zarządzanie Ogólne /ZO/, Zarządzanie Zasobami Ludzkimi/ZZ/, Zarządzanie Informacją /ZI/, Zarządzanie Środowiskiem Opieki /ŚO/,
9. Opracowanie ryzyk z uwagi na COVID dla Szpitala
10. Podnoszenie jakości świadczonych usług poprzez badanie i szczegółową analizę satysfakcji pacjentów i wdrażanie działań naprawczych.
11. Podnoszenie jakości świadczonych usług poprzez szczegółową analizę, diagnozowanie przyczyn zgłaszanych skarg i roszczeń pacjentów, oraz wdrażanie działań naprawczych.

KSIEGOWOSC

1. Współpraca z dostawcami w zakresie spłaty zobowiązań wymagalnych – eliminacja odsetek ustawowych.
2. Wydłużone terminy płatności – poprawa płynności finansowej.
3. Wdrożenie oprogramowania w zakresie żywienia pacjentów – monitorowanie ponoszonych kosztów.
4. Zwiększenie przychodów w poradniach specjalistycznych poprzez pozyskanie darowizny na zakup systemu Call Center do obsługi pacjentów w poradniach.
5. Monitorowanie kosztów i przychodów we wszystkich Oddziałach Szpitala .
6. Wdrożenie nowego standardu rachunku kosztów.

DZIAŁ TECHNICZNY

1. Opróżnianie pomieszczeń po dawnym Oddziale II Wewnętrznym, Położniczo – Ginekologicznym oraz Izolatorium pod rozbiórkę BUDYNKU
2. Bieżące remonty w Oddziałach
3. Przygotowanie zadaszania przy Poradniach Specjalistycznych, oraz przy kontenerach dla pacjentów którzy są wymazywani
4. Przygotowanie kolejnych śluz oddzielających części czyste od brudnych

APTEKA

1. Zakupiono sterylizator
2. Zatrudniono mgr farmacji na pełen etat , ale zgodnie z nową Ustawą o zawodzie Farmaceuty Szpital / oprócz Kierownika Apteki/ powinien zatrudnić 1 magistra na każde 100 łózek szpitalnych – 20%.
3. Powołano zespół ds. antybiotykoterapii / kontrole bieżące w ramach aktualnej sytuacji epidemiologicznej/
4. Wprowadzono aktualizację receptariusza szpitalnego
5. Szkolenia magistrów farmacji teoretyczne i praktyczne

Ad. b) W ramach działań naprawczych, wynikających z kontroli wewnętrznych/zewnętrznych i/lub audytu, przeprowadzono/zrealizowano:

W punktach należy wymienić działania naprawcze jakie podjęto w roku, za który składane jest oświadczenie z zaznaczeniem stopnia ich realizacji (%) oraz wskazaniem z jakiej kontroli/audytu wynikały.

1. Audyty wewnętrzne i zalecenia z nich wynikające realizowane na potrzeby ISO są spełniane w miarę ograniczonych możliwości wynikających przez COVID-19.

Ad. c) W ramach działań zaradczych przeprowadzono/zrealizowano:

W punktach należy wymienić jakie wystąpiło ryzyko i jakie podjęto działania zaradcze w celu minimalizacji skutków jego oddziaływania w roku, za który składane jest oświadczenie z zaznaczeniem stopnia ich realizacji (%).

KWESTIONARIUSZ SAMOCENNY SPEŁNIENIA WYMAGAŃ KONTROLI ZARZĄDZEJ ZA 2021 R.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku

(nazwa jednostki organizacyjnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego)

Wykonali:

Pehomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością
Iwona Majchrowicz

(stanowisko/funkcja, imię, nazwisko)

Zatwierdził:

Zastępca Dyrektora
ds. Lecznictwa

(stanowisko/funkcja, imię, nazwisko)

Lp. Standard kontroli zarządczej wymagany do spełnienia

Odpowiedź

Punkty
[wg instrukcji]

Wyjaśnienia/Informacje

W kwestionariuszu należy wypełnić TYLKO pola zaznaczone na szaro. Dodatkowo każde pole posiada odpowiedź.

