

Egz. nr


Sprawozdanie

z kontroli finansowej problemowej przeprowadzonej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach (zwanym dalej: jednostką, szpitalem, zakładem) w okresie od 2 lutego do 4 lutego 2015 roku przez Rafała Lisa – Kierownika Oddziału Planowania, Sprawozdawczości, Obsługi Biura i Koordynacji Kontroli Zarządczej w Biurze Kontroli Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach działającego na podstawie upoważnienia do przeprowadzenia kontroli Nr BKO.1711.VI.1.2015 z dnia 30.01.2015 roku wydanego przez Dyrektora Biura Kontroli.

Zakresem kontroli objęto wprowadzenie i stosowanie w jednostce procedur dających zapewnienie kierownika jednostki funkcjonowania, adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, a w szczególności:

- przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
- zarządzania ryzykiem,
- samooceny kontroli zarządczej.

W trakcie kontroli wyjaśnień i informacji udzielali:

- Pan Andrzej Domański – p.o. Dyrektora Szpitala,
- Pani Kamila Kocańda – Radca Prawny, Inspektor Kontroli Zarządczej

oraz inni pracownicy jednostki w miarę zachodzących potrzeb.

I. Ustalenia ogólne.

Zakład działa na podstawie:

- 1) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 nr 112, poz. 654 z późn. zm.)

- 2) Ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.u. z 2009 r. Nr 152, poz. 1223, z późn. zm.)
- 3) Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)
- 4) Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2009 r. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.)
- 5) Zarządzenia Nr 93/98 Wojewody Kieleckiego z dnia 12 sierpnia 1998 roku w sprawie przekształcenia Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
- 6) Uchwały Nr XXXI/533/09 z dnia 26 października 2009 r. Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego w sprawie połączenia Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach i Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Opieki Neuropsychiatrycznej w Kielcach
- 7) Statutu Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach
- 8) Innych obowiązujących w zakresie prowadzonej działalności, przepisów prawa.

Statut jednostki wszedł w życie w dniu 26 czerwca 2014r., tj. w dniu zatwierdzenia zmian w statucie przez Sejmik Województwa Świętokrzyskiego uchwałą XLIV/733/14 w sprawie zmian w Statucie Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach nadanego uchwałą Nr XXI/365/12 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego, zmienionego uchwałami: Nr XXV/444/12 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego i Nr XXXI/553/13 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego oraz Nr XXXV/631/13 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego.

Zgodnie z nim Wojewódzki Szpital Zespołowy w Kielcach, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.), posiadającym osobowość prawną.

Podmiotem tworzącym Zakład jest Województwo Świętokrzyskie.

Siedzibą zakładu jest miasto Kielce.

Zgodnie z § 4 statutu podstawowym celem zakładu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia fizycznego i psychicznego oraz podejmowanie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania i realizowanie zadań z zakresu promocji zdrowia oraz prowadzenie działalności humanitarnej na rzecz

pacjentów, a także uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i badań powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia.

Zakład prowadzi działalność szkoleniową w zakresie szkolenia podyplomowego lekarzy oraz specjalizacji lekarskich, w dziedzinie i z zakresu promocji zdrowia, jak również innych szkoleń zgodnych z profilami leczenia jednostki.

Zakład organizuje i prowadzi kształcenie oraz doskonalenie zawodowe pracowników medycznych.

Zakład prowadzi nadzór specjalistyczny.

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach wykonuje działalność leczniczą za pomocą przedsiębiorstw podmiotu leczniczego w następujących rodzajach działalności leczniczej:

- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Zakład może prowadzić działalność w zakresie odpłatnych szkoleń w dziedzinach, które są przedmiotem jego działalności statutowej, jak również uczestniczyć w prowadzeniu badań klinicznych na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Zgodnie z § 6 statutu w zakładzie może być wykonywana działalność inną leczniczą, pod warunkiem, że nie jest uciążliwa dla pacjenta lub przebiegu leczenia.

