Tomaszów Mazowiecki, dnia 31 stycznia 2025 roku

# **S.010.17.2025**

## **Sprawozdanie Nr 1/2025**

dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim sporządzone na dzień 31 grudnia 2024 roku

Na podstawie § 1 pkt. 2 Zarządzenia Nr 1/2023 Dyrektora Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim z dnia 31 stycznia 2023 roku w przedmiocie zmiany Zarządzenia Nr 8/2021 Dyrektora Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim z dnia 10 maja 2021 roku w sprawie zasad funkcjonowania systemu kontroli zarządczej oraz zarządzania ryzykiem w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim Zespół ds. kontroli zarządczej i analizy ryzyka w składzie:

Przewodniczący Zespołu:

- Pani Agnieszka Giza,

Członkowie:

- Pani Daria Pawłowska,

- Pani Agata Nowakowska,

- Pan Jarosław Musiał,

przedkładają informacje o sposobie funkcjonowania kontroli zarządczej w 2024 roku w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim.

### **Załącznik nr 1**

do Polityki zarządzania ryzykiem w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim

Kwestionariusz zarządzania ryzykiem - cel 1  
Stan na dzień 31 grudnia 2024 roku

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel i zadania komórki organizacyjnej** | **Identyfikacja ryzyka** | **Analiza ryzyka** | | **Reakcja na ryzyko** | **Nadzór**  **i monitorowanie ryzyka** |
| **Wpływ** | **Prawdopodobieństwo** |
| **Cel 1:**  **Udzielanie kompleksowych świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej.** | 1. Zgodność świadczonych usług z przepisami prawa. | 3 | 2 | Usprawnienie procedur obiegu dokumentów. | Monitorowanie działalności leczniczej w kontekście obowiązujących przepisów |
| 2. Poprawa dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. | 3 | 2 | Usystematyzowanie procesu zapisów w kolejkę oczekujących na świadczenia zdrowotne | Monitorowanie kolejek oczekujących; dostosowanie grafików pracy do potrzeb; wydłużenie godzin pracy Ośrodka; indywidualna ocena zdrowia pacjenta |
| 3. Naruszenie przepisów o ochronie danych osobowych wynikających  z RODO. | 3 | 2 | Usprawnienie procedur związanych z ochroną i przetwarzaniem danych osobowych. Zakup specjalistycznego oprogramowania do rejestracji pacjentów. Szkolenia z zakresu RODO. | Przechowywanie akt wrażliwych z danymi osobowymi w zabezpieczonych szafach w pomieszczeniach zamykanych na klucz. Zabezpieczenie haseł kont pracowników na komputerach z dostępem do systemu informatycznego tylko dla upoważnionych osób. Stosowanie oprogramowania zabezpieczającego typu firewall, system antywirusowy. |
| 4. Uszkodzenie ciała pacjenta przez nieumiejętne wykonanie zabiegu-błąd pracownika. | 3 | 2 | Cykliczne szkolenia pracowników. Dostęp do literatury fachowej Zatrudnianie osób o odpowiednich kwalifikacjach | Odpowiednie zapisy w umowach zabezpieczające interesy placówki. Egzekwowanie od pracowników, pacjentów oraz opiekunów przestrzegania obowiązującego regulaminu udzielania świadczeń medycznych z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz pozostałych regulaminów obowiązujących w placówce wraz z przepisami prawa. |
| 5. Absencja chorobowa pracowników. | 4 | 4 | Podnoszenie kwalifikacji pracowników w celu zastępowalności dla utrzymania ciągłości świadczonych usług | Monitorowanie przestrzegania reżimu sanitarnego |
|  | 6. Uszkodzenie ciała pacjenta przez wadliwie działający sprzęt. | 3 | 1 | Dbałość o regularne przeglądy sprzętu. Wycofywanie urządzeń przestarzałych .Inwestowanie w nowoczesny sprzęt. | Monitorowanie pracy urządzeń i ich użytkowanie zgodnie z instrukcją obsługi i zasadami BHP. |
|  | 7. Wprowadzanie w błąd dotyczące stanu zdrowia pacjenta, w tym narażenie personelu i innych pacjentów na infekcje wirusowe i bakteryjne. | 3 | 3 | Wizualna ocena stanu zdrowia pacjentów i nie świadczenie usług osobom wykazującym dostrzegalne zmiany chorobowe. | Monitorowanie pacjentów przez personel. Wypełnianie ankiet o stanie zdrowia przez pacjentów - ankieta wstępnej kwalifikacji i ankieta aktualizacyjna. |
|  | 8. Bierna lub czynna agresja ze strony pacjentów lub opiekunów w stosunku do pracowników jak też innych pacjentów. | 3 | 2 | Weryfikacja pacjentów potencjalnie niebezpiecznych i zachowanie szczególnych zasad bezpieczeństwa podczas wykonywania zabiegów z ich udziałem. | Monitorowanie pacjentów, którzy w przeszłości wykazywali się agresywnym zachowaniem. Nie pozostawianie ich bez opieki podczas całego pobytu w placówce. |
|  | 9. Brak wymaganych szczepień u pracowników oraz pacjentów jednostki. | 3 | 2 | Wizualna ocena stanu zdrowia pacjentów oraz pracowników i nie świadczenie usług osobom, które wykazują jakiekolwiek zmiany chorobowe. | Monitorowanie przestrzegania reżimu sanitarnego oraz wymaganych szczepień u pracowników jak też pacjentów. |
|  | 10. Racjonalizacja rozliczeń z NFZ | 3 | 2 | Weryfikacja rodzajów skierowań przed zapisem pacjenta, kontrolowanie ilości możliwych przyjęć w ramach kontraktu z NFZ | Systematyczne wprowadzanie skierowań do systemu, monitorowanie ilości przyjętych pacjentów w ramach kontraktu z NFZ |
|  | 11. Ilość skarg, wniosków i uwag składanych przez pacjentów; ilość wniosków kierowanych przez NFZ celem wyjaśnienia | 3 | 3 | Zatrudnienie dodatkowych pracowników; szkolenie personelu w zakresie rejestracji, obsługi programów powiązanych z NFZ | Podniesienie jakości udzielanych świadczeń medycznych |
|  | 12. Brak ciągłości dostaw szczepionek przeciwko HPV | 3 | 2 | Niedopilnowanie terminów zamawiania szczepionek; brak możliwości realizacji kontraktu oraz przerwa w szczepieniach | Pilnowanie terminów dostaw, sprawdzanie ilości szczepionek oraz produktów medycznych potrzebnych do poprawnej realizacji projektu |
|  | 13. Utrata dobrego imienia i wizerunku | 4 | 4 | Szkolenia pracowników, analiza skarg i wniosków pacjentów | Szkolenia pracownicze, reagowanie na problemy związane z obsługą pacjenta, wyciąganie konsekwencji z nieprzestrzegania z obowiązujących regulaminów oraz kodeksu etyki przez pracowników |

