

o/a

Plan pracy Samodzielnego Publicznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie na rok 2019

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		Pozyskanie minimum 2 lekarzy onkologów	Zwiększenie obsady lekarskiej OOPC o równoważnik 2 etatów	+2	Zachowanie bezpieczeństwa pacjentów	Dyrektor, Dyrektor ds. Medycznych
4		Pozyskanie minimum 2 lekarzy pulmonologów	Zwiększenie obsady lekarskiej KP-OP o równoważnik 2 etatów	+2	Zachowanie bezpieczeństwa pacjentów, realizacja zadań związanych z dydaktyką	Dyrektor, Dyrektor ds. Medycznych
5		kontrola wypisów ze szpitala pod kątem prawidłowych rozliczeń z NFZ	spadek ilości świadczeń odrzuconych z rozliczeń o 10%	63	kontrakt z NFZ	Główny Specjalista, SAR
6		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 z NFZ	Kierownik apteki
7		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, IOD
8		Zapewnienie ciągłości pracy aparatury medycznej i sprzętu laboratoryjnego	Ilość przypadków braku zapewnienia ciągłości pracy aparatury medycznej i sprzętu laboratoryjnego	0	Plan kontroli serwisowych	

9		Zapewnienie ciągłości dostępu do danych medycznych w systemie informatycznym	ilość stwierdzonego braku dostępu do systemów informatycznych, zgłoszenia naruszeń danych	0	Polityka bezpieczeństwa informacji	
10	Zapewnienie ciągłości pracy szpitala	Szkolenie nowoprzyjmowanych pracowników	ilość odbytych szkoleń przez każdego pracownika	100%	Polityka bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych i instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych SPZGiChP, Procedury bezpieczeństwa danych osobowych	IOD
11		Sukcesywne informowanie ASI o przyjęciach/zwolnieniach/ zmianach danych pracowników w celu nadania bądź odebrania im uprawnień w systemach informatycznych	ilość zgłoszeń, ilość nadanych uprawnień	100%	Polityka bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych i instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych SPZGiChP	IOD
12		Podnoszenie świadomości pracowników szpitala- 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, Procedury bezpieczeństwa danych osobowych	IOD
13		Aktualizacja przepisów wewnętrznych dotyczących bezpieczeństwa informacji w szpitalu,	liczba aktualizacji dokumentacji	80%	-	IOD
14		Bieżący nadzór nad przestrzeganiem zasad bezpieczeństwa ochrony danych osobowych	liczba wizytacji komórek organizacyjnych szpitala	100%	Polityka bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych i instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych SPZGiChP, Procedury bezpieczeństwa danych osobowych	IOD
15		Kontrola uprawnień użytkowników, kontrola przetwarzania danych.	ilość zgłoszeń naruszeń bezpieczeństwa	80%	Instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych SPZGiChP	IOD/ASI

16		Zapewnienie codziennej dostępności do poradni pulmonologicznej	Utrzymanie dostępności do poradni pulmonologicznej na poziomie minimum 40 godzin tygodniowo	100%	zapewnienie dostępności do świadczeń ambulatoryjnych	Dyrektor, Dyrektor ds. Medycznych
17		Zwiększenie dostępności do poradni onkologicznej	Dostępność do poradni onkologicznej w wymiarze 20 godzin tygodniowo	+3	zapewnienie dostępności do świadczeń ambulatoryjnych	Dyrektor, Dyrektor ds. Medycznych
18	Racjonalna gospodarka finansowa	Monitorowanie zgłoszeń korupcyjnych	Liczba zgłoszeń korupcyjnych	0	Polityka antykorupcyjna	Dyrektor, wszyscy pracownicy Szpitala
19		Optymalizacja kosztów i przychodów w celu utrzymania i poprawy planowanego wyniku finansowego	wykonanie PSZ	100%	Kontrakt NFZ	GS, ZDM, ZDE
20			% realizacji zaplanowanych kosztów	100%	Plan finansowy	Dyrektor ds. medycznych, Dyrektor ds. ekonomicznych, Naczelna Pielęgniarka, Kierownicy komórek org., Kierownik Apteki, Główny Specjalista
21			Wykonanie ryczałtu i innych umów z NFZ	100%	Plan finansowy	Dyrektor ds. medycznych, Dyrektor ds. ekonomicznych, Naczelna Pielęgniarka, Kierownicy komórek org.
22			Wysokość składek ubezpieczeniowych	< 120% wykonania 2018 roku	Plan finansowy	Dyrektor ds. technicznych, kierownik Działu organizacji i zamówień publicznych
23			Dodatni wskaźnik rentowności i wzrastająca efektywność	Wynik finansowy > 0	Plan finansowy	Dyrektor ds. medycznych, Dyrektor ds. ekonomicznych, Naczelna Pielęgniarka, Kierownicy komórek org., Kierownik Apteki, Główny Specjalista
24	Osiągnięcie poprawy wykorzystania środków trwałych	Racjonalne wykorzystanie posiadanej bazy sprzętowo - lokalowej	Wskaźnik produktywności środków trwałych	> 1,4	Plan finansowy	Dyrektor ds. medycznych, Dyrektor ds. technicznych, Dyrektor ds. ekonomicznych
25	Monitorowanie wskaźników jakości	Szkolenie dotyczące prawidłowego pobierania i transportu materiału	Rejestr błędów przedlaboratoryjnych	spadek o 3%	Procedury laboratoryjne	Pracownicy DDL
26	Monitorowanie i rejestr patogenów alarmowych	Rejestr liczby patogenów	Rejestr patogenów alarmowych	Utrzymanie liczby patogenów na podobnym poziomie	Procedury laboratoryjne, Ustawa o chorobach zakaźnych (zmiany)	Kierownik DDL

27	Utrzymanie wysokiej jakości usług potwierdzonej certyfikatami jakości i uczestnictwa w sprawdzianach zewnętrznlaboratoryjnych	Monitorowanie i eliminowanie błędów mających wpływ na uzyskiwane wyniki badań laboratoryjnych	Nadzór nad procesem diagnostycznym	Otrzymanie 100% certyfikatów jakości i uczestnictwa w sprawdzianach zewnętrznlaboratoryjnych	Ustawa o standardach jakości MLD (zmiany)	Kierownik, zastępca kierownika
28	Przeprowadzenie przetargu na odczynniki, doposażenie laboratorium	Informacje dotyczące zapotrzebowania na nowe badania wykonywane w DDL	Zwiększenie panelu wykonywanych badań	do 1%	Planowany rozwój szpitala	Kierownik, zastępca kierownika

DYREKTOR
Irena Petryna

KOORDYNATOR
ds. Kontroli Zarządczej

mgr inż. Kinga Petryna

11.01.2019r.

NACZELNA PIELEGNIARKA

mgr pielęg. Teresa Sadowska-Wolkowicka

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. EKONOMICZNYCH
GŁÓWNY KSIĘGOWY

mgr Andrzej Jaśkowiak

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. MEDYCZNYCH

lek. Jacek Owczarczyk

GŁÓWNY SPECJALISTA
- Kierownik Sekcji Analiz

KIEROWNIK DZIAŁU Rozliczeń
DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ
mgr Piotr Socha
mgr Małgorzata Rostan

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. TECHNICZNYCH

mgr Jolanta Grobińska

Kierownik Apteki

mgr farm. Bożena Denis