A. ŚRODOWISKO WEWNĘTRZNE

- Przestrzeganie wartości etycznych
- Kompetencje zawodowe
- Struktura organizacyjna
- Delegowanie uprawnień

1.	Czy pracownicy jednostki przestrzegali zasad etycznego postępowania?	TAK			
1a.	Proszę ocenić w jakim stopniu pracownicy jednostki przestrzegali zasad etycznego postępowania.		5		nie dot.
2.	Czy stosowane w jednostce zasady etycznego postępowania zostały przyjęte w sposób sformalizowany?	TAK			1. Zarządzenie Wewnętrzne nr 77/2018 Dyrektora WSS we Włocławku z dnia 14 czerwca 2018 r. w sprawie powołania Zespołu ds. Etyki oraz Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Wewnętrznego Nr 86 / 2013 r. Kodeks Etyki WSS we Włocławku
3.	Czy w jednostce były prowadzone działania promujące zasady etycznego postępowania?	TAK			
3a.	Proszę ocenić stopień skuteczności podjętych działań promujących zasady etycznego postępowania.		5		nie dot.
4.	Czy pracownicy jednostki przestrzegali zasad przeciwdziałania korupcji?	TAK			

4a.	Proszę ocenić w jakim stopniu pracownicy jednostki przestrzegali zasad przeciwdziałania korupcji.		5	nie dot.
5.	Czy stosowane w jednostce zasady przeciwdziałania korupcji zostały przyjęte w sposób sformalizowany?	TAK		Ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych
6.	Proszę ocenić, czy pracownicy jednostki dysponują odpowiednio przygotowanymi do realizacji powierzonych zadań, tj. posiadali odpowiednią wiedzę, umiejętności i doświadczenie? Czy pracownicy jednostki byli odpowiednio przygotowani do realizacji powierzonych zadań, tj. posiadali odpowiednią wiedzę, umiejętności i doświadczenie?	TAK		
6a.	Proszę ocenić stopień przygotowania pracowników do realizacji powierzonych zadań.		4	nie dot.
7.	Czy pracownicy jednostki uczestniczyli w szkoleniach podwyższających kompetencje i/lub uwzględniających ich potrzeby wynikające z realizacji zadań?	TAK		
7a.	Proszę ocenić stopień realizacji potrzeb szkoleniowych pracowników.		4	nie dot.
7b.	Proszę ocenić skuteczność szkoleń, w których uczestniczyli pracownicy.		5	nie dot.
8.	Czy stosowany w jednostce proces naboru pracowników, uwzględniający kryteria naboru i opis stanowiska pracy, został przyjęty w sposób sformalizowany?	TAK		Dziennik Ustaw nr 151 poz. 896 Rozp. Ministra Zdrowia z dnia 20.07.2011 r. + Regulamin wynagrodzeń WSS z dnia 20.09.2013 r.
9.	Czy proces naboru pracowników stosowany w jednostce zapewnił wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy?	TAK		
9a.	Proszę ocenić skuteczność wyboru najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy.		4	nie dot.
10.	Czy zidentyfikowane w jednostce stanowiska pracy przewidują możliwość awansu?	TAK		Dziennik Ustaw nr 151 poz. 896 Rozp. Ministra Zdrowia z dnia 20.07.2011 r. + Regulamin wynagrodzeń WSS z dnia 20.09.2013 r.