Kwestionariusz zarządzania ryzykiem – cel 2  
Stan na dzień 31 grudnia 2024 roku

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel i zadania komórki organizacyjnej** | **Identyfikacja ryzyka** | **Analiza ryzyka** | | **Reakcja na ryzyko** | **Nadzór i  monitorowanie ryzyka** |
| **Wpływ** | **Prawdopodobieństwo** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Cel 2.**  **Działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.** | 1. Brak wystarczającej ilości wykwalifikowanej kadry. | 3 | 3 | Cykliczne szkolenia pracowników. Wnioskowanie o zatrudnienie osoby o odpowiednich kwalifikacjach. Edukacja personelu, organizowanie spotkań, prelekcji, udostępnianie literatury fachowej. | Monitorowanie działań samokształcenia personelu. Monitorowanie umiejętności praktycznych kadry pracowniczej oraz dostosowywanie ich do ciągłego rozwoju placówki. Bieżąca analiza zmian zachodzących w prozdrowotnych przepisach prawa. |
| 2. Ograniczenia czasowe personelu na realizację dodatkowych zadań. | 4 | 4 | Usprawnianie organizacji pracy. Wymiana doświadczeń i samokształcenie. Usprawnianie świadczonych przez placówkę usług. | Monitorowanie i nadzór nad samodyscypliną personelu. Praca nad pełnym wykorzystaniem potencjału i wiedzy pracowników. Powierzanie zadań specjalnych kompetentnym pracownikom. |

Kwestionariusz zarządzania ryzykiem – cel 3  
Stan na dzień 31 grudnia 2024 roku

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel i zadania komórki organizacyjnej** | **Identyfikacja ryzyka** | **Analiza ryzyka** | | **Reakcja na ryzyko** | **Nadzór i monitorowanie ryzyka** |
| **Wpływ** | **Prawdopodobieństwo** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Cel 3: Działalność usługowo-rekreacyjna.** | 1. Ograniczenie personelu technicznego. | 3 | 3 | Usprawnianie organizacji pracy. Podnoszenie kwalifikacji pracowników w celu zastępowalności. Wykorzystanie pracowników wskazanych przez Sąd do odbywania kar zastępczych do prac remontowych i porządkowych. | Monitorowanie działań pracowników pod kątem należytego wykorzystania czasu pracy. Nadzór nad skazanymi i egzekwowanie wykonania zleconych prac. |
| 2. Ograniczenie środków transportu. | 3 | 2 | Wdrożenie działań logistycznych nad usprawnieniem usług transportowych. Współpraca między placówkami zewnętrznymi. Wprowadzenie dwuzmianowej obsługi transportowej. | Monitorowanie pracy kierowcy. Powołanie komisji ds. dowozu. |
| 3. Ograniczone możliwości zaplecza parkingowego. | 2 | 2 | Budowanie dodatkowych miejsc parkingowych metodami gospodarczymi. | Wnioskowanie do podmiotu tworzącego o rozpatrzenie budowy parkingu na terenie przyległym do placówki. |
| 4.Niewystarczjąco zabezpieczony nadzór wizyjny nad całym terenem wokół obiektu. | 3 | 1 | Wnioskowanie do władz o przyznanie funduszy na zakup dodatkowych kamer. Wykonywanie bieżących napraw i przeglądów technicznych w celu sprawnego działania istniejącego systemu wizyjnego. Korzystanie z usług firmy ochraniarskiej. | Odpowiednie zapisy w umowach zabezpieczające interesy placówki. monitorowanie usług ochraniarskich. |
| 5. Nieodpowiedzialność klientów korzystających z basenu i wynajmu terenu rekreacyjnego. | 3 | 3 | Wprowadzenie umów z zakresem odpowiedzialności dla organizatorów imprez na terenie placówki. Zatrudnianie wykwalifikowanych ratowników w okresie letnim do obsługi basenu. | Monitorowanie terenu rekreacyjnego i kompleksu basenowego pod kątem zapewnienia bezpieczeństwa. Stała współpraca z policją i strażą miejską. |