Zakład wpisany jest do Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Kielcach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000001580. Siedzibą jednostki jest miasto Kielce, adres: 25-736 Kielce, ul. Grunwaldzka 45. Zgodnie z wpisem do Krajowego Rejestru Sądowego, podmiotem, który utworzył zakład jest Sejmik Województwa Świętokrzyskiego. Podmiotem sprawującym nadzór również jest Sejmik Województwa Świętokrzyskiego.

Zarządzeniem nr 93/98 Wojewody Kieleckiego z dnia 12 sierpnia 1998 roku w sprawie przekształcenia Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, zakład wpisany pod numerem 57/75 do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, na mocy decyzji nr 34/93 Wojewody Kieleckiego z dnia 2 sierpnia 1993 roku przekształcono Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pod nazwą „Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach”. Nieruchomości i majątek Skarbu Państwa będące dotychczas w zarządzie ww. szpitala miały, zgodnie z zarządzeniem zostać przekazane szpitalowi w nieodpłatne użytkowanie, w drodze decyzji przez właściwy organ.

Zakład wpisany został do Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej Wojewody Kieleckiego pod numerem 26-00034.

Data wpisu to 07.10.1993r. Podmiotem, który utworzył zakład jest wg zapisów Księgi Rejestrowej Samorząd Województwa Świętokrzyskiego. Nazwa zakładu jest tożsama z nazwą wymienioną w KRS.

W dniu 8 września 2014 roku wszedł w życie, obowiązujący w czasie kontroli, Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach. Tekst jednolity Regulaminu został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala Uchwałą Nr 23/2014 z dnia 8.09.2014r. Zgodnie z ww. Regulaminem Organizacyjnym obowiązującym w czasie kontroli, Wojewódzki Szpital Zespołony w Kielcach, jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, funkcjonującym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. nr 112 poz. 654, z późn. zm.).

Zgodnie z regulaminem organami Zakładu są:

- Dyrektor
- Rada Społeczna.

Uchwałą Nr 119/15 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 8 stycznia 2015 r. w sprawie powierzenia obowiązków Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach Panu Andrzejowi Domańskiemu, w związku z odwołaniem Pana Jana Gierady z funkcji Dyrektora WSZZ w Kielcach, od dnia 13 stycznia 2015 r. do czasu wyłonienia dyrektora WSZZ w Kielcach w drodze konkursu, obowiązki dyrektora powierzono Panu Andrzejowi Domańskiemu.

Regulamin Organizacyjny obowiązujący w czasie kontroli, określa organizację wewnętrzną, zadania i zakres działalności poszczególnych jednostek / komórek organizacyjnych w WSZZ, w tym warunki współdziałania między tymi jednostkami / komórkami dla zapewnienia sprawności funkcjonowania WSZZ pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym.




II. Ustalenia szczegółowe.

W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach całość działalności statutowej obejmuje ustanowiony, udokumentowany, wdrożony i utrzymywany System Zarządzania Jakością (SZJ) zgodny z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001. Skuteczność systemu jest ciągle doskonała. W jednostce zidentyfikowano i określono procesy wymagane w SZJ i ich zakres zastosowania. Przebiegi procesów, ich wejścia, wyjścia, kolejność i wzajemne oddziaływania między nimi w organizacji są udokumentowane w *Procedurach i Planach przebiegu procesów*. Określono kryteria i metody wymagane do zapewnienia skutecznego przebiegu i skutecznego sterowania procesami. Zapewniono dostępność zasobów i informacji niezbędnych do wspomagania ich przebiegu i monitorowania. Wykonuje się pomiary ustalonych parametrów procesów i ich wyników, przeprowadza się analizy procesów w celu uzyskania danych do doskonalenia świadczonych usług, procesów i systemu zarządzania jakością. Wdrażane są niezbędne działania w celu osiągnięcia zaplanowanych wyników i ciągłego doskonalenia procesów. W przypadku zlecenia realizacji procesów na zewnątrz szpitala zapewnia się właściwy nadzór poprzez ustalanie i stawianie odpowiednich wymagań dostawcom wyrobów i usług oraz monitorowanie i kontrolę ich realizacji.

