

a/a

Sprawozdanie z planu pracy Samodzielnego Publicznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie za rok 2018

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	Kompleksowo ocena lekarska pacjenta	Kontrola dokumentacji medycznej	% zgodności dokumentacji medycznej z wylicznymi	90%	95,1%	Spotkania informacyjne, wdrażanie dalszych elementów w ramach dokumentacji elektronicznej - zlecenie antybiotyków oraz leków rozliczanych indywidualnie na pacjenta. Modyfikacja zgód na leczenie/zabiegi pod kątem zgodności z wymaganiami prawnymi (RODO, ustawa o prawach pacjenta)	Tak
2	Zapewnienie ciągłości pracy szpitala	Bieżące monitorowanie informacji w zakresie kolejek oczekujących	Zmniejszenie liczby błędnych i niekompletnych wpisów	-5%	Pojedyncze błędy wynikające z nie skreślenia pacjenta po realizacji świadczenia lub niekompletnych danych - w kolejnym roku utrzymuje się na poziomie 1-3 błędów/miesiąc	Comiesięczna ocena kolejek oczekujących	Tak
3		Zapewnienie ciągłości i jakości dostarczanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz odczynników	Ilość odmów z hurtowni na leki z przetargu i zakup u innego dostawcy monitorowanie jakości odczynników	-1%	-0,04%	Monitorowanie dostępności leków w celu zapewnienia ciągłości pracy szpitala, zwiększenie zapasów leków w przypadku ich braku na rynku lub zakup zamienników. Jedna odmowa z hurtowni i zakup u innego dostawcy	Tak
4		Zapewnienie ciągłości dostępu do danych osobowych przetwarzanych w systemie informatycznym	liczba nadanych uprawnień	100%	100%	Uaktualnianie uprawnień, modyfikacja zgodna ze zmianami danych użytkownika	Tak
5		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 2018 roku uzyskano ilość 69 zakwestionowanych świadczeń. W 2017 roku liczba ta wyniosła 109. Osiągnięto założony wskaźnik, pomimo leczenia większej liczby pacjentów.	Bieżąca analiza i weryfikacja poprawności rozliczeń z NFZ, bieżąca kontrola dokumentacji medycznej. Wyeliminowanie styżności.	TAK
6		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
7		Zapewnienie ciągłości pracy aparatury medycznej	Ilość przypadków braku zapewnienia ciągłości pracy aparatury medycznej	0	0	Bieżące przeglądy aparatury medycznej, działania informacyjno- edukacyjne dla personelu obsługującego aparaturę medyczną,	Tak

8		Zapewnienie ciągłości dostępu do danych medycznych i osobowych w systemie informatycznym	Ilość stwierdzonego braku dostępu do systemów informatycznych	0	2	Brak dostępu do systemów informatycznych wynikał z próby włamania przez niezidentyfikowane osoby do serwerów szpitala. Podjęto działania ograniczające dostęp do systemów przez dostawców/usługodawców zewnętrznych. Dostęp do systemów dla w/w jest udzielany każdorazowo po przeanalizowaniu zasadności złożonego wniosku.	Nie
9		Zapewnienie ciągłości i jakości dostarczanych odczynników	Monitorowanie odczynników	0	0	Nie wymagało	Tak
10		Zatrudnienie diagnosty laboratoryjnego	Zwiększenie ilości zatrudnionego personelu	1	1	Zatrudnienie diagnosty laboratoryjnego	Tak
11		Optymalizacja rozliczania świadczeń w poradni	Wzrost przychodów z poradni	5%	17%	Prowadzona jest stała analiza kosztów udzielanych porad. Zwiększono ilość godzin w poradni pulmonologicznej, zmniejszono ilość porad W-11 w pulmonologii.	Tak
12			Zmniejszenie o 5% ilości rehospitalizacji	-5%	Wzrost o 17%	Przyjęty wskaźnik nie został osiągnięty z uwagi na stale zwiększającą się ilość diagnostyki guzów płuc. Jednym z powodów jest konieczność szybkiej diagnostyki, opartej o powtarzające się hospitalizacje (przede wszystkim biopsje pod kontrolą TK). Zauważono zwiększony procent powtórnych biopsji (10%) - problem przedstawiono do analizy torakochirurgom, którzy wykonują to badanie.	Nie
13			% realizacji zaplanowanych kosztów (100% z pominięciem kosztów leków)	100%	105,80%	Kompleksowa analiza kosztów działalności, szczegółowa analiza dokonywanych zakupów, powiązanie kosztów z uzyskiwanymi przychodami (wzrost przychodów z NFZ o 11,1%)	Nie
14			Wykonanie kontraktu z NFZ	100%	100%	Przesunięcia środków w ramach umów z NFZ, duże zaangażowanie personelu w realizację kontraktu i ryczałtu	Tak
15			Wzrost kosztów ubezpieczenia o 25%	< 120% wykonania 2017 roku	120,20%	Znaczne zwiększenie ilości i wartości sprzętu objętego ubezpieczeniem, wskaźnik na granicy	Tak
16			Wynik finansowy	Wynik finansowy > 0	> 0	Wyegzekwowanie z NFZ jak najwyższej kwoty za wykonane nadlimity	Tak
17		Monitorowanie zgłoszeń korupcyjnych	Liczba zgłoszeń korupcyjnych	0	0	Nie wymagało	Tak
18	Osiągnięcie poprawy wykorzystania środków trwałych	Racjonalne wykorzystanie posiadanej bazy sprzętowo - lokalowej	Wskaźnik produktywności środków trwałych	> 1,35	1,9	Wykonywanie większej ilości świadczeń na rzecz NFZ, racjonalna gospodarka zakupowa	Tak
19		Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom i utrzymanie wysokiego	Zmniejszenie ilości zdarzeń niepożądanych, w tym upadków pacjentów	-5%	33%	Analiza przyczynowo-skutkowa Montaż barierek w łazienkach. Realizacja programu zapobiegania upadkom	Nie

