

**PLAN DZIAŁALNOŚCI
ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ W ROPCZYCACH
NA ROK 2020**

Misja Zespołu: „*Dbanie o dobro, zdrowie i bezpieczeństwo pacjentów poprzez stałe zaangażowanie, wysoką jakość i nieustanny rozwój*”

LP.	CEL	MIERNIKI OKREŚLAJĄCE STOPIEŃ REALIZACJI CELU		NAJWAŻNIEJSZE ZADANIA SŁUŻĄCE 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	Realizacja kontraktów z NFZ (zapewnienie ciągłości działania)	% wykonania Umów z NFZ	100-110%	Comiesięczne monitorowanie stopnia wykonania Umów w poszczególnych zakresach świadczeń oraz zapłaty miesięcznej transzy przez NFZ. Racjonalne gospodarowanie przyznanymi limitami. Bieżące monitorowanie i przekazywanie danych do NFZ w zakresie kolejek oczekujących. Ocena list oczekujących pod względem poprawności prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności zmian terminów. Zmniejszenie liczby ponownych hospitalizacji (w okresie krótszym niż 14 dni). Analiza zgonów, powtórnych hospitalizacji, odmów przyjęć oraz przedłużonych pobytów.	Umowy z NFZ Wytyczne dotyczące prowadzenia kolejek oczekujących	Kierownicy komórek organizacyjnych Ordynatorzy/Kierownicy Oddziałów Kierownik Działu Organizacji, Nadzoru i Rozliczeń Ordynatorzy/ Kierownicy Oddziałów Zespół ds. oceny przyjęć Zespół ds. analizy zgonów, powtórnych hospitalizacji, przedłużonych pobytów

2	Doskonalenie jakości świadczonych usług	liczba personelu uczestniczącego w szkoleniach, kursach, specjalizacjach	utrzymanie liczby personelu uczestniczącego w szkoleniach, kursach, specjalizacjach na poziomie poprz. r-ku	<p>Ułatwienie podnoszenia kwalifikacji poprzez możliwość uczestnictwa w kursach, szkoleniach, specjalizacjach. Analiza kwalifikacji, uprawnień personelu oraz terminów ich ważności.</p> <p>Rozeznanie potrzeb szkoleniowych i przedstawianie planów szkoleń przez kierowników komórek i samodzielne stanowiska pracy Dyrektorowi do dnia 30 stycznia danego roku Przydzielenie zadań zw. z organizacją i dokumentowaniem szkoleń.</p>	<p>Plany szkoleń komórek organizacyjnych</p> <p>Plan szkoleń ZOZ Ropczyce</p>	<p>Kierownicy komórek organizacyjnych</p> <p>Kierownik Działu Spraw Pracowniczych</p> <p>Dyrektor</p>
		stopień zadowolenia pacjenta	<p>wskaźnik zadowolenia $\geq 85\%$</p> <p>średnia ocena pobytu $\geq 4,00$</p>	<p>Badanie satysfakcji pacjenta z otrzymanej usługi medycznej - analiza ankiet. Wnioskowanie, działania zaradcze.</p> <p>Przeprowadzenie okresowych ocen pracowników co 2 lata (zmiana procedury).</p>	<p>Procedura przeprowadzania okresowych ocen pracowników</p>	<p>Pełnomocnik ds. SZJ Komitet ds. Jakości</p> <p>Bezpośredni przełożeni Kierownik Działu Spraw Pracowniczych</p>
		liczba zdarzeń niepożądanych	$\leq 5\%$ hospitalizacji	<p>Rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej i rejestrów. Analiza zdarzeń niepożądanych. Realizacja wniosków i zaleceń pokontrolnych. Szkolenia personelu z zakresu zdarzeń niepożądanych. Aktualizacja Procedury postępowania w przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego w ZOZ Ropczyce. Aktualizacja i opracowanie nowych procedur i standardów.</p>	<p>Zalecenia Konsultantów Krajowych w dziedzinie Pielęgniarstwa dot. zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych; profilaktyki ryzyka upadku Zalecenia PTPAiO</p>	<p>Kierownicy komórek organizacyjnych Zespół ds. analizy zdarzeń niepożądanych Komitet ds. Jakości Przełożona Pielęgniarek Zespół ds. standardów i procedur pielęgniarskich</p>

