

a/a

## Plan pracy Samodzielnego Publicznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie na rok 2018

| Lp | Cel                                  | Najważniejsze zadania służące realizacji celu                                            | Mierniki określające stopień realizacji celu                                                     |                                                                       | Odniesienie do dokumentu o charakterze strategicznym* | Właściciele celu/zadania                                                               |
|----|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                      |                                                                                          | Nazwa                                                                                            | Planowana wartość do osiągnięcia na koniec roku, którego dotyczy plan |                                                       |                                                                                        |
| 1  | 2                                    | 3                                                                                        | 4                                                                                                | 5                                                                     | 6                                                     | 7                                                                                      |
| 1  | Kompleksowa ocena lekarska pacjenta  | Kontrola dokumentacji medycznej                                                          | % zgodności dokumentacji medycznej z wytycznymi                                                  | 90%                                                                   | Standardy akredytacyjne                               | Dyrektor ds. medycznych, statystyka medyczna, personel medyczny oddziałów              |
| 2  | Zapewnienie ciągłości pracy szpitala | Bieżące monitorowanie informacji w zakresie kolejek oczekujących                         | Zmniejszenie liczby błędnych i niekompletnych wpisów                                             | -5%                                                                   | Wymogi NFZ                                            | Dyrektor ds. medycznych, Przewodniczący Zespołu ds. kolejek oczekujących               |
| 3  |                                      | Zapewnienie ciągłości i jakości dostarczanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych | Ilość odmów z hurtowni na leki z przetargu i zakupy u innego dostawcy                            | -1%                                                                   | Kontrakt NFZ                                          | Kierownik apteki                                                                       |
| 4  |                                      | Zapewnienie ciągłości i jakości dostarczanych mediów                                     | Ilość przypadków braku zapewnienia zaopatrzenia szpitala w media                                 | 0                                                                     | Plan kontroli serwisowych                             | Dyrektor ds. technicznych, Kierownik DOS, Kierownik DDL, Z-ca Kierownika DDL, ASI, ABI |
| 5  |                                      | Zapewnienie ciągłości pracy aparatury medycznej i sprzętu laboratoryjnego                | Ilość przypadków braku zapewnienia ciągłości pracy aparatury medycznej i sprzętu laboratoryjnego | 0                                                                     | Plan kontroli serwisowych                             |                                                                                        |
| 6  |                                      | Zapewnienie ciągłości dostępu do danych medycznych i osobowych w systemie informatycznym | Ilość stwierdzonego braku dostępu do systemów informatycznych, zgłoszenia naruszeń danych        | 0                                                                     | Polityka bezpieczeństwa informacji                    |                                                                                        |

|    |  |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                      |      |                |                                                                                                                                           |
|----|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7  |  | Kontrola wypisów ze szpitala pod kątem prawidłowych rozliczeń z NFZ                                                                 | Spadek ilości świadczeń odrzuconych z rozliczeń o 0,20 pkt obliczeniowych (punkt obliczeniowy = liczba odrzuconych / liczba wypisanych ogółem * 100) | 0,76 | Kontrakt z NFZ | Główny Specjalista, SAR                                                                                                                   |
| 8  |  | Optymalizacja rozliczeń                                                                                                             | Wykonanie PSZ                                                                                                                                        | 102% | Kontrakt NFZ   | Główny specjalista, Dyrektor ds. medycznych                                                                                               |
| 9  |  | Kontrola kosztów leczenia pod kątem opłacalności wybranych deficytowych grup JGP [D05, D07, D17, D18, D26, D37, D46, D47, D48, D52] | Zmniejszenie wskaźnika kosztów do przychodów w wybranych grupach charakteryzujących specyfikę szpitala                                               | 10%  | Kontrakt NFZ   | GS, ZDM, ZDE                                                                                                                              |
| 10 |  | Optymalizacja rozliczania świadczeń w poradni                                                                                       | Wzrost przychodów z poradni                                                                                                                          | 5%   | Kontrakt z NFZ | Dyrektor ds. medycznych, Dyrektor ds. ekonomiczny, GS, SAR                                                                                |
| 11 |  |                                                                                                                                     | % realizacji zaplanowanych kosztów                                                                                                                   | 100% | Plan finansowy | Dyrektor ds. medycznych, Dyrektor ds. ekonomicznych, Naczelna Pielęgniarka, Kierownicy komórek org., Kierownik Apteki, Główny Specjalista |