Kwestionariusz zarządzania ryzykiem – cel 4  
Stan na dzień 31 grudnia 2024 roku

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel i zadania komórki organizacyjnej** | **Identyfikacja ryzyka** | **Analiza ryzyka** | | **Reakcja na ryzyko** | **Nadzór i monitorowanie ryzyka** |
| **Wpływ** | **Prawdopodobieństwo** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Cel 4: Zapewnienie prawidłowej gospodarki finansami w tym prawidłowego planowania i realizacji zadań.** | 1. Nierzetelne zastosowanie przepisów z zakresu zamówień publicznych. | 3 | 2 | Skrupulatne opracowanie przepisów. Bieżąca kontrola stanowiskowa. Szkolenia pracowników. | Monitorowanie bieżących przepisów prawa. |
| 2. Brak elektronicznego systemu obiegu dokumentów. | 3 | 3 | Wprowadzono procedury w celu uruchomienia elektronicznego systemu obiegu dokumentów. | Monitorowanie prac przygotowujących placówkę do wprowadzenia elektronicznego obiegu dokumentów. |
| 3. Brak środków finansowych przeznaczonych na remonty, inwestycje i modernizację. | 3 | 2 | Zabezpieczono środki w planie budżetowym na pilne inwestycje, remonty i modernizacje. Pozyskano sponsorów, a większość prac remontowych wykonano we własnym zakresie. | Monitorowanie celowości wydatkowania finansów. Ścisła współpraca z głównym księgowym dot. ustaleń finansowych. |
| 4.Brak zaangażowania i kompetencji osób realizujących zadania w wykonywanie swoich obowiązków. | 3 | 2 | Podnoszenie kwalifikacji poprzez samokształcenie. Tworzenie grup roboczych dla podniesienia efektywności pracy. | Monitorowanie i stały nadzór w celu dochowywania staranności w realizacji zadań. |
|  | 5. Zakłócenia w realizacji kontraktu z NFZ | 3 | 3 | Bieżące monitorowanie poprzez system kontroli wewnętrznej, audyt wewnętrzny, nadzorowanie wykonania umowy z NFZ; | Monitorowanie kolejek oczekujących, modyfikacja grafików pracy personelu, kontrole dokumentacji medycznej, racjonalne gospodarowanie przyznanymi limitami, nadzór nad sprzętem |
|  | 6. Kontrole z NFZ | 3 | 3 | Racjonalizacja rozliczeń z NFZ; zapewnienie ciągłości w udzielanych świadczeniach zdrowotnych | Wewnętrzne kontrole prawidłowości realizacji umowy z NFZ, szkolenie personelu, wdrażanie wewnętrznych uregulowań procedur postępowania |

#### **Załącznik nr 2**

do Polityki zarządzania ryzykiem w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim

Rejestr zidentyfikowanych ryzyk – cel 1  
Stan na dzień 31 grudnia 2024 roku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel i zadania** | **Numer ryzyka** | **Właściciel ryzyka** | **Kategoria ryzyka** | **Opis ryzyka** | **W** | **P** | **Punktowa ocena ryzyka** | **Funkcjonujące mechanizmy kontrolne** | **Wymagane działania** | **Termin wykonania** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| **1. Udzielanie kompleksowych świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej** | BKW1 | Dyrektor, dział medyczno-terapeutyczny | wewnętrzne | Źle wykonane świadczenie może mieć skutki prawne | 3 | 2 | 6 | Monitorowanie i nadzór przełożonych nad prawidłowością wykonywanych usług leczniczych, comiesięczne zebrania działu medyczno-terapeutycznego i omawianie bieżących problemów. | Stałe monitorowanie przepisów prawa w kontekście działalności leczniczej | Na bieżąco |
| BKW2 | Dyrektor, dział medyczno-terapeutyczny | wewnętrzne | Brak organizacji zapisów w kolejkę oczekujących, błędy wynikające ze strony rejestracji | 3 | 2 | 6 | Usystematyzowanie procesu zapisów w kolejkę oczekujących na świadczenia zdrowotne | Stałe monitorowanie kolejki oczekującej, dostosowanie do obowiązujących norm | Na bieżąco |
| BKW3 | Dyrektor, dział medyczno-terapeutyczny,  Dział administracyjno-techniczny | wewnętrzne | Wyciek danych wrażliwych może mieć poważne skutki prawne | 3 | 2 | 6 | Monitorowanie i pełna kontrola nad dokumentacją medyczną i danymi wrażliwymi. | Kontrola stanowisk pracy personelu oraz monitorowanie zasady czystego biurka. | Na bieżąco |
| BKW4 | Dyrektor, dział medyczno-terapeutyczny | operacyjne | Uszkodzenie ciała pacjenta może być spowodowanie nieumyślnym działaniem spowodowanym głównie poruszeniem pacjenta podczas zabiegu rzadziej brakiem kompetencji personelu. | 3 | 2 | 6 | Monitorowanie pracy personelu pod kątem okresowej dyspozycyjności oraz udzielanie instruktażu pacjentom co do zasad zachowania się podczas zabiegu. | Egzekwowanie od pracowników, pacjentów i opiekunów bezwzględnego stosowania zasad bezpieczeństwa i obowiązującego regulaminu. | Na bieżąco |
| BKW5 | Dyrektor, dział medyczno-terapeutyczny, Dział administracyjno-techniczny | zewnętrzne | Nieobecność pracownika może w poważny sposób zakłócić pracę jednostki | 4 | 4 | 16 | Monitorowanie absencji pracowników, właściwa wymiana informacji w celu szybkiej reakcji dla zabezpieczenia ciągłości pracy na stanowiskach pracy. | Podnoszenie kwalifikacji pracowników w celu zastępowalności do utrzymania ciągłości świadczonych usług. | Na bieżąco |
| BKW6 | Dyrektor, dział medyczno-terapeutyczny | operacyjne | Wady ukryte bądź zaniedbania systematycznej konserwacji urządzeń może skutkować uszkodzeniem ciała pacjenta | 3 | 1 | 3 | Monitorowanie pracy urządzeń pod kątem sprawności. | Wykonywanie konserwacji i przeglądów zgodnie z zaleceniami producentów. | Na bieżąco |
| BKW7 | Dyrektor, dział medyczno-terapeutyczny | operacyjne | Wprowadzanie w błąd personelu dotyczące stanu zdrowia pacjenta może skutkować narażeniem personelu bądź innych pacjentów na choroby wirusowe lub bakteryjne | 3 | 3 | 9 | Monitorowanie pacjentów przez personel, wykluczanie osób z wyraźnymi objawami chorobowymi. | Wypełnianie ankiet o stanie zdrowia przez pacjentów. | Na bieżąco |
| BKW8 | Dyrektor, dział medyczno-terapeutyczny, Dział administracyjno-techniczny | Operacyjne | Bierna lub czynna agresja ze strony pacjentów lub opiekunów stosunku do pracowników i innych pacjentów. | 3 | 2 | 6 | Monitorowanie pacjentów ,którzy w przeszłości zachowywali się agresywnie oraz tych, których stan zdrowia może wywołać agresję | Weryfikowanie potencjalnego zagrożenia i zachowanie szczególnych środków bezpieczeństwa. | Na bieżąco |
| BKW9 | Dyrektor, dział medyczno-terapeutyczny, Dział administracyjno-techniczny | Wewnętrzne | Niestosowanie się do wymogów szczepień pracowników oraz pacjentów może skutkować wyższym wskaźnikiem zachorowań | 3 | 2 | 6 | Monitorowanie przestrzegania reżimu sanitarnego oraz wymaganych szczepień u pracowników jak też pacjentów. | Rekomendacja szczepień pacjentów oraz pracowników, w celu podniesienia świadomości z zakresu ochrony zdrowia | Na bieżąco |
| **1. Udzielanie kompleksowych świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej** | BKW 10 | Dyrektor, dział medyczno-terapeutyczny | wewnętrzne | Możliwość nieotrzymania wynagrodzenia z NFZ ze względu na wprowadzenie złych skierowań, nieodpowiednich zabiegów. | 3 | 2 | 6 | Weryfikacja rodzajów skierowań przed zapisem pacjenta, kontrolowanie ilości możliwych przyjęć w ramach kontraktu z NFZ | Systematyczne wprowadzanie skierowań do systemu, monitorowanie ilości przyjętych pacjentów w ramach kontraktu z NFZ | Na bieżąco |
|  | BKW 11 | Dyrektor, dział medyczno-terapeutyczny, dział administracyjno-techniczny | Wewnętrzne | Utrata kontraktu z NFZ ze względu na dużą liczbę skarg, dezorganizacja pracy w Ośrodku | 3 | 3 | 9 | Zatrudnienie dodatkowych pracowników; szkolenia personelu w zakresie rejestracji oraz obsługi programów powiązanych z NFZ | Podniesienie jakości udzielanych świadczeń medycznych | Na bieżąco |
|  | BKW 12 | Dyrektor, dział administracyjno-techniczny | wewnętrzne | Przerwanie szczepień umówionych pacjentów, zerwanie kontraktu na szczepienia | 3 | 2 | 6 | Monitorowanie ilości pozostałych szczepionek; wcześniejsze zamawianie szczepionek | Pilnowanie terminów dostaw, systematyczne sprawdzanie ilości pozostałych szczepionek | Na bieżąco |
|  | BKW 13 | Dyrektor, dział administracyjno-techniczny, dział medyczno-terapeutyczny | Wewnętrzne | Zły wizerunek firmy, przez nieprofesjonalne zachowanie się pracowników | 4 | 4 | 16 | Szkolenia pracownicze w zakresie obsługi pacjenta | Reagowanie na problemy związane z obsługą klienta, wyciąganie konsekwencji z nieprzestrzegania obowiązujących regulaminów oraz kodeksu etyki przez pracowników | Na bieżąco |