2	Doskonalenie jakości świadczonych usług	Wskaźnik PZZ (liczba pacjentów z odleżyną nabytą w szpitalu/liczba pacjentów zagrożonych odleżyną)	$PZZ \leq 7\%$	Ocena ryzyka wystąpienia odleżyn. Stosowanie profilaktyki przeciw odleżynowej. Prowadzenie Rejestru pacjentów z odleżynami i pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyn. Rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej. Udział Szpitala i ZPO w rejestrze odleżyn DECUBITUS CMJ - gromadzenie danych. Analiza wskaźników dotyczących odleżyn. Aktualizacja Procedury profilaktyki i leczenia odleżyn, wskazówek dla pacjentów. Wnioskowanie i opiniowanie potrzeby zakupu sprzętu przeciwoodleżynowego (tj. materace, poduszki, i Inn.), opatrunków specjalistycznych, antyseptyków, środków do miejscowego stosowania na skórę, itp. Szkolenia dot. profilaktyki i leczenia odleżyn/leczenia ran.	Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa w sprawie prowadzenia profilaktyki odleżyn u pacjentów hospitalizowanych Wytyczne Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran Konsensus dotyczący antyseptyki ran 2018	Pielęgniarki oddziałowe/Kier. ZPO Pełnomocnik ds. SZJ Zespół ds. profilaktyki i leczenia odleżyn
		liczba wypadków przy pracy (w tym zranień i zakłuć)	≤ 20	Przestrzeganie procedur i instrukcji bhp. Przestrzeganie procedury post. po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał biologiczny pacjenta mogący przenieść zakażenie wirusami HBV, HCV, HIV. Półroczne raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy. Ocena ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy. Okresowa analiza wypadków przy pracy i zranień ostrymi narzędziami. Nadzór nad aktualnością badań profilaktycznych pracowników. Szkolenia pracowników. Dokonanie oceny ryzyka zranień ostrymi narzędziami. Zakup odzieży ochronnej Prowadzenie rejestrów zranień/zakłuć.		Kierownicy komórek organizacyjnych Inspektor ds. bhp Komisja bhp

		liczba chorób zawodowych	<2	Prowadzenie rejestru chorób zawodowych.		Inspektor ds. bhp
3	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych	Liczba nowo zatrudnionych lekarzy	3	Publikacja ogłoszeń w prasie lokalnej i branżowej, na tablicach ogłoszeń, na stronie internetowej. Poszukiwanie lekarzy przez kontakty nieformalne.		Dyrektor Kierownik Działu Spraw Pracowniczych Kierownik Działu Informatyki
		% realizacji	100%	Przebudowa kotłowni, termomodernizacja budynku A, wykonanie stropu nad ZPO, docieplenie dachów, montaż instalacji fotowoltaicznej, pomp ciepła, kogeneracji, modernizacja instalacji solarnej w ramach realizacji projektu „Zwiększenie efektywności energetycznej budynków Szpitala Powiatowego w Sędziszowie Młp.	Umowa o dofinansowanie Projektu w ramach RPO województwa podkarpackiego na lata 2014-2020	Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych Administrator Szpitala Kierownik Działu Technicznego
		% realizacji	100%	Remont pomieszczeń Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Sędziszowie Młp.		
		% realizacji	100%	Uruchomienie Centralnej Sterylizatorni w Szpitalu Powiatowym w Sędziszowie Młp.		Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno – Technicznych Administrator Szpitala Kierownik Działu Technicznego/Pielęgniarka Epidemiologiczna
4	Racjonalna gospodarka finansowa - realizacja Planu Finansowego	zapewnienie płynności finansowej	suma zobowiązań przeterminowanych na pierwszy dzień każdego m-ca $\leq 1\ 000\ 000$ PLN	Miesięczne analizy wykonania Planu Finansowego w zakresie uzyskanych przychodów i poniesionych kosztów.	Plan Finansowy	Główny Księgowy
		wartość zapasów magazynowych (%)	utrzymanie wartości zapasów na poziomie poprzedniego roku	Racjonalna gospodarka zakupami i zapasami. Weryfikacja ilości i zasadności zamówień. Kontrasygnata finansowa Głównego Księgowego wniosków o dokonanie zakupu.	Plan Finansowy	Kierownicy komórek organizacyjnych Główny Księgowy Dyrektor