Obowiązki Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością z dniem 14.08.2003 roku zostały powierzone panu Andrzejowi Domańskiemu.


Zarządzeniem wewnętrznym Nr 8/2014 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach z dnia 19.05.2014r. określono organizację, zasady funkcjonowania i dokumentowania kontroli zarządczej w jednostce.

W toku czynności kontrolnych poproszono dyrektora jednostki o złożenie pisemnej informacji dotyczącej wybranych elementów funkcjonującego w szpitalu systemu kontroli zarządczej. W tym celu wykorzystano zamieszczony poniżej kwestionariusz samooceny zawierający pytania dotyczące badanego zakresu.


| Przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania | | | |
|--|-----|---|---|
| | | | Uwagi |
| Czy w jednostce obowiązuje zbiór zasad etycznych (np. kodeks etyki) lub pracownicy zobowiązani są do przestrzegania zasad etyki zawodowej sformułowanych np. w kodeksach | TAK | W WSZZ w Kielcach pracowników medycznych obowiązują branżowe kodeksy etyki, związane z przynależnością do |  |

| | | | |
|---|------------|--|---|
| opracowanych przez właściwe samorządy zawodowe? | | określonych zawodów, w tym: Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., (tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy), Kodeks etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego. Na mocy zarządzenia Dyrektora nr 18/2013 z dnia 02.09.2013 r. został wprowadzony Kodeks Etyki Pracowników WSZZ w Kielcach. | |
| Czy znajomość kodeksów etyki obowiązujących w jednostce jest okresowo potwierdzana przez pracowników? | <u>NIE</u> | <i>(jeśli tak, należy wymienić w jakich dokumentach)</i> | Znajomość obowiązujących zasad etyki badana jest incydentalnie, w sytuacji wątpliwości w zakresie postępowania konkretnego pracownika przy wykonywaniu jego obowiązków zawodowych z zachowaniem zasad etyki. Odbywa się to w sytuacji analiz skarg pacjentów Szpitala, które odnoszą się niekiedy do uwag w zakresie sposobu postępowania, a nie tylko jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. |
| Czy pracownicy uczestniczyli w szkoleniach o tematyce związanej z zasadami etycznego postępowania? | <u>NIE</u> | <i>(jeśli tak, należy podać jakie szkolenie i datę przeprowadzenia)</i> | Przynależność do określonych zawodów implikuje konieczność stosowania się do obowiązujących przy ich wykonywaniu zasad etyki, zaś ich znajomość jest weryfikowana na etapie kształcenia i uzyskiwania uprawnień zawodowych. Nad przestrzeganiem zasad etycznego zachowania przez |



| | | | |
|--|------------|---|--|
| | | | przedstawicieli zawodów medycznych czuwają także właściwe samorządy zawodowe, które w razie potrzeby podejmują w tym zakresie interwencję, uruchamiając procedurę odpowiedzialności zawodowej. Brak szkoleń dotyczących zasad etycznego postępowania wynika ze znikomej liczby sygnałów odnośnie rzekomego naruszania reguł i zasad w tym zakresie, natomiast w sytuacji gdyby problematyka ta stała się przedmiotem częstszych skarg lub uwag, Dyrekcja rozważy przeprowadzenie tego rodzaju szkoleń. |
| Czy kwestie uczciwego i etycznego postępowania poruszane są na naradach najwyższego kierownictwa z kierownikami komórek oraz na spotkaniach kierownictwa z pracownikami? | <u>TAK</u> | | |
| Czy pracownicy rozumieją, jakie zachowanie jest właściwe, a jakie niewłaściwe, jakie konsekwencje może spowodować niewłaściwe zachowanie, a także jakie działania powinni podjąć, jeżeli są świadomi wystąpienia przypadków mobbingu, konfliktu interesów, korupcji itp. ? | <u>TAK</u> | Kodeks Etyki Pracowników WSZZ w Kielcach | |
| Czy znaczenie uczciwości i wartości etycznych ma swoje odzwierciedlenie w kryteriach ocen okresowych pracowników? | <u>TAK</u> | | Okresowe oceny personelu uwzględniają sposób postępowania przy realizacji obowiązków zawodowych. |
| Zarządzanie ryzykiem | | | |
| Czy najwyższe kierownictwo ustaliło ogólne cele jednostki co najmniej na bieżący rok? | <u>TAK</u> | Plan działalności na rok 2014 r. oraz długofalowa strategia rozwoju na lata 2015 -2020, przyjęta na mocy uchwały Rady Społecznej z dnia 30.01.2015 r. |  |