Rejestr zidentyfikowanych ryzyk – cel 2  
Stan na dzień 31 grudnia 2024 roku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel i zadania** | **Numer ryzyka** | **Właściciel ryzyka** | **Kategoria ryzyka** | **Opis ryzyka** | **W** | **P** | **Punktowa ocena ryzyka** | **Funkcjonujące mechanizmy kontrolne** | **Wymagane działania** | **Termin wykonania** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| **2.Działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.** | BKW 14 | Dyrektor | wewnętrzne | Braki wykwalifikowanej kadry skutkują niskim poziomem polityki prozdrowotnej. | 3 | 3 | 9 | Monitorowanie umiejętności i kompetencji kadry oraz zachęcanie do samokształcenia a także do udziału w szkoleniach. | Cykliczne organizowanie szkoleń, prelekcji, kursów a także zatrudnianie osób kompetentnych.. | Na bieżąco |
| BKW 15 | Dyrektor | wewnętrzne | Ograniczenia kadrowe powodują brak możliwości podejmowania dodatkowych zadań co może skutkować zaniedbaniami w postaci nieterminowego wykonania zaleceń jednostki nadrzędnej | 4 | 4 | 16 | Monitorowanie organizacji pracy ,usprawnianie zajęć personelu i wykorzystywanie wolnego czasu na wykonywanie dodatkowych zadań. | Nadzór nad samodyscypliną personelu, pełne wykorzystanie wiedzy i potencjału pracowników. | Na bieżąco |

