

**Plan działalności**  
Szpitala Klinicznego im. ks. Anny Mazowieckiej na rok 2024  
MODYFIKACJA z dnia 11.12.2023r.

Część A: Najważniejsze cele do realizacji w roku 2024		Mierniki określające stopień realizacji celu		Najważniejsze zadania służące realizacji celu		Odniesienie do dokumentu o charakterze strategicznym		Komórki odpowiedzialne	
LP	CEL	Nazwa	Planowana wartość do osiągnięcia na koniec roku, którego dotyczy plan						
1.	Podnoszenie jakości świadczonej usługi / zwiększenie bezpieczeństwa i zadowolenia pacjentów	Zmniejszenie ilości zdarzeń niepożądanych <i>(definicja: ilość zdarzeń niepożądanych w stosunku do ilości hospitalizowanych)</i>	Zmniejszenie ilości zdarzeń niepożądanych w porównaniu z rokiem ubiegłym	TAK	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych</li> <li>2. Identyfikowanie zdarzeń niepożądanych</li> <li>3. Zgłaszanie i rejestracja zdarzeń niepożądanych</li> <li>4. Prowadzenie bieżącej analizy zdarzeń niepożądanych</li> <li>5. Wdrożenie systemu elektronicznego do identyfikacji i monitorowania zdarzeń niepożądanych</li> <li>5. Wprowadzenie zmian w procedurze</li> </ol>	Księga Jakości Procedury i Instrukcje SZJ	Jednostki i komórki organizacyjne działalności podstawowej; Dział Informatyki		
		Raportowanie zdarzeń niepożądanych zgodnie z ustawą			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przeszczeganie przepisów dotyczących bezpiecznej pracy z ostrymi narzędziami</li> <li>2. Przeszczeganie reżimu sanitarno-epidemiologicznego</li> <li>3. Przeprowadzenie szkoleń</li> <li>4. Prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych</li> <li>5. Raportowanie zranień ostrymi narzędziami</li> <li>6. Realizacja profilaktyki po ekspozycji</li> <li>7. Monitorowanie poziomu zakażeń szpitalnych</li> <li>8. Nadzór nad prawidłowością przestrzegania procedur</li> <li>9. Prowadzenie rejestru działań zapobiegawczych</li> <li>10. Nadzór i kontrola firmy sprzątającej</li> <li>11. Przeprowadzenie wywiadów epidemiologicznych, konsultowanie pacjentów podejrzanych o zakażenie szpitalne</li> <li>12. Prowadzenie karty rejestracji drobnoustroju alarmowego/zakażenia szpitalnego dla zdarzenia niepożądanego w postaci zakażenia szpitalnego</li> </ol>	Księga Jakości Procedury i Instrukcje SZJ	Jednostki i komórki organizacyjne działalności podstawowej; Dział Administracji i Zaopatrzenia		
		Utrzymanie niskiego poziomu zakażeń szpitalnych <i>(definicja: Wskaźnik zakażeń szpitalnych dla całego szpitala - liczba zakażeń szpitalnych w stosunku do ilości hospitalizowanych)</i>	Utrzymanie wskaźnika na założonym poziomie 1% / Utrzymanie wskaźnika na poziomie z ubiegłego roku		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przeszczeganie instrukcji, procedur, standardów i przepisów prawa dotyczących zleceń, pobierania, transportu badań do laboratorium i wykonywania badań</li> <li>2. Przeszczeganie systemu kontroli jakości wykonywania badań laboratoryjnych</li> <li>3. Systematyczna kontrola losowo wybranych badań</li> <li>4. Bieżący nadzór i kontrola celem ograniczenia ilości błędów</li> <li>5. Wdrożenie działań naprawczych zgodnie z procedurami procesu przed-laboratoryjnego</li> <li>6. Przeprowadzenie szkoleń z zakresu pobierania i postępowania z materiałem do badań laboratoryjnych</li> <li>7. Monitorowanie ilości błędów przed- i laboratoryjnych</li> <li>8. Nadzór nad prawidłowością przestrzegania procedur i instrukcji</li> <li>9. Udział w kontrolach zewnątrz laboratoryjnych</li> <li>10. Analiza protokołów pokontrolnych</li> </ol>	Księga Jakości Procedury i Instrukcje SZJ	Zespół Laboratoriów Diagnostycznych, Jednostki i komórki organizacyjne działalności podstawowej		
		Zmniejszenie ilości błędów przed i laboratoryjnych <i>(definicja: Wskaźnik ilości błędów przed i laboratoryjnych - ilość błędów przed i laboratoryjnych w poszczególnych laboratoriach w stosunku do ilości skierowań)</i>	Utrzymanie wskaźnika na założonym poziomie w poszczególnych laboratoriach / Utrzymanie wskaźnika na poziomie z ubiegłego roku						