5	Zwiększenie poziomu informatyzacji i bezpieczeństwa informacji	opracowanie strategii wdrożenia/ wdrożenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej oraz podpisu elektronicznego (%)	100%	Zapoznanie się z wymogami ustawy i aktów wykonawczych. Określenie zakresu i obszaru działania. Określenie kosztów. Przyjęcie strategii, harmonogramu działań. Zakup i konfiguracja urządzeń i oprogramowania. Szkolenia użytkowników systemu.	Ustawa o zmianie ustawy o informacji w ochronie zdrowia	Kierownik Działu Informatyki
		podwyższenie niezawodności i efektywności systemów informatycznych (%)	100%	Wymiana systemów serwerowych i licencji klienckich. Wymiana stacji roboczych i urządzeń peryferyjnych. Zakup urządzeń sieciowych i oprogramowania zarządzającego.		
		podwyższenie bezpieczeństwa zasobów i sieci informatycznej - wdrożenie nowego urządzenia UTM (%)	100%	Zakup i konfiguracja nowego urządzenia typu UTM.		
		wdrożenie zasad i ograniczeń w dostępie do Internetu (%)	100%	Konfiguracja urządzeń brzegowych (UTM) i zasad PO.		
		stopień realizacji Polityki Bezpieczeństwa Danych Osobowych (%)	100%	Opracowanie planu auditów z zakresu przestrzegania ochrony danych osobowych. Sprawdzenie przestrzegania ochrony danych osobowych wg planu. Ewidencja uprawnień do przetwarzania danych osobowych. Szkolenia z zakresu ochrony danych osobowych. Realizacja wymagań RODO.	Ustawa o ochronie danych osobowych/ RODO/ Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych/ Instrukcja Zarządzania Systemami Informatycznymi	Inspektor Ochrony Danych

6	Usprawnienie komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej	% realizacji procesu	100%	<p>Bieżące spotkania kierowników z pracownikami. Comiesięczne narady Dyrektora z Kierownikami Oddziałów. Okresowe narady z kadrą kierowniczą. Spotkania Dyrekcji z przedstawicielami pracowników. Spotkania integracyjne. Spotkania Komitetów/Komisji i Zespołów. Usprawnienie przepływu informacji drogą elektroniczną. Rozwój Intranetu. Przeprowadzenie badania satysfakcji zawodowej pracowników (co 2 lata – zmiana zasad przeprowadzania/osoby odpowiedzialnej). Okresowe oceny pracowników (co 2 lata – zmiana procedury). Szkolenia z zakresu komunikacji interpersonalnej (w tym e-learning). Szkolenia z zakresu obsługi intranetu, Internetu, poczty e-mail. Zwiększenie zakresu korzystania z e-usług (e-Rejestracja, e-Informacja), IKP - akcja informacyjna. Bieżąca aktualizacja strony internetowej, tablic, informacji dla pacjentów. Coroczne Badanie satysfakcji pacjentów/klientów. Badanie satysfakcji kobiet z opieki okołoporodowej. Udzielanie informacji w mediach.</p>	Instrukcja badania satysfakcji pacjenta Rozporządzenie MZ w spr. standardu organiz. opieki okołoporodowej	<p>Kierownicy komórek organizacyjnych Dyrektor</p> <p>Kierownik Działu Informatyki</p> <p>Kierownik Działu Spraw Pracowniczych</p> <p>Kierownik Działu Informatyki</p> <p>Kierownik Działu Organizacji, Nadzoru i Rozliczeń</p> <p>Pełnomocnik ds. SZJ</p> <p>Dyrektor</p>
7	Utrzymanie Certyfikatu ISO 9001:2015	wynik auditu zewnętrznego jednostki certyfikującej	pozytywny wynik auditu zewnętrznego	<p>Opracowywanie, aktualizacja procedur, instrukcji, standardów. Przegląd zarządzania SZJ. Audyty wewnętrzne SZJ. Powołanie nowych auditorów wewn. Szkolenia dla auditorów wewn. Zewnętrzny audit niezależnej jednostki certyfikującej.</p>	-	<p>Liderzy/właściciele procesów /Kierownicy k.o. Zespoły problemowe</p> <p>Dyrektor Pełnomocnik ds. SZJ Audytorzy wewn. SZJ</p>

*jeżeli potrzeba realizacji celu wynika z dokumentu o charakterze strategicznym, należy podać jego nazwę

30.12.2019 r.

.....
(data)

p.o. Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ropczycach

/-/

mgr inż. Adam Pachlita

.....