|    |                                                    |                                                                                  |                                                        |                              |                |                                                                                                                                           |
|----|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | Racjonalna gospodarka finansowa                    | Optymalizacja kosztów i przychodów w celu poprawy planowanego wyniku finansowego | Wykonanie ryczałtu i innych umów z NFZ                 | 100%                         | Plan finansowy | Dyrektor ds. medycznych, Dyrektor ds. ekonomicznych, Naczelną Pielęgniarką, Kierownicy komórek org.                                       |
| 13 |                                                    |                                                                                  | Wysokość składek ubezpieczeniowych                     | <120% wykonania 2017 roku    | Plan finansowy | Dyrektor ds. technicznych, kierownik Działu organizacji i zamówień publicznych, Dyrektor ds. ekonomicznych                                |
| 14 |                                                    |                                                                                  | Dodatni wskaźnik rentowności i wzrastająca efektywność | Wynik finansowy >0           | Plan finansowy | Dyrektor ds. medycznych, Dyrektor ds. ekonomicznych, Naczelną Pielęgniarką, Kierownicy komórek org., Kierownik Apteki, Główny Specjalista |
| 15 |                                                    |                                                                                  | Zmniejszenie ilości rehospitalizacji                   | -5%                          | Wymogi NFZ     | Dyrektor ds. medycznych, GS, SAR                                                                                                          |
| 16 |                                                    |                                                                                  | Monitorowanie zgłoszeń korupcyjnych                    | Liczba zgłoszeń korupcyjnych | 0              | Polityka antykorupcyjna SPZGiCHP                                                                                                          |
| 17 | Osiągnięcie poprawy wykorzystania środków trwałych | Racjonalne wykorzystanie posiadanej bazy sprzętowo - lokalowej                   | Wskaźnik produktywności środków trwałych               | > 1,35                       | Plan finansowy | Dyrektor ds. medycznych, Dyrektor ds. technicznych, Dyrektor ds. ekonomicznych                                                            |

|    |                                              |                                                                                                        |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |
|----|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18 | Dokonywanie jakości świadczonej usługi       | Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i utrzymanie wysokiego poziomu zadowolenia pacjentów i ich rodzin | Zmniejszenie ilości zdarzeń niepożądanych, w tym upadków pacjentów                          | -5%                                                                               | Procedura systemowa nr 3<br>Procedura operacyjna nr 1<br>Organizacja systemu zarządzania jakością, nadzór nad usługą niezgodną, Program zapobiegania upadkom pacjentów w SPZGiChP<br>Procedura systemowa nr 6<br>Program zapobiegania zakażeniom szpitalnym | Naczelnia Pielęgniarka Pełnomocnik ds. jakości                                                           |
| 19 |                                              |                                                                                                        | Wyniki badań satysfakcji pacjentów, ilość wniesionych skarg i wniosków                      | 5%                                                                                | Ankieta badania satysfakcji pacjenta, rejestr skarg i wniosków                                                                                                                                                                                              | Naczelnia Pielęgniarka Pełnomocnik ds. jakości                                                           |
| 20 |                                              | Zapobieganie zakażeniom szpitalnym, w tym zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom i personelowi           | Zmniejszenie wskaźnika zakażeń i powikłań                                                   | -0,10%                                                                            | Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi                                                                                                                                                                                    | Naczelnia Pielęgniarka Pełnomocnik ds. jakości, Specjalista ds. epidemiologii                            |
| 21 |                                              | Zapewnienie bezpieczeństwa pracowników                                                                 | Zmniejszenie ilości ekspozycji zawodowych oraz wypadków przy pracy (w tym upadków i urazów) | -10%                                                                              | Procedura systemowa nr 6<br>Procedura operacyjna nr 4<br>zapobieganie ekspozycji i postępowanie poekspozycyjne na krew i inny materiał zakaźny oraz szczepienia profilaktyczne pracowników na WZW, Program zapobiegania upadkom                             | Dyrektor ds. medycznych, Dyrektor ds. ekonomicznych, BHP, Naczelnia Pielęgniarka Pełnomocnik ds. jakości |
| 22 |                                              | Monitorowanie i eliminowanie błędów mających wpływ na uzyskiwane wyniki badań laboratoryjnych          | Nadzór na procesem diagnostycznym                                                           | 100% otrzymanych certyfikatów jakości i uczestnictwa w sprawdzianach wewnętrznych | Ustawa o standardach jakości MLD                                                                                                                                                                                                                            | Kierownik DDL, Zastępca kierownika DDL                                                                   |
| 23 | Monitorowanie wskaźników jakości             | Szkolenie dotyczące prawidłowego pobierania i transportu materiału                                     | Rejestr błędów przed laboratoryjnych                                                        | -3%                                                                               | Procedury laboratoryjne                                                                                                                                                                                                                                     | Pracownicy DDL                                                                                           |
| 24 | Monitorowanie i rejestr patogenów alarmowych | Rejestr liczby patogenów                                                                               | Rejestr patogenów alarmowych                                                                |                                                                                   | Procedury laboratoryjne, Ustawa o chorobach zakaźnych                                                                                                                                                                                                       | Kierownik DDL                                                                                            |