11.	Czy stosowane w jednostce zasady dotyczące awansowania pracowników zostały przyjęte w sposób sformalizowany?	TAK			Dziennik Ustaw nr 151 poz. 896 Rozp. Ministra Zdrowia z dnia 20.07.2011 r. + Regulamin wynagrodzeń WSS z dnia 20.09.2013 r.
12.	Czy regulacje dotyczące awansowania odnoszą się do wszystkich grup pracowników?	TAK			
12a.	Proszę podać dla jakich grup pracowników odnoszą się ustanowione regulacje dotyczące awansowania.				Wszystkie grupy pracowników – medyczne i niemedyczne
13.	Czy jednostka posiada aktualny regulamin organizacyjny określający zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych oraz zakres podległości pracowników jednostki?	TAK			Zarządzenie Wewnętrzne nr 166/2019 r. z dnia 18.09.2019 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego z późn. zm.
14.	Czy struktura jednostki była dostosowana do jej celów i zadań?	TAK			
15.	Czy pracownicy jednostki posiadali, określony w formie pisemnej, aktualny zakres zadań, obowiązków i odpowiedzialności?	TAK			
16.	Czy pracownicy jednostki posiadali aktualne upoważnienia do wykonywanych zadań?	TAK			
17.	Czy przyjęcie przez pracowników upoważnień było potwierdzane podpisem?	TAK			
SUMA dla pkt. A:		17	32		
B. CELE I ZARZĄDZANIE RYZYKIEM					
<ul style="list-style-type: none"> • Misja • Określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji • Identyfikacja ryzyka / Analiza ryzyka / Reakcja na ryzyko 					
1.	Czy dla jednostki wskazano cel istnienia w postaci misji?	TAK			Zarządzenie Wewnętrzne nr 174/2020 r. - Księga Jakości i procedury systemowe z dnia 19.09.2019 r.
2.	Czy dla jednostki określono cele i zadania na dany rok?	TAK			
3.	ROK ZDOSTĄNY OKREŚLONE w formie udokumentowanej? Czy cele i zadania jednostki wyznaczone na dany rok zostały określone	TAK			

4.	Czy dla celów i zadań jednostki wyznaczonych na dany zostały określono komórki organizacyjne i/lub osoby odpowiedzialne za ich osiągnięcie/realizację?	TAK			
5.	Czy dla celów i/lub zadań jednostki wyznaczonych na dany rok określono mierniki?	TAK			
6.	Czy osiągnięcie celów i realizacja zadań jednostki, wyznaczonych na dany rok monitorowano?	TAK			
7.	Czy w jednostce osiągnięcie celów i realizacja zadań wyznaczonych na dany rok monitorowano w sposób udokumentowany?	TAK			
8.	Czy osiągnięcie celów jednostki wyznaczonych na dany rok analizowano co najmniej raz w roku?	TAK			
8a.	Proszę ocenić stopień osiągnięcia wyznaczonych celów.		4		nie dot.
9.	Czy jednostka posiadała aktualny regulamin/procedurę zarządzania ryzykiem?	TAK			Zarządzenie Wewnętrzne nr 90/2013 r. z dnia 06.12.2013 r. w sprawie wprowadzenia polityki i procedury zarządzania ryzykiem oraz powołania Zespołu ds. zarządzania ryzykiem, Zarządzenie Wewnętrzne nr 89/2013 r. z dnia 06.12.2013 r. w sprawie
10.	Czy w jednostce dokonana została identyfikacja ryzyka dla celów/zadań wyznaczonych na dany rok?	TAK			
11.	Czy zidentyfikowane ryzyka jednostki poddano analizie?	TAK			
12.	Czy w jednostce proces identyfikacji i analizy ryzyka został udokumentowany?	TAK			
13.	Czy w przypadku zidentyfikowanych istotnych zagrożeń jednostka wskazuje mechanizmy kontrolne celem zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka?	TAK			
13a.	Proszę ocenić stopień skuteczności wskazanych mechanizmów kontrolnych.		4		nie dot.

14.	Czy dla pracowników jednostki przeprowadzono szkolenie/warsztaty/kurs z zakresu zarządzania ryzykiem?	TAK			
14a.	Proszę ocenić skuteczność szkoleń z zakresu zarządzania ryzykiem.		4		nie dot.
15.	Czy pracownicy jednostki byli świadomi ryzyka na swoim stanowisku pracy?	TAK			
15a.	Proszę ocenić stopień świadomości pracowników z zakresu zarządzania ryzykiem.		4		nie dot.
16.	Czy w ocenie ryzyka jednostki uczestniczyli wszyscy pracownicy?	TAK			Wszystkie grupy pracowników – medyczne i niemedyczne
SUMA dla pkt. B:			16	16	
C. MECHANIZMY KONTROLI					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej ▪ Nadzór ▪ Ciągłość działalności ▪ Ochrona zasobów ▪ Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych ▪ Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych 					
1.	Czy opracowane na potrzeby funkcjonowania jednostki: procedury, instrukcje itp., stanowiące dokumentację systemu kontroli zarządczej, były dostępne dla wszystkich pracowników?	TAK			
2.	Czy wdrożone w jednostce procedury, instrukcje itp. zostały zakomunikowane pracownikom w sposób umożliwiający im zapoznanie się z ich treścią?	TAK			
3.	Czy kadra zarządzająca i/lub kadra kierownicza średniego szczebla prowadziła nadzór realizacji zadań przez podległych pracowników?	TAK			
3a.	Proszę ocenić skuteczność nadzoru realizacji zadań przez podległych pracowników.		4		nie dot.