2	Zwiększenie ilości świadczonych usług - wizyt ambulatoryjnych	Liczba wizyt ambulatoryjnych prowadzonych przez położne, które prowadzą ciężę fizjologiczną	600 wizyt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wyznaczenie poloznej do prowadzenia ciąży fizjologicznej</li> <li>2. Sprawowanie opieki nad ciężarną</li> <li>3. Edukacja pacjentek w ciąży</li> <li>4. Prowadzenie szkoły rodzenia</li> </ol>	Plan strategiczny Plan finansowy Umowy z NFZ	Specjalistyczna Poliklinika
3	Zapewnienie ciągłości realizacji świadczeń medycznych - Realizacja kontraktu z NFZ	Stopień realizacji kontraktu w zakresie świadczeń nielimitowanych  <i>(definicja: wartość wykonanych świadczeń nielimitowanych w stosunku do wartości zaplanowanych świadczeń nielimitowanych)</i>  % wykonania umów z NFZ  <i>(definicja: wartość świadczeń wykonanych w ramach poszczególnych umów w stosunku do wartości świadczeń zaplanowanych w ramach poszczególnych umów)</i>	Zwiększenie realizacji kontraktu w zakresie świadczeń nielimitowanych w stosunku do roku poprzedniego	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorowanie stopnia realizacji kontraktu i limitowanych</li> <li>2. Sprawozdania z realizacji kontraktów na poszczególnych oddziałach</li> <li>3. Analiza stopnia realizacji kontraktów</li> <li>4. Monitorowanie stopnia realizacji kontraktu</li> <li>5. Monitorowanie liczby hospitalizowanych pacjentów</li> <li>6. Nadzór nad kontraktem</li> </ol>	Plan strategiczny Plan finansowy Umowy z NFZ	Jednostki i komórki organizacyjne działalności podstawowej, Dział Analiz Ekonomicznych
	Realizacja ryczałtu	<i>(definicja: wartość świadczeń wykonywanych w ramach ryczałtu PSZ w stosunku do wartości świadczeń zaplanowanych w ramach ryczałtu PSZ)</i>	100-110 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorowanie stopnia realizacji ryczałtu</li> <li>2. Sprawozdania z realizacji ryczałtu na poszczególnych oddziałach</li> <li>3. Analiza stopnia realizacji ryczałtu</li> <li>4. Monitorowanie stopnia realizacji ryczałtu</li> <li>5. Monitorowanie liczby hospitalizowanych pacjentów</li> <li>6. Monitorowanie wykonania ryczałtu PSZ</li> </ol>	Plan strategiczny Plan finansowy Umowy z NFZ	Jednostki i komórki organizacyjne działalności podstawowej, Dział Analiz Ekonomicznych
	% rozliczonych hospitalizacji w stosunku do wykonanych hospitalizacji	<i>(definicja: liczba świadczeń zamierzonych przez NFZ w stosunku do liczby świadczeń wykonanych)</i>	≤ 97%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bieżący nadzór / monitoring nad świadczeniami</li> <li>2. Informowanie komórek działalności podstawowej o zaistniałych błędach</li> <li>3. Weryfikacji i generowanie raportu SWX celem przesłania do NFZ</li> <li>4. Sporządzenie wniosku do NFZ celem uznania zakwestionowanych świadczeń</li> <li>5. Wypełnienie wniosku w systemie CBWID</li> <li>6. Weryfikacja błędów powstałego przy końcowości świadczeń</li> <li>7. Koordynowanie działań w celu bieżącego uzupełniania listy lekarzy</li> </ol>	Plan strategiczny	Dział Rozliczeń Usług Medycznych
	Uzyskanie poziomu świadczeń onkologicznych SOLO 2	<i>(definicja: wykonanie w ciągu roku co najmniej 30 świadczeń - JPG M11, M12, M20, M21 dla rozpoznania C56 i co najmniej 60 świadczeń - JPG M11, M12, M20, M21 dla rozpoznania C54-C55)</i>	TAK	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorowanie poziomu świadczeń onkologicznych zgodnie z wymogami SOLO 2</li> <li>2. Wykonywanie operacji zgodnie z zaleceniami</li> <li>3. Współpraca z działem analiz ekonomicznych</li> <li>4. Analiza otrzymanych danych</li> <li>5. Kontynuowanie leczenia pooperacyjnego pacjentek zakwalifikowanych do leczenia systemowego</li> <li>6. Prowadzenie terminarza zadań</li> </ol>	Plan strategiczny Plan finansowy Umowy z NFZ	Oddział Onkologii Ginekologicznej, Dział Analiz Ekonomicznych
	Realizacja kompleksowych świadczeń onkologicznych pozwalających na zastosowanie w kolejnym roku współczynnika o wartości 1,25	<i>(definicja: wykonanie w ciągu roku co najmniej 30 świadczeń - JPG M11, M12, M20, M21 dla rozpoznania C56 i co najmniej 60 świadczeń - JPG M11, M12, M20, M21 dla rozpoznania C54-C55)</i>	Dla rozpoznania: C56 - 30 operacji C53-C55 - 60 operacji	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorowanie realizacji kompleksowych świadczeń onkologicznych</li> <li>2. Wykonywanie operacji zgodnie z zaleceniami</li> <li>3. Współpraca z działem analiz ekonomicznych</li> <li>4. Analiza otrzymanych danych</li> <li>5. Prowadzenie terminarza zadań</li> </ol>	Plan strategiczny Plan finansowy Umowy z NFZ	Oddział Onkologii Ginekologicznej, Dział Analiz Ekonomicznych

