

Sprawozdanie z planu działalności Samodzielnego Publicznego Zespołu Gruzlicy i Chorób Płuc w Olsztynie za rok 2017

Lp.	Cel/zadanie	Najważniejsze planowane zadania służące realizacji celu	Mierniki określające stopień realizacji celu			Najważniejsze podjęte zadania służące realizacji celu	Czy cel został osiągnięty? (tak/nie)
			Nazwa miernika	Planowana wartość do osiągnięcia na koniec roku, którego dotyczy sprawozdanie	Osiągnięta wartość na koniec roku, którego dotyczy sprawozdanie		
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Kompleksowa ocena lekarska pacjenta	Kontrola dokumentacji medycznej	% zgodności dokumentacji medycznej z wytycznymi	90%	94%	Spotkania informacyjne, wprowadzenie modyfikacji oceny zagrożenia chorobą zakrzepowo - zatorową, wdrażanie dalszych elementów w ramach dokumentacji elektronicznej zlecenie antybiotyków oraz leków rozliczanych indywidualnie na pacjenta	Tak
2		Kontrola prawidłowego prowadzenia przyjęć i wypisów pacjentów pod kątem właściwych rozliczeń z NFZ	Spadek ilości zakwestionowanych świadczeń o 0,05% w stosunku do ogólnej liczby pacjentów	-0,05%	W 2017 roku uzyskano ilość 109 zakwestionowanych świadczeń. W 2016 roku liczba ta wynosiła 43. Nie osiągnięto założonego wyniku. Jednakże w szpitalu leczono więcej pacjentów co nie bez znaczenia przelożyło się na zwiększenie liczby zakwestionowanych świadczeń.	Bieżąca analiza i weryfikacja poprawności rozliczeń z NFZ, bieżąca kontrola dokumentacji medycznej	Nie
3		Bieżące monitorowanie informacji w zakresie kolejek oczekujących	Zmniejszenie liczby błędnych i niekompletnych wpisów	-5%	Pojedyncze błędy wynikające z nie skreślenia pacjenta po realizacji świadczenia - w roku bieżącym utrzymuje się na poziomie 2 błędów/miesiąc	Comiesięczna ocena kolejek oczekujących	Tak
4		Zapewnienie ciągłości i jakości dostarczanych mediów	Ilość przypadków braku zapewnienia zaopatrzenia szpitala w media	0	0	Bieżąca kontrola stanu technicznego urządzeń jako zabezpieczenie prawidłowej pracy szpitala	Tak

5	Zapewnienie ciągłości pracy szpitala	Zapewnienie ciągłości pracy aparatury medycznej i sprzętu laboratoryjnego	Ilość przypadków braku zapewnienia ciągłości pracy aparatury medycznej i sprzętu laboratoryjnego	0	6	Zgłoszono problemy techniczne z aparatem, badania wykonywane u podwykonawcy, bieżące przeglądy aparatury medycznej, działania informacyjno - edukacyjne dla personelu obsługującego aparaturę medyczną	Nie
6		Zapewnienie ciągłości dostępu do danych medycznych i osobowych w systemie informatycznym	Ilość stwierdzonego braku dostępu do systemów informatycznych	0	0	Utrzymanie w bieżącej sprawności zasilaczy UPS (przeprowadzony serwis naprawczy), zawarcie umów serwisowych oprogramowań i sprzętu IT, zawarcie umowy na opiekę nad systemem informatycznym po godzinach pracy administracji szpitala	Nie
7		Zapewnienie ciągłości i jakości dostarczanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych	Ilość odmów z hurtowni na leki z przetargu i zakupy u innego dostawcy	-1%	-0,50%	W przypadku informacji o braku leku, zwiększenie zapasów	Tak
8		Zapewnienie ciągłości i jakości dostarczanych odczynników	Monitorowanie jakości odczynników	0	5	Zareklamowano i wymieniono wadliwy odczynnik	Nie
9		Optymalizacja rozliczania świadczeń w poradni	Wzrost przychodów z poradni o 5%	5%	8% w I półroczu	Utrzymano stałą analizę kosztów udzielanych porad. Zmniejszono ilość porad "kosztochłonnych" w tym np.. Bronchoskopii w trybie ambulatoryjnym. Ocena II półrocza niemiernodajna z uwagi na zmianę sposobu finansowania (sieć szpitali). Porównanie będzie możliwe w stosunku do I kwartału 2018r.	Tak

10	Racjonalna gospodarka finansowa	Optymalizacja kosztów i przychodów w celu poprawy planowanego wyniku finansowego	Zmniejszenia o 5% ilości rehospitalizacji	-5%	-2,30%	Zoptymalizowano zasady rozliczeń w ramach JGP, stałe monitorowanie rozliczeń i ograniczenie styczeńności. W 2016 - 25 rehospitalizacji, w 2017 - 24. Zbyt wysoki wskaźnik przyjęty z uwagi na diagnostykę chorób nowotworowych - konieczność szybkiego pogłębienia diagnostyki w zależności od uzyskanych wyników badań.	Nie
11			% realizacji zaplanowanych kosztów	96% wykonania roku 2016	108,4% (wzrost kosztów leków rok do roku o 27,2%)	Kompleksowa analiza kosztów działalności, szczegółowa analiza dokonywanych zakupów, powiązanie kosztów z uzyskiwanymi przychodami (wzrost przychodów z NFZ o 12,2%)	Nie
12			Wykonanie kontraktu z NFZ	100%	100%	Przesunięcia środków w ramach umów z NFZ, duże zaangażowanie personelu w realizację kontraktu i ryczałtu	Tak
13			Ilość otrzymanych świadczeń od ubezpieczyciela	80% zgłaszanych szkód	100%	Staranne przygotowanie wniosków o odszkodowanie	Tak
14			Ujemny wskaźnik rentowności i pogłębiająca się strata	> lub = 0	> 0	Wyegzekwowanie z NFZ jak najwyższej kwoty za wykonanie nadlimitów	Tak
15	Osiągnięcie poprawy wykorzystania środków trwałych	Racjonalne wykorzystanie posiadanej bazy sprzętowo - lokalowej	Wskaźnik produktywności środków trwałych	> 1,3	1,6	Wykonywanie większej ilości świadczeń na rzecz NFZ, racjonalna gospodarka zakupowa	Tak
16		Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom	Zmniejszenie ilości zdarzeń niepożądanych, w tym upadków pacjentów	-10%	-61%	Analiza przyczynowo-skutkowe, montaż barierek w łazienkach, realizacja programu zapobiegania upadkom	Tak