4.	Czy w jednostce stosowano mechanizmy (np. system zastępstw) służące zapewnieniu ciągłości realizacji zadań?	TAK			
4a.	Proszę ocenić skuteczność systemu zastępstw.		4		nie dot.
5.	Czy stosowany w jednostce system zastępstw został określony w sposób formalny mający odzwierciedlenie w opisach stanowisk, zakresach czynności i/lub innych dokumentach?	TAK			
6.	Czy w jednostce wdrożono plany/procedury awaryjne na wypadek sytuacji nadzwyczajnych (pożar, atak terrorystyczny, epidemia/pandemia itp.)?	TAK			Procedura COVID P-O-86 wydanie z 2020 r. aktualizowana na bieżąco w trakcie pandemii, Procedura postępowania w przypadku wystąpienia ogniska epidemicznego P-O-60 wydanie 2 z dn. 17.08.2018, Zarządzenie Wew. nr 53/2019 z dn. 25.03.2019 r. w
7.	Czy zasoby jednostki były chronione przed dostępem osób nieuprawnionych?	TAK			
8.	Czy politykę ochrony danych osobowych przyjętą w jednostce poddano przeglądowi i/lub aktualizacji?	TAK			Zarządzenie Wew. 48/2019 z dn. 18.03.2019 r. w sprawie wyznaczenia Inspektora Ochrony Danych Osobowych, wyznaczenia Administratora Systemów Informatycznych, wprowadzenia Instrukcji zarządzania systemem Informatycznym
9.	Czy pracownicy jednostki zostali przygotowani do realizacji obowiązków zgodnie z wymaganiami rozporządzenia 2016/679 (tj. uczestniczyli w szkoleniach, posiadali aktualne upoważnienia, podpisali oświadczenia o poufności)?	TAK			
10.	Czy pracownicy jednostki pełniący funkcje ADO, IOD oraz pracownicy uczestniczący w przetwarzaniu danych osobowych uczestniczyli w szkoleniach z zakresu przepisów o ochronie danych osobowych?	TAK			
11.	Czy dla wszystkich zbiorów danych/processów przetwarzania danych w jednostce zidentyfikowano podstawę prawną (warunki przetwarzania)?	TAK			
12.	Czy identyfikacja warunków przetwarzania została udokumentowana w rejestrze czynności przetwarzania danych osobowych?	TAK			
13.	Czy w jednostce funkcjonowała aktualna procedura udzielania informacji osobom, których dotyczą dane osobowe?	TAK			Polityka Ochrony Danych Osobowych z dn. 25.05.2018 r.
14.	Czy w jednostce była stosowana procedura lub powtarzalna praktyka analizy ryzyka w ochronie danych osobowych?	TAK			