Rejestr zidentyfikowanych ryzyk – cel 3  
Stan na dzień 31 grudnia 2024 roku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel i zadania** | **Numer ryzyka** | **Właściciel ryzyka** | **Kategoria ryzyka** | **Opis ryzyka** | **W** | **P** | **Punktowa ocena ryzyka** | **Funkcjonujące mechanizmy kontrolne** | **Wymagane działania** | **Termin wykonania** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| **3. Działalność usługowo-rekreacyjna.** | BKW 16 | Dział techniczno - administracyjny | wewnętrzne | Ograniczenia personelu technicznego mogą skutkować zaniedbaniami i zwłoką w realizacji prac remontowych, modernizacją i prowadzeniem bieżących napraw. | 3 | 3 | 9 | Monitorowanie pracowników, usprawnianie organizacji pracy. | Wykorzystywanie pracowników odbywających kary zastępcze zlecone przez Sąd. | Na bieżąco |
| BKW 17 | Dyrektor | zewnętrzne | Ograniczone możliwości w środkach transportu skutkują brakiem możliwości wywiązania się z zadań zleconych przez jednostki nadrzędne. | 3 | 2 | 6 | Monitorowanie pracy kierowcy, powołanie komisji ds. dowozu. | Zakup większego środka transportu pozwoliłby na przewóz jednocześnie większej ilości pacjentów. | Na bieżąco |
| BKW 18 | Dyrektor | zewnętrzne | Ograniczone możliwości parkingowe powodują dyskomfort dla pacjentów z powodu braku miejsc parkingowych | 2 | 2 | 4 | Monitorowanie parkingu pod kątem maksymalnego wykorzystania miejsc parkingowych. | Wnioskowanie do odpowiednich władz o rozbudowę i budowę nowych miejsc parkingowych w najbliższej okolicy Zachęcanie pracowników do korzystania z parkingów poza terenem placówki. Wykorzystywanie wolnych terenów na miejsca parkingowe metodami gospodarczymi. | Na bieżąco |
| BKW 19 | Dyrektor | wewnętrzne | Brak nadzoru wizyjnego nad całym terenem może skutkować nieodpowiednim zabezpieczeniem terenu pod kątem bezpieczeństwa. | 3 | 1 | 3 | Monitorowanie terenu przez firmę ochraniarską w ramach możliwości technicznych oraz stała współpraca personelu technicznego z pracownikami ochrony wizyjnej. | Rozszerzenie zakresu działania monitoringu w postaci dodatkowych kamer zwiększyłoby bezpieczeństwo obiektu. | Na bieżąco |
| BKW 20 | Dyrektor | operacyjne | Nieodpowiedzialność klientów korzystających z basenu i wynajmu terenu rekreacyjnego może skutkować zniszczeniem mienia ,różnego rodzaju wypadkami. | 3 | 3 | 9 | Monitorowanie terenu, nadzór nad osobami korzystającymi z basenu i terenu rekreacyjnego. | Wprowadzenie umów z zakresem odpowiedzialności dla organizatorów imprez na terenie placówki, zatrudnianie ratowników wodnych na basenie. | Na bieżąco |

Rejestr zidentyfikowanych ryzyk – cel 4  
Stan na dzień 31 grudnia 2024 roku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel i zadania** | **Numer ryzyka** | **Właściciel ryzyka** | **Kategoria ryzyka** | **Opis ryzyka** | **W** | **P** | **Punktowa ocena ryzyka** | **Funkcjonujące mechanizmy kontrolne** | **Wymagane działania** | **Termin wykonania** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| **4. Zapewnienie prawidłowej gospodarki finansami, w tym prawidłowego planowania i realizacji zadań.** | BKW 21 | Dyrektor, dział administracyjno-techniczny | wewnętrzne | Nieprofesjonalne i nierzetelne stosowanie przepisów z zakresu zamówień publicznych może skutkować błędami mającymi konsekwencje prawne. | 3 | 2 | 6 | Monitorowanie pracowników odpowiedzialnych za dokumentację finansową placówki. Monitorowanie bieżących przepisów prawa. | Podnoszenie kwalifikacji pracowników, stała współpraca z działem księgowości. | Na bieżąco |
| BKW 22 | Dyrektor, dział medyczno-terapeutyczny | wewnętrzne | Opóźnienia we wprowadzaniu elektronicznego obiegu dokumentów powoduje utrudnienia w pracy pionu administracyjnego, wydłuża czas obiegu dokumentów. | 3 | 3 | 9 | Monitorowanie prac przygotowujących placówkę do wprowadzenia elektronicznego obiegu dokumentów. | Wprowadzono procedury w celu uruchomienia elektronicznego systemu obiegu dokumentów. | Na bieżąco |
| BKW 23 | Dyrektor, dział administracyjno-techniczny | zewnętrzne | Ograniczone środki finansowe na remonty, inwestycje i modernizację może spowodować pogorszenie się stanu technicznego obiektu ,odroczeniem planowanych remontów i modernizacji | 3 | 2 | 6 | Monitorowanie celowości wydatkowania finansów .ścisła współpraca z głównym księgowym dot. ustaleń finansowych. | Zabezpieczenie środków w planie budżetowym na pilne inwestycje, remonty i modernizacje. Pozyskiwanie sponsorów oraz wykonywanie prac remontowych we własnym zakresie. | Na bieżąco |
| BKW 24 | Dyrektor, dział administracyjno-techniczny, dział medyczno-terapeutyczny | operacyjne | Brak kompetencji lub zaangażowania pracowników w realizację powierzonych zadań może w znacznym stopniu wpłynąć na wizerunek placówki i merytoryczną pracę jednostki oraz koniecznością wielokrotnej poprawy. | 3 | 2 | 6 | Monitorowanie i stały nadzór w celu dochowania staranności w realizacji zadań. | Podnoszenie kwalifikacji personelu, organizowanie szkoleń, tworzenie grup roboczych dla podniesienia efektywności pracy. | Na bieżąco |
|  | BKW 25 | Dyrektor, dział administracyjno-techniczny, dział medyczno-terapeutyczny | wewnętrzne | Brak zapisów pacjentów w kolejki, nieodpowiednia rejestracja skierowań, niekompetencja pracowników | 3 | 3 | 9 | Monitorowanie kolejek oczekujących, szkolenia pracowników w zakresie rejestracji | Kontrole wewnętrzne, audyt wewnętrzny, | Na bieżąco |
|  | BKW 26 | Dyrektor, dział administracyjno-techniczny, dział medyczno-terapeutyczny | wewnętrzne | Niepoprawne prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów z NFZ, źle oznakowane urządzenia do rehabilitacji | 3 | 3 | 9 | Zapewnienie ciągłości w udzielanych świadczeniach zdrowotnych | Wewnętrzne kontrole prawidłowości realizacji umowy z NFZ, szkolenie pracowników | Na bieżąco |

##### **Załącznik nr 3**

do Polityki zarządzania ryzykiem w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim

Matryca punktowej analizy ryzyka – cel 1  
Stan na dzień 31 grudnia 2024 roku

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wpływ** | **Waga** |  |  |  |  |  |  |
| **Katastrofalny** | **5** |  |  |  |  |  |  |
| **Poważny** | **4** |  |  |  | **BKW5**  **BKW13** |  |  |
| **Średni** | **3** | **BKW6** | **BKW1**  **BKW2**  **BKW3**  **BKW4**  **BKW8**  **BKW9**  **BKW10**  **BKW12** | **BKW7**  **BKW11** |  |  |  |
| **Mały** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **Nieznaczny** | **1** |  |  |  |  |  |  |
|  | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **Waga** |
|  |  | **Rzadkie** | **Mało prawdopodobne** | **Średnie** | **Duże** | **Prawie pewne** | **Prawdopodobieństwo** |