| | | | |
|--|------------|---|--|
| Czy cele ogólne są jasne i zgodne z zadaniami jednostki określonymi przez przepisy prawa, statut lub inne obowiązujące jednostkę regulacje? | <u>TAK</u> | | |
| Czy liczba celów ogólnych jest niewielka, aby kierownictwo mogło skutecznie monitorować ich realizację? | <u>TAK</u> | | |
| Czy został określony termin, w którym poszczególne cele ogólne mają być osiągnięte? | <u>TAK</u> | | |
| Czy ustalone cele ogólne są możliwe do osiągnięcia przez daną jednostkę? | <u>TAK</u> | | |
| Czy wszyscy pracownicy znają i rozumieją cele ogólne jednostki? | <u>TAK</u> | Cele strategiczne, omawiane na Radzie Społecznej, przekazywane są pracownikom przez przedstawicieli związków zawodowych, regularnie i każdorazowo uczestniczących w posiedzeniach Rady Społecznej także z tych względów. Dyrekcja na bieżąco informuje o celach dotyczących poszczególnych zakresów działalności leczniczej podległe kierownictwo danej komórki organizacyjnej oraz angażuje je w ich realizację. | |
| Czy ustalono mierzalne kryteria lub wskaźniki realizacji celów ogólnych i czy kierownik jednostki ocenia okresowo stopień realizacji tych celów? | <u>TAK</u> | Plan działalności na rok 2014 r. oraz długofalowa strategia rozwoju na lata 2015 -2020, przyjęta na mocy uchwały Rady Społecznej z dnia 30.01.2015 r. | |
| Czy ustalone zostały cele szczegółowe dla poszczególnych komórek organizacyjnych, których realizacja służy osiągnięciu celów ogólnych? | <u>TAK</u> | Plan działalności na rok 2014 r. oraz długofalowa strategia rozwoju na lata 2015 -2020, przyjęta na mocy uchwały Rady Społecznej z dnia 30.01.2015 r. | |
| Czy zostały wyznaczone – na właściwym szczeblu zarządzania – osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych celów szczegółowych? | <u>TAK</u> | Odpowiedzialność za realizację poszczególnych celów wynika z zakresu obowiązków kierownictwa | |