15.	Czy dokumentacja jednostki była w odpowiedni sposób zabezpieczona?	TAK			
16.	Czy operacje finansowe jednostki były rzetelnie i w pełni dokumentowane?	TAK			
17.	Czy operacje finansowe jednostki były zatwierdzone (autoryzowane) przez kierownika jednostki lub osobę upoważnioną?	TAK			
18.	Czy w jednostce funkcjonował podział kluczowych obowiązków dot. operacji finansowych pomiędzy różne osoby?	TAK			
19.	Czy w jednostce była prowadzona weryfikacja operacji finansowych przed i po ich realizacji?	TAK			
20.	Czy przez służbę BHP jednostki została sporządzona i przedstawiona kierownikowi jednostki okresowa analiza stanu bezpieczeństwa i higieny pracy wraz z ewentualnymi propozycjami przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy?	TAK			Analiza coroczna stanu bezpieczeństwa i higieny pracy za rok 2021 wykonana
21.	Czy przez służbę p.poż jednostki została sporządzona i przedstawiona kierownikowi jednostki okresowa analiza stanu bezpieczeństwa przeciwpożarowego?				Sporządzono okresową analizę stanu bezpieczeństwa przeciwpożarowego w roku 2021
22.	Czy w jednostce został przeprowadzony okresowy przegląd instalacji i urządzeń p.poż?				Przeprowadzono w roku 2021 r. okresowy przegląd instalacji i urządzeń p. poż
SUMA dla pkt. C:			4		8
D. INFORMACJA I KOMUNIKACJA					
<ul style="list-style-type: none"> • Bieżąca informacja • Komunikacja wewnętrzna • Komunikacja zewnętrzna 					
1.	Czy istniejący w jednostce system przekazywania informacji zapewnił pracownikom dostęp do niezbędnej informacji umożliwiającej wykonywanie swoich obowiązków?	TAK			
1a.	Proszę ocenić skuteczność systemu przekazywania informacji.			4	nie dot.

2.	Czy istniejący w jednostce system przekazywania informacji zapewnił pracownikom otrzymywanie informacji w odpowiednim czasie?	TAK			
3.	Czy w jednostce stosowano mechanizmy i/lub narzędzia zapewniające skuteczną wymianę informacji wewnętrznej i zewnętrznej?	TAK			
4.	Czy pracownicy jednostki mieli możliwość swobodnego zgłaszania sugestii w zakresie usprawnienia kontroli zarządczej? Czy pracownicy jednostki mieli możliwość swobodnego zgłaszania sugestii	TAK			
5.	Czy w jednostce były organizowane okresowe spotkania kadry zarządzającej z pracownikami w celu omówienia istotnych tematów? Czy w jednostce były organizowane okresowe spotkania kadry zarządzającej	TAK			
6.	Czy Biuletyn Informacji Publicznej (BIP) jednostki był systematycznie aktualizowany?	TAK			
7.	Czy dane jednostki na stronie bjp.gov.pl były aktualne lub zostały zaktualizowane?	TAK			
8.	Czy strona WWW jednostki oraz BIP spełniały wymogi dla osób niedowidzących?	TAK			
SUMA dla pkt. D:		8			
E. MONITOROWANIE I OCENA				4	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorowanie systemu kontroli zarządczej ▪ Samoocena ▪ Audyt wewnętrzny ▪ Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej 					
1.	Czy w jednostce przeprowadzono wewnętrzną analizę funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w formie udokumentowanej samooceny?	TAK			
2.	Czy w samoocenie kontroli zarządczej brały udział wszystkie grupy pracowników?	TAK			Wszystkie grupy pracowników – medyczne i niemedyczne
3.	Czy w jednostce prowadzono monitoring elementów systemu kontroli zarządczej w celu rozwiązywania zidentyfikowanych problemów?	TAK			
4.	Czy wyniki audytu wewnętrznego jednostki były analizowane i wykorzystywane przez kadrę zarządzającą w procesie usprawniania systemu kontroli zarządczej?	TAK			

5.	Czy wyniki audytu wewnętrznego przeprowadzonego przez audytora wewnętrznego Urzędu Marszałkowskiego były analizowane i wykorzystywane przez kadrę zarządzającą w procesie usprawniania systemu kontroli zarządczej?	TAK			
6.	Czy wyniki audytu Systemu Zarządzania Jakością (ISO) były analizowane i wykorzystywane przez kadrę zarządzającą w procesie usprawniania systemu kontroli zarządczej?	TAK			
7.	Czy wyniki kontroli wewnętrznych i/lub zewnętrznych były analizowane i wykorzystywane przez kadrę zarządzającą w procesie usprawniania systemu kontroli zarządczej?	TAK			
8.	Czy zalecenia audytu wewnętrznego (własnego i/lub Urzędu Marszałkowskiego), kontroli wewnętrznych i/lub zewnętrznych i/lub audytu SZJ (ISO) zostały wdrożone?	TAK			nie dot.
9.	Proszę ocenić stopień wdrożenia zaleceń.			4	
SUMA dla pkt. E:			8	4	