Matryca punktowej analizy ryzyka – cel 2  
Stan na dzień 31 grudnia 2024 roku

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wpływ** | **Waga** |  |  |  |  |  |  |
| **Katastrofalny** | **5** |  |  |  |  |  |  |
| **Poważny** | **4** |  |  |  | **BKW15** |  |  |
| **Średni** | **3** |  |  | **BKW14** |  |  |  |
| **Mały** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **Nieznaczny** | **1** |  |  |  |  |  |  |
|  | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **Waga** |
|  |  | **Rzadkie** | **Mało prawdopodobne** | **Średnie** | **Duże** | **Prawie pewne** | **Prawdopodobieństwo** |

Matryca punktowej analizy ryzyka – cel 3  
Stan na dzień 31 grudnia 2024 roku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wpływ** | **Waga** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Katastrofalny** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Poważny** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Średni** | **3** |  | **BKW19** | **BKW17** | **BKW16**  **BKW20** |  |  |  |
| **Mały** | **2** |  |  | **BKW18** |  |  |  |  |
| **Nieznaczny** | **1** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **0** |  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **Waga** |
|  |  |  | **Rzadkie** | **Mało prawdopodobne** | **Średnie** | **Duże** | **Prawie pewne** | **Prawdopodobieństwo** |

Matryca punktowej analizy ryzyka – 4  
Stan na dzień 31 grudnia 2024 roku

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wpływ** | **Waga** |  |  |  |  |  |  |
| **Katastrofalny** | **5** |  |  |  |  |  |  |
| **Poważny** | **4** |  |  |  |  |  |  |
| **Średni** | **3** |  | **BKW21**  **BKW23**  **BKW24** | **BKW22**  **BKW25**  **BKW26** |  |  |  |
| **Mały** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **Nieznaczny** | **1** |  |  |  |  |  |  |
|  | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **Waga** |
|  |  | **Rzadkie** | **Mało prawdopodobne** | **Średnie** | **Duże** | **Prawie pewne** | **Prawdopodobieństwo** |

Tomaszów Mazowiecki, dnia 31 stycznia 2025 roku

W imieniu Zespołu ds. kontroli zarządczej i analizy ryzyka informujemy, iż w 2024 roku w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim zostały realizowane wszystkie cele i zadania zawarte w statucie Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim, stanowiącego Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr XL/287/2021 Rady Miejskiej Tomaszowa Mazowieckiego z dnia 28 stycznia 2021 roku o zmianie uchwały Nr 348/93 Rady Miasta Tomaszowa Mazowieckiego w sprawie utworzenia jednostki budżetowej pod nazwą Ośrodek Rehabilitacyjny Dzieci Niepełnosprawnych.

Od listopada 2022 roku Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie jednostki budżetowej Gminy Miasto Tomaszów Mazowiecki, wpisanym do księgi RPWDL pod numerem 000000256714.

Podmiotem tworzącym Ośrodek jest Gmina Miasto Tomaszów Mazowiecki.

Ośrodek wykonuje działalność leczniczą w oparciu o zakład leczniczy pod nazwą „Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej w Tomaszowie Mazowieckim” oraz działa zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2022 poz.633 ze zm.).

Celem Ośrodka jest działalność lecznicza polegająca na udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia.

Zgodnie z ustawową definicją kontrola zarządcza jako ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy był monitorowany przez Dyrektora jednostki oraz wyznaczone osoby, zgodnie z Zarządzeniem Nr 1/2023 Dyrektora Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim z dnia 31 stycznia 2023 roku w przedmiocie zmiany Zarządzenia Nr 8/2021 Dyrektora Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim z dnia 10 maja 2021 roku w sprawie zasad funkcjonowania systemu kontroli zarządczej oraz zarządzania ryzykiem w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim.

W 2024 roku w ramach prowadzonej działalności zrealizowano:

* „Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w latach 2022-2024.”

Programem szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego objęta została populacja dziewczynek urodzonych w 2010 roku, zamieszkałych na terenie powiatu tomaszowskiego, którego rodzice/opiekunowie prawni wyrazili pisemną zgodę na udział ich dziecka w Programie oraz zostali poinformowani o celu szczepienia. Samorząd Województwa Łódzkiego jest jedynym źródłem finansowania Programu.

W związku z powyższym w 2023 roku przygotowano gabinet lekarski, zakupiono specjalistyczny sprzęt medyczny, zatrudniono wykwalifikowany personel oraz opracowano procedury medyczne: - m.in. procedurę zgłaszania zdarzeń niepożądanych, rejestry szczepionek i temperatury chłodziarki, utylizacji szczepionek.

W 2024 roku kontynuowano zatrudnienie wykwalifikowanego personelu (lekarz/pielęgniarka), przestrzegano stosowanie opracowanych procedur, prowadzono rejestry szczepionek i temperatury chłodziarki, utylizacji szczepionek.

Dwuletnią realizację programu zakończono z dniem 31 grudnia 2024 roku – zaszczepiono 62 dziewczynki z powiatu tomaszowskiego. Niewykorzystaną część środków finansowych oddano zgodnie z zapisami umowy do Samorządu Województwa Łódzkiego.

* „Program wsparcia seniorów na lata 2022 – 2026 „Tomaszów dla Seniorów”.

P**rogram skierowany do osób powyżej 60 roku życia, posiadających Kartę Tomaszowianina Senior, którego celem jest wsparcie i aktywizacja seniorów, zaangażowanie w formy aktywnego spędzania casu wolnego oraz udostępnienie świadczeń rehabilitacyjnych.** Seniorzy mieli możliwość skorzystania z 10 zabiegów zleconych podczas indywidualnej konsultacji przez fizjoterapeutę.