| | | | |
|--|------------|---|---|
| | | komórki organizacyjnej / zakresu działalności, którego dany cel dotyczy. Każdy z celów określony jest w sposób na tyle czytelny, że jego realizacja odbywa się przy współudziale wszystkich podmiotów oraz działów, odpowiedzialnych za poszczególne etapy jego realizacji. Ścisła współpraca personelu Szpitala całkowicie eliminuje negatywne lub pozytywne spory kompetencyjne w tym zakresie. | |
| Czy ustalono mierzalne kryteria lub wskaźniki realizacji celów szczegółowych? | <u>TAK</u> | | |
| Czy dokonuje się okresowego przeglądu celów szczegółowych w celu weryfikacji ich aktualności? | <u>TAK</u> | | |
| Czy kierownicy każdego szczebla są włączeni w ustalanie celów szczegółowych i zaangażowani w ich osiągnięcie? | <u>TAK</u> | | |
| Czy cele zostały ustalone realistycznie, adekwatnie do posiadanych przez jednostkę zasobów? | <u>TAK</u> | | |
| Czy w razie wystąpienia niespodziewanych rezultatów lub tendencji prowadzi się ich analizę w celu identyfikacji czynników, które mogą zagrozić osiągnięciu celów, oraz podejmuje się działania zaradcze? | <u>TAK</u> | | |
| Czy dla celów ogólnych i szczegółowych ujętych w planach działalności jednostki identyfikuje się ryzyka, których wystąpienie może spowodować problemy w ich osiągnięciu? | <u>TAK</u> | Rejestr ryzyk na rok 2014. | |
| Czy metoda identyfikacji ryzyka jest spójna w całej jednostce? | <u>TAK</u> | | |
| Czy identyfikacja ryzyka prowadzona jest w sposób planowy i systematyczny, nie rzadziej niż raz w roku? | <u>TAK</u> | Zarządzenie wewnętrzne nr 8 wewnętrzne z dnia 19 maja 2014 r. | |
| Czy proces identyfikacji ryzyka jest dokumentowany? | <u>TAK</u> | |  |

| | | | |
|---|------------|---|--|
| Czy w razie istotnej zmiany celów jednostki lub warunków, w których funkcjonuje, identyfikacja ryzyka jest ponawiana? | <u>TAK</u> | | |
| Czy kierownik jednostki wyznaczył komórkę organizacyjną, której zadaniem jest identyfikacja ryzyka w całej jednostce? | <u>TAK</u> | Inspektor kontroli zarządczej, pełnomocnik ds. jakości. | |
| Czy kierownik jednostki powołał zespół, którego celem będzie identyfikacja ryzyka? | <u>NIE</u> | (jeśli tak, należy podać zarządzenie powołujące) | Identyfikacja ryzyka odbywa się poprzez opracowanie rejestru ryzyk przez inspektora kontroli zarządczej, zaś rejestr ten jest corocznie omawiany i zatwierdzany przez „zarząd” Szpitala, tj. Dyrektora, zastępcę ds. leczenia, zastępcę ds. ekonomiczno – eksploatacyjnych / pełnomocnika d/s zarządzania jakością, naczelną pielęgniarkę, kierownika działu kontraktowani świadczeń opieki zdrowotnej. De facto zatem funkcjonuje stały zespół, obejmujący najwyższe kierownictwo Szpitala, mimo braku formalnego powołania w tym zakresie. |
| Czy kierownik jednostki wykorzystał metodę oddolnej identyfikacji ryzyka, w której identyfikacji ryzyka dokonują pracownicy na każdym szczeblu, a wyniki przekazywane są stopniowo w górę struktury organizacyjnej? | <u>TAK</u> | W planie działalności na rok 2014 wśród celów znalazła się identyfikacja ryzyk w poszczególnych komórkach organizacyjnych medycznych, zostały przeprowadzone ankiety oraz sporządzono w tym zakresie zestawienie z podziałem na ryzyka strategiczne oraz pozostałe. | |
| Czy kierownik jednostki organizuje narady kierownictwa poświęcone identyfikacji ryzyka? | <u>TAK</u> | | |