<p>4. Zwiększenie efektywności gospodarowania: - magazynami - lekami/wyrobami medycznymi</p>	<p>Stany magazynowe <i>(definicja: ogół towarów, który znajduje się w magazynie na koniec roku)</i></p>	<p>Zmniejszenie stanów magazynowych w stosunku do roku poprzedniego</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nadzór nad zapasami magazynowymi</li> <li>Dotarcie do optymalnych stanów magazynowych</li> <li>Integracja programów umożliwiająca kontrolę stanów magazynowych na oddziałach</li> <li>Ustalenie listy leków niezbędnych dla funkcjonowania Szpitala i ustalenie ilości tych leków na stanie Apteki i oddziałów szpitalnych</li> <li>Nadzór nad dostawami</li> <li>Negocjacje z firmami w sprawie ciągłej dostępności zamawianego towaru</li> <li>Zmiana w umowach przetargowych terminów dostaw</li> <li>Współpraca z oddziałami w celu zmniejszenia stanów magazynowych na oddziałach szpitalnych</li> <li>Współpraca z oddziałami dt. płynności stanów apteczek szpitalnych</li> </ol>	<p>Polityka rachunkowości Procedury i Instrukcje SZJ</p>	<p>Apteka, Dział Administracji i Zaopatrzenia, Dział Żywności, Dział Techniczny, Dział Informatyki, Dział Finansowo-Księgowy</p>
<p>5. Zwiększenie poziomu informatyzacji</p>	<p>Proces digitalizacji dokumentacji medycznej</p>	<p>Zmniejszenie liczby leków/wyrobów medycznych przeterminowanych w aptece szpitalnej w stosunku do roku poprzedniego</p>	<p>100%</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Udział w procesie digitalizacji dokumentacji medycznej</li> <li>Nadzór nad procesem digitalizacji dokumentacji medycznej</li> <li>Przerowadzenie testów</li> <li>Uruchomienie rozwiązań z zakresu automatyzacji procesów</li> <li>Uruchomienie integracji w zakresie skanowania i podpisywania podpisem kwalifikowanym lub PUE ZUS dokumentacji medycznej</li> <li>Zakup sprzętu i oprogramowania</li> <li>Zarządzanie planem wdrożeń</li> <li>Koordinowanie wdrażania w wersji elektronicznej dokumentacji medycznej</li> <li>Opracowanie harmonogramu wdrożeń</li> <li>Przyjmowanie zgłoszeń</li> </ol>	<p>Plan strategiczny Plan finansowy</p>	<p>Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, Dział Informatyki</p>
<p>5. Wdrożenie i prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej</p>	<p>Wdrożenie i prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej</p>	<p>100%</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Udział w projekcie „Wprowadzenie nowoczesnych e-usług w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia”</li> <li>Migracja bazy danych Clininet i uruchomienie e-usług</li> <li>Integracja systemu w zakresie przesyłania zdarzeń medycznych na platformę P1</li> <li>Przerowadzenie testów</li> <li>Uruchomienie rozwiązań z zakresu automatyzacji procesów</li> <li>Uruchomienie integracji w zakresie skanowania i podpisywania podpisem kwalifikowanym lub PUE ZUS dokumentacji medycznej</li> <li>Zakup sprzętu i oprogramowania</li> <li>Zarządzanie planem wdrożeń dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej</li> </ol>	<p>Plan strategiczny Plan finansowy</p>	<p>Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, Dział Informatyki</p>