W ramach realizowanego programu wykonano łącznie 4097 świadczeń zdrowotnych dla 429 osób.

* Kontynuowano realizację dwóch umów z Narodowym Funduszem Zdrowia:

1. Rehabilitacja lecznicza – fizjoterapia ambulatoryjna
2. Poradnia Wad Postawy

* W 2024 roku jednostka zatrudniała – stan na dzień 31 grudnia 2024 roku – 25 pracowników na umowę o pracę/ 22,08 etatu.

Dział medyczno-terapeutyczny - 18 osób (magistrów fizjoterapii/techników fizjoterapii/masażystę i rejestratorki medyczne) - czas pracy 7h 35min/dobę, 37h 55min/tydzień.

Dział administracyjno-techniczny - 7 osób 8h/dobę, 40h/tydzień

Wynagrodzenia za pracę zostały określone na podstawie obowiązujących przepisów prawa:

1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, 974 i 1079)
2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 roku w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej
3. USTAWY z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Wszyscy pracownicy przyjęli zaproponowane przez pracodawcę nowe warunki płacy podpisując porozumienia zmieniające obowiązujące od 01 lipca 2024 roku.

* Wszyscy pracownicy posiadają zakresy czynności regulujące ich obowiązki i uprawienia. Delegowanie uprawnień we wszystkich działach ORDN i na samodzielnych stanowiskach pracy, odbywa się po uzgodnieniu z bezpośrednimi przełożonymi poprzez upoważnienia lub pełnomocnictwa na piśmie.
* W trakcie roku dokonano aktualizacji obowiązujących regulaminów i instrukcji m.in. Regulaminu pracy, Regulaminu Wynagradzania, Regulaminu Organizacyjnego, RODO i inne.
* W październiku została przeprowadzona inwentaryzacja składników majątkowych przez pracowników ORDN przy udziale CUW – na podstawie Zarządzenie Nr 20/2024 Dyrektora Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim z dnia 21 października 2024 roku w sprawie powołania Komisji ds. wyceny, likwidacji i kasacji składników majątku Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim
* Przepływ dokumentacji pomiędzy ORDN, a jednostkami nadrzędnymi odbywał się płynnie, zgodnie z obowiązującymi procedurami.
* Współpraca z kontrahentami odbywała się na poziomie poprawnym.
* Usprawniono system kontroli wewnątrzzakładowej, częstsze kontrole przestrzegania reżimu sanitarnego, dyscyplinujące personel i pacjentów.
* Zidentyfikowano nowe zagrożenia wynikające z zawarcia umów kontraktowych z NFZ, które zostały ujęte w Rejestrze Ryzyk, a poprzez swoje wystąpienie mogłyby zagrozić realizacji celów i zadań placówki.
* Nie występowały opóźnienia związane z planowanymi przeglądami obiektu oraz specjalistycznego sprzętu medycznego.
* Warte podkreślenia jest to, iż dział administracyjno-techniczny w pełni wykorzystywał zasoby ludzkie do prowadzenia samodzielnie bieżących napraw i remontów. Podjęto również szereg prac gospodarczych do udoskonalenia i modernizacji gabinetów zabiegowych.
* Znaczący dla jednostki był także udział pracowników w szkoleniach kierunkowych potwierdzających podniesienie kwalifikacji i kompetencji na danym stanowisku pracy przy oszczędnym, efektywnym, celowym i terminowym gospodarowaniu środkami budżetowymi.
* Osiągnięto cel i spełniono obowiązek posiadania oprogramowania do obsługi usług zdrowotnych służącego do rejestracji pacjentów, raportowania do platformy P1 oraz prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.
* Kierownictwo placówki zapewnia o właściwym zabezpieczeniu mienia oraz terminowym sporządzaniu niezbędnych sprawozdań. Ochrona zasobów Ośrodka jest realizowana poprzez podejmowanie odpowiednich działań uregulowanych m.in. w: 1) Instrukcji ochrony przeciwpożarowej, 2) Procedurach zabezpieczenia mienia, poprzez system monitoringu wizyjnego, 3) Instrukcji dostępu do pomieszczeń i kluczy, 4) Instrukcji organizacji i działania składnicy akt, 5) Instrukcji inwentaryzacji.
* Zasady etyczne dla pracowników ORDN, określa Zarządzenie Dyrektora Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim z dnia 07 stycznia 2020 roku w sprawie wprowadzenia Kodeksu Etyki Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim. Kodeks etyki oparty jest przede wszystkim na takich wartościach jak: sprawiedliwość, uczciwość, szacunek, bezstronność czy odpowiedzialność. Celem Kodeksu jest wskazanie wartości, którymi powinni posługiwać się pracownicy we współpracy między sobą, a także aby pacjenci czuli się bezpiecznie z zapewnieniem komfortu i jakości udzielanych świadczeń, bez dodatkowego stresu.
* W Ośrodku funkcjonuje także Wewnętrzna Polityka Antymobbingowa wprowadzona Zarządzeniem Nr 10/2019 Dyrektora Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim z dnia 04 września 2019 roku – do tej pory nie było żadnych zgłoszeń w tym przedmiocie.
* Dodatkowo wszyscy pracownicy posiadają kwalifikację, wiedzę, kompetencje i  umiejętności niezbędne do świadczenia usług zdrowotnych i wykonywania zadań na powierzonych im stanowiskach. Cechuje ich postępowanie etyczne, zapewniające bezstronność i obiektywizm przy podejmowanych działaniach, wolne od zachowań noszących znamiona korupcji.

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim w 2024 roku został poddany trzem kontrolom:

1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych – Wydział Kontroli Płatników Składek w Tomaszowie Mazowieckim – luty 2024
2. Departament Kontroli, Audytu Wewnętrznego i Bezpieczeństwa Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego – marzec 2024
3. Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Tomaszowie Mazowieckim przez pracownika Sekcji Nadzoru Higieny Środowiska w zakresie Higieny Komunalnej upoważnionego przez Państwowego Inspektora Sanitarnego w Tomaszowie Mazowieckim – lipiec 2024

Kontrolerzy nie wnieśli uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego, a także nie stwierdzili nieprawidłowości w jednostce.