| | | | |
|---|------------|---|--|
| Czy każde zidentyfikowane ryzyko poddawane jest analizie, mającej na celu określenie możliwych skutków (znaczenia, wpływu) danego ryzyka i prawdopodobieństwa jego wystąpienia? | <u>TAK</u> | Zarządzenie wewnętrzne nr 8 wewnętrzne z dnia 19 maja 2014r. | |
| Czy wyniki analizy ryzyka są dokumentowane? | <u>TAK</u> | | |
| Czy w analizę ryzyka zaangażowani są kierownicy odpowiedniego szczebla oraz właściwi pracownicy? | <u>TAK</u> | | |
| Czy kierownik jednostki wyznaczył poziom ryzyka akceptowalnego dla jednostki, czyli stopień ryzyka, jaki jednostka gotowa jest podjąć („apetyt na ryzyko”)? | <u>NIE</u> | <i>(jeśli tak, należy podać z jakich uregulowań wewnętrznych to wynika)</i> | Większość ryzyk strategicznych związanych jest ze sposobem kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, który jest skonstruowany w sposób generujący realizację świadczeń ponad limitowych, a sama umowa z płatnikiem świadczeń gwarantowanych ma charakter umowy adhezyjnej. Szpital nie ma zatem możliwości kontraktowania świadczeń na innych zasadach niż określone przez płatnika tych świadczeń i pomimo braku akceptacji ryzyka w tym zakresie, nie jest w stanie temu przeciwdziałać. |
| Czy zostały zaplanowane i wdrożone odpowiednie działania w stosunku do każdego zidentyfikowanego ryzyka, które nie może być przez jednostkę zaakceptowane? | <u>TAK</u> | | |
| Czy dla każdego ryzyka został ustalony „właściciel”, czyli osoba odpowiedzialna za zarządzanie tym ryzykiem? | <u>TAK</u> | | |

| Samoocena kontroli zarządczej | | | |
|---|------------|--|--|
| Czy przynajmniej raz w roku przeprowadzana jest samoocena systemu kontroli zarządczej przez osoby zarządzające i pracowników jednostki? | <u>TAK</u> | Regularna samoocena realizowana jest przez ściśle kierownictwo, natomiast w odniesieniu do pozostałych pracowników, wynika ona z zakresu ich obowiązków. | |
| Czy proces samooceny systemu kontroli zarządczej jest dokumentowany? | <u>TAK</u> | | |

Dokumentacja kontrolna od str. 1 do str. 9.

1. Przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania.

Zgodnie z informacją złożoną przez dyrektora w WSZZ w Kielcach pracowników medycznych obowiązują branżowe kodeksy etyki, związane z przynależnością do określonych zawodów, w tym: Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., (tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy), Kodeks etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego. Na mocy zarządzenia Dyrektora nr 18/2013 z dnia 02.09.2013 r. został wprowadzony Kodeks Etyki Pracowników WSZZ w Kielcach. Pracownicy zobowiązani do jego przestrzegania potwierdzają to własnoręcznym podpisem na formularzu stosownego oświadczenia.

Dokumentacja kontrolna od str. 10 do str. 12.

2. Zarządzania ryzykiem.

W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym obowiązuje zarządzenie wewnętrzne Nr 8/2014 Dyrektora WSZZ z dnia 19.05.2014r w sprawie organizacji, zasad funkcjonowania i dokumentowania kontroli zarządczej w jednostce.

Zgodnie z § 11 tego zarządzenia w ramach wykonywania kontroli zarządczej dyrektor jednostki do końca marca każdego roku kalendarzowego zatwierdza m.in. roczny plan działalności oraz rejestr ryzyk.

Jak wynika z przedstawionego kontrolującemu dokumentu z dn. 20.03.2014r. w jednostce odbyło się spotkanie robocze w sprawie ustalenia rejestru ryzyk działalności WSZZ na rok 2014. Działając na podstawie ówczesnie obowiązującego zarządzenia Nr 11/2012 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach z dnia 17.02.2012r. w sprawie organizacji, zasad funkcjonowania i dokumentowania kontroli zarządczej w WSZZ w Kielcach sporządzono rejestr ryzyk dotyczących działalności WSZZ w Kielcach na rok 2014. W rejestrze zamieszczono wykaz zidentyfikowanych ryzyk wraz z wyszczególnieniem czynników i sposobu eliminacji tych ryzyk. Rejestr został zatwierdzony przez dyrektora szpitala.

3. Samoocena kontroli zarządczej.

Dla zapewnienia stałej przydatności, adekwatności i skuteczności systemu zarządzania jakością w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Kielcach corocznie przeprowadza się przegląd zarządzania. Szczegóły dotyczące organizacji i przebiegu przeglądu zarządzania opisane zostały w planie przebiegu procesu PP-5.6-01. Przedmiotem przeglądu jest ocena aktualności i realizacji polityki jakości oraz celów dotyczących jakości, aktualności zidentyfikowanych procesów, ustalenie obszarów i możliwości doskonalenia, ocena potrzeby zmian w systemie i wypracowanie nowych celów i planów działania. Przeglądem objęte są wszystkie procesy SZJ. Uczestniczą w nim wszyscy pracownicy najwyższego szczebla kierowniczego. Przegląd jest dokonywany przy wykorzystaniu następujących danych wejściowych:

- wyniki audytów,
- informacje uzyskane od pacjentów,
- informacje o funkcjonowaniu procesów i zgodności usług z wymaganiami,
- informacje o statusie działań korygujących i zapobiegawczych,
- informacje o działaniach podjętych w następstwie wcześniejszych przeglądów zarządzania,
- informacje o zmianach mających wpływ na system zarządzania jakością,

- informacje o zaleceniach dotyczących doskonalenia i realizacji planu doskonalenia.

Efektem przeglądu zarządzania jest analiza i prezentacja w protokole z przeglądu wniosków dotyczących:

- zadań zaplanowanych dla doskonalenia skuteczności Systemu Zarządzania Jakością i jego procesów,
- doskonalenia usług w powiązaniu z wymaganiami pacjentów i obowiązujących przepisów oraz standardów,
- niezbędnych zasobów zapewniających wdrożenie zaplanowanych działań.

Dla zapewnienia, że System Zarządzania Jakością jest zgodny z zaplanowanymi ustaleniami, z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001 oraz skutecznie wdrożony, nadzorowany i utrzymywany, w szpitalu prowadzone są audyty wewnętrzne. Audyty są planowane, przeprowadzane i nadzorowane zgodnie z procedurą P-8.2.2-01 „Audit wewnętrzny”. Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością opracowuje roczny program auditów wewnętrznych. Częstość prowadzenia, przedmiot i zakres auditów ustala na podstawie statusu i ważności procesów i audytowanych obszarów oraz wyników z poprzednich auditów. W razie potrzeby przeprowadzane są audyty pozaplanowe. Pełnomocnik ustala przewidywany termin auditu, określa kryteria i zakres auditu, wyznacza zespół auditujący, w tym audytora wiodącego.

Wyniki takich auditów są dokumentowane w raporcie z auditu. Raport przedstawiany jest kierownikom komórek organizacyjnych odpowiedzialnym za auditowany obszar. Są oni odpowiedzialni za podjęcie działań w zakresie wyeliminowania stwierdzonych podczas auditów niezgodności oraz za działania korygujące i zapobiegawcze. Po wdrożeniu tych działań Pełnomocnik dokonuje weryfikacji skuteczności podjętych działań korygujących i zapobiegawczych.

Na tym sprawozdanie zakończono i po uprzednim odczytaniu podpisano bez zastrzeżeń. Sprawozdanie niniejsze zawiera 15 stron i 12 stron załączników stanowiących jego integralną część. Poinformowano Pana Dyrektora o przysługujących mu uprawnieniach do złożenia udokumentowanych wyjaśnień lub zastrzeżeń co do ustaleń zawartych w sprawozdaniu w terminie 7 dni od daty jego podpisania. Sprawozdanie sporządzono

w dwóch egzemplarzach, z których jeden pozostawiono Dyrektorowi jednostki. Fakt przeprowadzenia kontroli odnotowano w książce kontroli pod pozycją⁵

Kontrolujący:

.....
KIEROWNIK
Oddziału Planowania,
Sprawozdawczości, Obsługi Biura
i Koordynacji Kontroli Zarządczej
Rafał Lis

.....
p.o. DYREKTORA
Kontrolowanego
Województwa Świętokrzyskiego
w Kielcach
Andrzej Domański

.....
R. Hociwida

Kielce, 26 marzec 2015r.