20	Dokonalenie jakości świadczonych usług	pacjentom i utrzymanie wysokiego poziomu zadowolenia pacjentów i ich rodzin	Wyniki badań satysfakcji pacjentów, ilość wniesionych skarg i wniosków	-5%	-67%	Nadzór nad przestrzeganiem Praw Pacjentów, zwiększenie dostępności informatorów, utrzymanie wysokiego standardu usług hotelowych, żywienia i sprzątnia. Nadzór nad firmami zewnętrznymi.	Tak
21		Zapobieganie zakażeniom szpitalnym	Zmniejszenie wskaźnika zakażeń	-0,10%	2,1%	Kontrola przestrzegania procedur w zakresie profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych, rejestr i monitorowanie zakażeń szpitalnych, edukacja personelu, realizacja programu higieny rąk	Nie
22		Zapewnienie bezpieczeństwa pracownikom	Zmniejszenie ilości ekspozycji zawodowych oraz wypadków przy pracy (w tym upadków i urazów)	-10%	-50%	Zakup sprzętu i odczynników wysokiej jakości, opracowanie programu zapobiegania wypadkom, wybieranie ofert najkorzystniejszych pod względem ekonomicznym i jakościowym, kontrola przestrzegania przepisów BHP	Tak
23	Nieprawidłowe pobieranie, transportowanie materiału, błędy przed i laboratoryjne	Monitorowanie ilości popełnianych błędów	Spadek ilości występujących błędów przed i laboratoryjnych o 3%	-3%	Analiza monitorowanych błędów w II półroczu 2017 - 0,2%, II półroczu 2018 - 0,3% (przy wzroście ilości wykonywanych badań o 7%)	Przestrzeganie procedur	Tak
24	Szkolenie nowoprzyjmowanych pracowników	Bieżące monitorowanie i ścisła współpraca z działem kadr w w/w zakresie	Ilość odbytych szkoleń przez każdego pracownika	100%	100%	Współpraca z działem kadr i szkolenie nowych pracowników przed rozpoczęciem pracy w szpitalu.	Tak
25	Sukcesywne informowanie ASI o przyjęciach/zwolnieniach/ zmianach danych pracowników w celu nadania bądź odebrania im uprawnień	Terminowe przekazywanie informacji i współpraca z ASI	Ilość zgłoszeń	100%	100%	Bieżące informowanie ASI o wszelkich zmianach danych osób uprawnionych do przetwarzania danych osobowych w systemach informatycznych	Tak
26	Podnoszenie własnych kwalifikacji zawodowych	Uczestnictwo w szkoleniach zewnętrznych	Szkolenia zewnętrzne - 2-3 razy do roku	80%	100%	Podjęcie studiów podyplomowych „Inspektor Ochrony Danych”	Tak
27	Podnoszenie świadomości pracowników szpitala	Szkolenia pracowników	Ilość odbytych szkoleń przez każdego pracownika - cykliczne szkolenia	100% - udział każdego pracownika w dwóch szkoleniach w ciągu roku	100%	Szkolenie wszystkich pracowników	Tak
28	Aktualizacja przepisów wewnętrznych dotyczących bezpieczeństwa informacji w szpitalu	Systematyczne aktualizowanie aktów wewnętrznych, tworzenie nowych procedur	Liczba aktualizacji dokumentacji	80%	100%	Aktualizacja procedur bezpieczeństwa ochrony danych osobowych	Tak
29	Bieżący nadzór nad przestrzeganiem zasad bezpieczeństwa ochrony danych osobowych	Wizytacje na oddziałach, rozmowa z personelem	Liczba wizytacji komórek organizacyjnych szpitala	100%	100%	Audyty wewnętrzne	Tak
30	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%	100%	Bieżąca współpraca z ASI	Tak
31	Poprawa poziomu dostosowania szpitala do przepisów prawa	Prezentacja nowych rozwiązań prawnych, wzmocnienie zabezpieczeń danych osobowych	Dwa spotkania w roku	80%	80%	Spotkanie kadry kierowniczej, udostępnianie informacji dotyczących danych osobowych w konkretnych sektorach	Tak

13.02.2019r.

KIEROWNIK DZIAŁU
DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJmgr Małgorzata Roslan
NACZELNA PIELEGNIARKA

mgr piel. Teresa Sadowska-Wolkowicka

inspektor Ochrony Danych

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. MEDYCZNYCH

lek. Jacek Owczarczyk

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. EKONOMICZNYCH
GŁÓWNY KSIĘGOWYmgr Andrzej Jaśkowiak
mgr Małgorzata Roslan

„Pacjentom nasza wiedza, praca i życzliwość”

GŁÓWNY SPECJALISTA
- Kierownik Sekcji Analiz
i Rozliczeńmgr Piotr Socha
Kierownik Apteki

mgr farm. Bożena Denis

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. TECHNICZNYCH
mgr Jolanta GrabińskaDYREKTOR
mgr Irena PetrynaKOORDYNATOR
ds. Kontroli Zarządczej

mgr inż. Kinga Petryna