**Część C: Inne cele przyjęte do realizacji w roku 2024**

<p>1. Autoryzacja i certyfikacja jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych</p>	<p>Utrzymanie certyfikatu ISO na zgodność z normą PN-EN ISO 9001:2015</p>	<p>TAK</p>	<p>1. Przygotowanie Szpitala do uzyskania certyfikatu 2. Analiza stanu wyjściowego 3. Wizytacja akredytacyjna 4. Organizacja spotkania Zespołu Zapewnienia Jakości</p>	<p>Pełnomocnik Dyrektora ds. zarządzania przez jakość</p>
<p>2. Zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami</p>	<p>Realizacja planu Komisji ds. dostępności</p>	<p>80%</p>	<p>1. Planowanie i realizacja planu zakupów 2. Prowadzenie postępowań przetargowych bez zbędnej zwłoki 3. Dostosowanie wybranych sal chorych 4. Zainstalowanie czujek blyskowych 5. Wprowadzenie dodatkowych pięci indukcyjnych 6. Wprowadzenie systemu kolejkowego 7. Oznakowanie Braille'em wybranych pomieszczeń 8. Wprowadzenie tyflomap</p>	<p>Komisja ds. dostępności</p>
	<p>Wdrożenie i utrzymanie "Standardów dostępności szpitali" na podstawie planu Komisji ds. dostępności</p>	<p>TAK</p>	<p>1. Przygotowanie Szpitala do uzyskania certyfikatu 2. Analiza stanu wyjściowego 3. Uczestnictwo w szkoleniach 4. Udział w procedurze certyfikującej</p>	<p>Pracownia Patomorfologii, Pełnomocnik Dyrektora ds. zarządzania przez jakość, Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, Jednostki i komórki organizacyjne działalności podstawowej</p>
<p>3. Zapewnienie ciągłości działania Szpitala/ Zapewnienie sprawnego funkcjonowania systemów informatycznych</p>	<p>Utrzymanie sprawności działania aparatury medycznej i pozostałego sprzętu</p>	<p>100%</p>	<p>1. Wykonywanie wymaganych przeglądów technicznych, konserwacji sprzętu i aparatury medycznej 2. Wykonywanie bieżących napraw i aparatury medycznej 3. Wykonywanie wymaganych testów specjalistycznych 4. Monitorowanie i utrzymanie sprawności sprzętu 5. Przestrzeganie terminów przeglądów 6. Nadzór i kontrola stanu technicznego aparatury i sprzętu 7. Bieżąca konserwacja</p>	<p>Jednostki i komórki organizacyjne działalności podstawowej, Dział Techniczny</p>
	<p>Utrzymanie sprawności działania infrastruktury technicznej/budowlanej</p>	<p>TAK</p>	<p>1. Wykonywanie wymaganych przeglądów technicznych, konserwacji 2. Wykonywanie bieżących napraw 3. Przestrzeganie terminów przeglądów 4. Nadzór i kontrola stanu technicznego 5. Kontrola i stały nadzór nad książką obiektu</p>	<p>Dział Techniczny</p>