17	Dokonalenie jakości świadczonych usług	Zapobieganie zakażeniom szpitalnym	Zmniejszenie wskaźnika zakażeń	-0,10%	-0,6%	Kontrola przestrzegania procedur w zakresie profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych, rejestr i monitorowanie zakażeń szpitalnych, edukacja personelu, realizacja programu higieny rąk	Tak
18		Monitorowanie standardów i procedur	Liczba przeprowadzonych audytów	100%	100%	Opracowanie nowych procedur zgodnych z wytycznymi klinicznymi i wymogami prawnymi, monitorowanie skuteczności realizacji standardów klinicznych i opieki nad pacjentem	Tak
19		Zapewnienie bezpieczeństwa pracownikom	Zmniejszenie ilości ekspozycji zawodowych oraz wypadków przy pracy (w tym upadków i urazów)	-10%	600%	Zakup sprzętu i odczynników wysokiej jakości, opracowanie programu zapobiegania wypadkom , wybieranie ofert najkorzystniejszych pod względem ekonomicznym i jakościowym, kontrola przestrzegania przepisów BHP	Nie
20	Nieprawidłowe pobieranie, transportowanie materiału, błędy laboratoryjne	Monitorowanie ilości popełnianych błędów	Spadek ilości występujących błędów przed i laboratoryjnych o 5%	-5%	Analiza monitorowanych błędów w II półroczu 2016 - 0,52%, II półroczu 2017 - 0,23% (wzrost ilości wykonywanych badań - 39%)	Przestrzeganie procedur	Tak
21	Przeszkolenie nowo przyjmowanych pracowników	Bieżące monitorowanie i ścisła współpraca z działem kadr w ww. zakresie	Liczba szkoleń	100	100	Przeszkolenie nowo przyjmowanych pracowników	Tak
22	Sukcesywne informowanie zainteresowanych komórek szpitala o przyjęciach/zwolnieniach pracowników	Przekazywanie informacji uzyskanych z działu kadr	Ilość powiadomień	50	80	Przekaz informacji między komórkami organizacyjnymi	Tak

23	Przeprowadzenie szkoleń przypominających u pracowników dotychczasowych szpitala	Rozwinięcie prezentacji multimedialnej o zagadnienia będące w danym momencie istotne dla ochrony danych szpitala	Ilość szkoleń	2	2	Szkolenia, audyty, doszkalanie personelu, informowanie o nowych rozwiązaniach	Tak
24	Aktualizacja załączników polityki IT i zasad administrowania bezpieczeństwem informacji szpitala	Systematyczne coroczne aktualizowanie wszystkich niezbędnych załączników	Ilość aktualizacji	1	2	Wprowadzenie nowych załączników	Tak
25	Bieżący nadzór nad przestrzeganiem ochrony danych osobowych szpitala	Wizytacje na oddziałach	Ilość wizytacji szpitala	100%	100%	Systematyczne wizytacje poszczególnych komórek organizacyjnych, rozmowa z personelem, współpraca z ASI	Tak
26	Nadanie uprawnień do EWUŚ i DILO dla pracowników szpitala	Na wniosek kierowników - zgoda na nadanie uprawnień kierowana do administrowania systemu informatycznego	Ilość nadanych uprawnień	100	100	Występowanie z wnioskiem do ASI o nadanie uprawnień	Tak
27	Audyty akredytacyjne w komórkach szpitala z zakresu ochrony danych osobowych	Audyt wraz z komisją - z sekcji statystyki oraz administratora systemu informatycznego	2 audyty	2	0		Nie
28	Aktualizacja polityki teleinformatycznej - dostosowanie do zmieniających się warunków funkcjonowania działu informatyków	Wspólnie z ASI określenia zmian w aktach wewnętrznych	Ilość aktualizacji	1	2	Zaktualizowano akty wewnętrzne i wewnętrzne procedury	Tak

KOORDYNATOR
ds. Kontroli Zarządczej
mgr inż. Kinga Petryna

GŁÓWNY SPECJALISTA
- Kierownik Sekcji Analiz i Rozwoju
mgr Piotr Socha

KIEROWNIK DZIAŁU
DIAGNOSTYKI I LABORATORYJNEJ
mgr Małgorzata Rosłan
Kierownik Apteki
mgr farm. Bożena Denis

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. EKONOMICZNYCH
GŁÓWNY KSIĘGOWY

mgr Andrzej Jaśkowiak
ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. MEDYCZNYCH

lek. Jacek Mariusz Owczarczyk

DYREKTOR

mgr inż. Kinga Petryna