|    |                                                                                                                       |                                                                            |                                                                       |                                                                   |                                                                                                                                                             |     |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 25 | Szkolenie nowo przyjmowanych pracowników                                                                              | bieżące monitorowanie i ścisła współpraca z działem kadr w w/w zakresie    | ilość odbytych szkoleń przez każdego pracownika                       | 100%                                                              | Polityka bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych i instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych SPZGiChP | ABI |
| 26 | Sukcesywne informowanie ASI o przyjęciach/zwolnieniach pracowników w celu nadania bądź odebrania im uprawnień         | terminowe przekazywanie informacji i współpraca z ASI                      | ilość zgłoszeń                                                        | 100%                                                              | Polityka bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych i instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych SPZGiChP | ABI |
| 27 | Podnoszenie własnych kwalifikacji zawodowych                                                                          | uczestnictwo w szkoleniach zewnętrznych                                    | szkolenia zewnętrzne - 2-3 razy do roku                               | 80%                                                               | --                                                                                                                                                          | ABI |
| 28 | Podnoszenie świadomości pracowników szpitala – udział w szkoleniach dotyczący bezpieczeństwa ochrony danych osobowych | szkolenia pracowników                                                      | ilość odbytych szkoleń przez każdego pracownika - cykliczne szkolenia | 100% - udział każdego pracownika w dwóch szkoleniach w ciągu roku | Polityka bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych i instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych SPZGiChP | ABI |
| 29 | Aktualizacja przepisów wewnętrznych dotyczących bezpieczeństwa informacji w szpitalu                                  | systematyczne aktualizowanie aktów wewnętrznych, tworzenie nowych procedur | liczba aktualizacji dokumentacji                                      | 80%                                                               | -                                                                                                                                                           | ABI |
| 30 | Bieżący nadzór nad przestrzeganiem zasad bezpieczeństwa ochrony danych osobowych                                      | wizytacje na oddziałach, rozmowa z personelem                              | liczba wizytacji komórek organizacyjnych szpitala                     | 100%                                                              | -                                                                                                                                                           | ABI |

|    |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                             |                            |      |                                                                                                                                                             |                                         |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 31 | Wnioskowanie o nadawanie uprawnień do systemów innych niż CliniNet dla pracowników szpitala                                                                                                                  | na wniosek kierowników – zgoda na nadanie uprawnień kierowana do ASI                                                        | ilość nadawanych uprawnień | 100% | -                                                                                                                                                           | ABI/ASI                                 |
| 32 | Monitorowanie i kontrola systemów informatycznych. Kontrola sprzętu informatycznego. Kontrola zabezpieczeń sieci i systemów informatycznych. Kontrola uprawnień użytkowników. Kontrola przetwarzania danych. | ściśła współpraca z ASI i CGM                                                                                               | ciągłe                     | 80%  | -                                                                                                                                                           | ABI/ASI                                 |
| 33 | Zapewnienie ciągłości działania systemu informatycznego                                                                                                                                                      | Rozbudowa i podnoszenie standardów infrastruktury informatycznej w celu zwiększenia bezpieczeństwa ochrony danych osobowych | ilość zakup sprzętu        | 80%  | -                                                                                                                                                           | ABI/ASI/Z-ca Dyrektora ds. technicznych |
| 34 | Poprawa poziomu dostosowania szpitala do RODO                                                                                                                                                                | Prezentacja nowych rozwiązań prawnych, wzmocnienie zabezpieczeń danych osobowych                                            | dwa spotkania w roku       | 80%  | -                                                                                                                                                           | ABI                                     |
| 35 | Zapewnienie ciągłości pracy szpitala                                                                                                                                                                         | zapewnienie ciągłości dostępu do danych osobowych przetwarzanych w systemie informatycznym                                  | liczba nadanych uprawnień  | 100% | Polityka bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych i instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych SPZGiChP | ABI, ASI                                |

Kierownik Apteki

*B. Dun*  
mgr farm. Bożena Denis

KOORDYNATOR  
ds. Kontroli Zarządczej

*K. Petryna*  
mgr inż. Kinga Petryna

15.01.2018r.

ZASTĘPCA DYREKTORA  
ds. MEDYCZNYCH

*J. Owczarczyk*  
lek. Jacek Mariusz Owczarczyk

ZASTĘPCA DYREKTORA  
ds. TECHNICZNYCH

*J. Grabińska*  
inż. Jolanta Grabińska

ZASTĘPCA DYREKTORA  
ds. EKONOMICZNYCH  
GŁÓWNY KSIĘGOWY

*A. Jaśkowiak*  
mgr Andrzej Jaśkowiak

NACZELNA PIEŁĘGNIARKA

*T. Sadowska-Wolkowicka*  
mgr pielęg. Teresa Sadowska-Wolkowicka

*M. Szpilak*  
Młoda Szpilak

INSPEKTOR

ds. administrowania bezpieczeństwem  
informacji i polityką teleinformatyczną

*M. Ponichtera*  
mgr Magdalena Ponichtera

DYREKTOR

*I. Petryna*  
Irena Petryna

KIEROWNIK DZIAŁU  
DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ

*M. Rosia*  
mgr Małgorzata Rosia

GŁÓWNY SPECJALISTA  
- Kierownik Sekcji Analiz  
i Rozliczeń

*P. Socha*  
mgr Piotr Socha