3	Zapewnienie ciągłości działania Szpitala/ Zapewnienie sprawnego funkcjonowania systemów informatycznych	Ilość stwierdzonego braku dostępu do wszystkich danych medycznych w systemie informatycznym w wyniku awarii (czas reakcji dłuższy niż 15 min.)	0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respektowanie zapisów Instrukcji i Polityki Bezpieczeństwa</li> <li>2. Utrzymanie odpowiedniego zabezpieczenia dokumentacji i danych pacjentów i pracowników</li> <li>3. Ochrona hasel dostęp do dokumentacji elektronicznej</li> <li>4. Wgrywanie aktualizacji oprogramowania</li> <li>5. Ochrona, monitorowanie zabezpieczeń danych pacjentów i pracowników</li> <li>6. Nadawanie uprawnień zgodnie z zajmowanym stanowiskiem pracy, bieżąca analiza loginów</li> <li>7. Nadzór nad zapewnieniem ciągłości pracy i ochrony danych medycznych i osobowych</li> <li>8. Symulacje prób włamania do systemu</li> <li>9. Bieżąca kontrola zasobów</li> <li>10. Przyjmowanie zgłoszeń</li> <li>11. Zgłaszanie i weryfikacja naruszeń</li> </ol>	Dział Informatyki
4	Poprawa koordynacji opieki onkologicznej i dostępności do świadczeń onkologicznych	Powołanie koordynatora opieki onkologicznej	TAK	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zatrudnienie koordynatora opieki onkologicznej</li> <li>2. Koordynowanie poszczególnych etapów opieki onkologicznej</li> <li>3. Współpraca z lekarzami z Oddziału Onkologii Ginekologicznej</li> </ol>	Oddział Onkologii Ginekologicznej
5	Realizacja zapisów Polityki Ochrony Danych Osobowych	Liczba umów bez zapisów zawierających odpowiednich klauzuli obowiązku informacyjnego RODO Wykonanie audytu zgodności	0%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przeprowadzenie audytu</li> <li>2. Analiza zebranych informacji w trakcie wizytacji i wywiadów z wybranymi pracownikami Szpitala</li> <li>3. Opracowanie raportu z audytu</li> <li>4. Realizacja zaleceń po audytowych</li> </ol>	Inspektor Ochrony Danych
6	Planowanie i realizacja projektów inwestycyjnych finansowanych ze środków zewnętrznych ze środków ogłaszanych w konkursach konkursowych	Terminowe wydatkowanie środków (realizacja zakresu rzeczowego) bez korekt finansowych	<p>Terminowa realizacja rzeczowa zgodna z umową dotacyjną - TAK</p> <p>Wydatkowanie bez korekt finansowych - 100%</p>	Planowanie i realizacja projektów inwestycyjnych finansowanych ze środków zewnętrznych adekwatnie do ogłoszonych postępowań konkursowych w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia	Pełnomocnik Dyrektora ds. Organizacyjnych (koordynacja), Dział Administracji i Zaopatrzenia, Dział Techniczny, Dział Informatyki, Dział Zamówień Publicznych

Warszawa, dnia 11.12.2023 r.

DYREKTOR  
  
 mgr Ewa Piotrońska