Na dzień 31 grudnia 2024 roku komisja nie stwierdziła zagrożeń z zakresu nieakceptowalnych, a wszystkie mechanizmy kontroli w sposób konsekwentny reagują na zidentyfikowane ryzyko. Szkolenia pracowników odbywają się zgodnie z harmonogramem. Przeglądy techniczne obiektu oraz urządzeń przeprowadzane są terminowo.

Jedynym poważniejszych zagrożeń zachowania ciągłości realizowanych zadań jest w tym samym czasie trwająca absencja pracowników na tym samym stanowisku. Kierownictwo w takim przypadku podejmowało szybkie działania naprawcze celem zachowania prowadzenia działalności.

Ponadto w roku 2024 nie wpłynęły żadne skargi i wnioski związane z łamaniem zasad etycznych przez pracowników zarówno od współpracowników jak i pacjentów.

Niniejsze sprawozdanie opiera się na ocenie Komisji na podstawie zgromadzonego materiału, a także na informacjach dostępnych w czasie jego sporządzania pochodzących z bieżącego monitoringu realizacji celów i zadań pracy jednostki, sprawowanego nadzoru kierowniczego oraz rejestru ryzyka.

Zespół ds. kontroli zarządczej i analizy ryzyka:

- Agnieszka Giza

- Daria Pawłowska

- Agata Nowakowska

- Jarosław Musiał

###### Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej za rok 2024

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 i 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 Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim w wystarczającym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

Marta Gożdzik  
Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim

W roku 2025 planuje się podjąć następujące działania w celu lepszego funkcjonowania kontroli zarządczej:

* pełnienie wiodącej funkcji działu medyczno-terapeutycznego tj. kompleksową obsługę pacjentów poprzez udzielanie najwyższej jakości świadczeń zdrowotnych w ramach poradni wad postawy dla dzieci oraz w systemie ambulatoryjnym z zakresu rehabilitacji leczniczej dla dzieci i osób dorosłych oraz statutu,
* kontynuacja delegowania odpowiedzialności pracowników za konkretne obszary działalności w sposób, który pozwala na bieżące monitorowanie i weryfikowanie postępów (weryfikacja zakresów obowiązków/terminowość załatwienia spraw itd.)
* regularne przeglądy i aktualizacja prac nad opracowywaniem procedur, instrukcji, algorytmów postępowania medycznego, które wpłyną na podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo opieki,
* podjęcie działań w zakresie możliwość uzyskania certyfikatu akredytacyjnego Systemu Zarządzania jakością w sektorze ochrony zdrowia - proces ciągły
* zarządzanie jakością i bezpieczeństwem pacjentów – monitorowanie jakości usług zdrowotnych (wdrażanie standardów jakości w opiece nad pacjentami, a także kontrolowanie zgodności z tymi standardami)
* doskonalenie umiejętności zawodowych pracowników poprzez wspieranie procesu zwiększania kwalifikacji i upowszechnianie samokształcenia - proces ciągły,
* wdrożenie nowych metod edukacyjnych dla rodziców i opiekunów, zgodnie z działalnością statutową tj. podejmowanie działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia.
* Ulepszanie komunikacji wewnętrznej, lepsze wykorzystanie zasobów ludzkich, praca nad współpracą między pracowniczą,
* egzekwowanie samooceny pracowników (jeden raz w roku), także w zakresie stosowania zasad etycznych.
* poprawa treści i form prowadzonej dokumentacji medycznej przez uprawnione osoby - wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej,
* promowanie zasad etycznego postępowania wśród osób na stanowiskach kierowniczych jak i pozostałego personelu, w kontekście przestrzegania Kodeksu Etyki obowiązującego w jednostce oraz bezwzględne przestrzeganie zapisów przez pracowników w Karcie Praw Pacjenta - proces ciągły,
* okresowa weryfikacja działań pod kątem zgodności z bieżącymi potrzebami,
* określenie akceptowalnych czynników ryzyka i usprawnienie efektywności zarządzania przez częstszą wewnętrzną kontrolę aktualnego stanu funkcjonowania wszystkich działów,
* monitorowanie zidentyfikowanych zagrożeń ich oceną i utrzymywanie zagrożeń na poziomie akceptowalnym,
* kontynuacja działań z zakresu bhp i p.poż. - przeprowadzenie ćwiczeń z zakresu ewakuacji pracowników w razie wystąpienia zagrożenia, przegląd sprzętu p.poż. i ewentualne uzupełnienie,
* kontynuacja działań w zakresie wdrożenia informatyzacji do systemu prowadzenia dokumentacji medycznej,
* wdrożenie badania poziomu zadowolenia obsługi pacjenta poprzez przeprowadzanie ankiet - proces ciągły,
* systematyczne aktualizowanie obowiązujących regulaminów, instrukcji i procedur wraz ze wzorami wniosków dla pacjentów,
* rozwijanie e-usług,
* wdrażanie systemów informatycznych (monitorowanie procesów medycznych, elektroniczny obieg dokumentów)
* dbałość o terminowość i szybkość realizacji zadań,
* wzmocnienie nadzoru nad pracownikami i systematyczne przeprowadzanie kontroli wewnętrznych wśród pracowników,
* kontynuacja działań w zakresie standardów ochrony danych osobowych zgodnych z Kodeksem postępowania dla sektora ochrony zdrowia - RODO, dotyczącym podmiotów wykonujących działalność leczniczą i podmiotów przetwarzających,
* kontynuacja współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie zawartych umów na realizację świadczeń medycznych dla różnych grup wiekowych.
* Racjonalna, efektywna i oszczędna gospodarka finansowa, realizacja planu finansowego i inwestycyjnego.

Marta Gożdzik  
Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim