

Mierzalne określenie stopnia 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	Zapewnienie realizacji świadczeń medycznych	Uzyskanie autoryzacji	1 / 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>Złożenie wniosku</li> <li>Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wymogami</li> <li>Weryfikacja spełnienia warunków wydania autoryzacji</li> <li>Prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem</li> <li>Udział w procesie weryfikacji NFZ</li> <li>Zawarcie umów z NFZ</li> <li>Spełniania wymogów merytorycznych i organizacyjnych - wymogi lokalowe, kadrowe i sprzętowe</li> </ol>	Plan finansowy Umowy z NFZ	Dział Analiz Ekonomicznych, Pełnomocnik Dyrektora ds. zarządzania przez jakość	
		Spełnianie kryteriów warunkujących przyzaliczność Szpitala do SOLO	<p>Dla rozpoznani:</p> <p>C56 - 30 zabiegów C53-C55 - 50 zabiegów</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Monitorowanie realizacji kompleksowych świadczeń onkologicznych</li> <li>Wykonywanie zabiegów zgodnie z zaleceniami</li> <li>Współpraca z działem analiz ekonomicznych - miesięczne raportowanie liczby procedur</li> <li>Analiza otrzymanych danych</li> <li>Stafy napływ pacjentek z rozpoznaniem zasilniczym ICD-10: C56 oraz ICD-10: C53-C55</li> <li>Planowanie hospitalizacji i zabiegów</li> <li>Wykonywanie pełnej diagnostyki potwierdzającej raka jajnika, raka macicy</li> <li>Współpraca z innymi ośrodkami celem zwiększenia liczby pacjentek</li> <li>Przyjmowanie pacjentek przekazywanych do leczenia operacyjnego</li> <li>Stricenie czasu od rozpoznania do zabiegu</li> <li>Utrzymanie ciągłości spełniania wymogu - zabezpieczenie anestezjologiczne, onkologiczne, patomorfologiczne</li> </ol>	Plan finansowy Umowy z NFZ	Oddział Onkologii Ginekologicznej, Dział Analiz Ekonomicznych	
		Utrzymanie sprawności działania aparatury medycznej i pozostałego sprzętu	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Wykonywanie wymaganych przeglądów technicznych, konserwacji sprzętu i aparatury medycznej</li> <li>Wykonywanie bieżących napraw sprzętu i aparatury medycznej</li> <li>Wykonywanie wymaganych testów specjalistycznych</li> <li>Monitorowanie i utrzymanie sprawności sprzętu</li> <li>Przeszczeganie terminów przeglądów</li> <li>Nadzór i kontrola stanu technicznego aparatury i sprzętu</li> <li>Bieżąca konserwacja</li> </ol>	Plan finansowy Umowy z NFZ	Jednostki i komórki organizacyjne działalności podstawowej, Dział Techniczny	
		(definicja: lecza aparatury medycznej i pozostałego sprzętu medycznego wpływ na zapewnienie ciągłości działania posiadanych urządzeń techniczny)	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Opracowanie planów przeglądów i konserwacji</li> <li>Prowadzenie harmonogramów prac technicznych</li> <li>Zapewnienie zgodności z przepisami prawa budowlanego i BHP</li> <li>Zarządzanie dokumentacją techniczną obiektów i instalacji</li> <li>Wykonywanie wymaganych przeglądów technicznych, konserwacji</li> <li>Wykonywanie bieżących napraw</li> <li>Przeszczeganie terminów przeglądów</li> <li>Nadzór i kontrola stanu technicznego - modernizacja i remonty</li> <li>Nadzór nad wykonawcami zewnętrznymi</li> </ol>	Plan finansowy Umowy z NFZ	Dział Techniczny	
		Utrzymanie sprawności działania infrastruktury technicznej/budowlanej		<ol style="list-style-type: none"> <li>Opracowanie planów przeglądów i konserwacji</li> <li>Analiza stanu wyścigowego</li> <li>Wizytacja akredytacyjna</li> <li>Organizacja spotkań Zespołu Zapewnienia Jakości</li> <li>Nadzór nad działaniami mającymi na celu utrzymanie certyfikatu akredytacyjnego</li> <li>Realizacja obowiązkowych szkoleń</li> <li>Przeprowadzenie przeglądu zarządzania</li> </ol>	Plan finansowy Umowy z NFZ	Pełnomocnik Dyrektora ds. zarządzania przez jakość	
2	Podnoszenie jakości świadczonych usług, zwiększenie bezpieczeństwa i zadowolenia pacjentów	Uzyskanie certyfikatu ISO na zgodność z normą PN-EN ISO 9001:2015	1 / 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>Przygotowanie Szpitala do uzyskania certyfikatu</li> <li>Analiza stanu wyścigowego</li> <li>Wizytacja akredytacyjna</li> <li>Organizacja spotkań Zespołu Zapewnienia Jakości</li> <li>Nadzór nad działaniami mającymi na celu utrzymanie certyfikatu akredytacyjnego</li> <li>Realizacja obowiązkowych szkoleń</li> <li>Przeprowadzenie przeglądu zarządzania</li> </ol>	Plan finansowy Umowy z NFZ	Pełnomocnik Dyrektora ds. zarządzania przez jakość	
		(definicja: uzyskanie certyfikatu)	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Opracowanie planu zadań dotyczącego przeprowadzenia samooceny standardów</li> <li>Organizacja spotkań Zespołu Zapewnienia Jakości</li> <li>Powołanie zespołów roboczych do oceny poszczególnych standardów</li> <li>Identyfikacja obszarów wymagających poprawy</li> <li>Identyfikacja tak i niezgodności</li> <li>Wdrożenie działań naprawczych</li> <li>Aktualizacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania (procedur i instrukcji)</li> <li>Opracowanie raportu z samooceny</li> </ol>	Plan finansowy Umowy z NFZ	Pełnomocnik Dyrektora ds. zarządzania przez jakość, Jednostki i komórki organizacyjne działalności podstawowej	
		(definicja: utrzymanie 14-dniowego terminu od konsylium do rozpoczęcia leczenia z wyłączeniem pacjentek, które zostały szczepione przeciwko pneumokokom)	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nadzór nad terminowością ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej</li> <li>Zapewnienie kontaktu koordynatora z pacjentem i zespołem medycznym</li> <li>Organizowanie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem</li> <li>Udzielanie pacjentom wszystkich niezbędnych informacji związanych z diagnostyką i leczeniem</li> <li>Ustalanie terminów badań diagnostycznych oraz wizyt u lekarzy specjalistów</li> <li>Koordinowanie planu leczenia ustalonego przez konsylium</li> </ol>	Plan finansowy Umowy z NFZ	Koordynator opieki onkologicznej, Oddział Onkologii Ginekologicznej	

2	Podnoszenie jakości świadczonych usług / zwiększenie bezpieczeństwa i zadowolenia pacjentów	Zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami	3 / 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bieżące monitorowanie i modyfikowanie planu poprawy zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami na lata 2024 - 2027</li> <li>2. Monitorowanie możliwości otrzymania środków finansowych z innych źródeł</li> <li>3. Dostosowanie dwóch gabinełów lekarskich wraz z harzankami w Specjalistycznej Poliklinice dla osób ze szczególnymi potrzebami</li> <li>4. Dostosowanie harzanki dla osób z niepełnosprawnościami w Specjalistycznej Poliklinice</li> <li>5. Zwiększenie miejsc parkingowych dla osób poruszających się na wózkach</li> <li>6. Współpraca z ZDM w sprawie wprowadzenia sygnalizacji dźwiękowej na przejściach dla pieszych znajdujących się w pobliżu szpitala</li> <li>7. Bieżąca usługa tłumaczenia polskiego języka migowego - online</li> <li>8. Bieżąca wymiana oznakowania ostrzegawczego</li> </ol>	<p>Plan finansowy</p> <p>FIL-AR - E</p>	<p>Komisja ds. dostępności, Dział Techniczny, Dział Administracji i Zespoły, Pethomocnik Dyrektora ds. organizacyjnych, Specjalistyczna Poliklinika</p>
	Przeprowadzenie badania opinii i doswiadczeń pacjentów	<p>(definicja: dostosowanie pomieszczeń dla osób ze szczególnymi potrzebami)</p> <p>Realizacja wskaźników jakości opieki zdrowotnej</p> <p>(definicja: wartość zrealizowanych wskaźników jakości opieki zdrowotnej w stosunku do wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej, które zostały przewidziane do NFZ)</p>	<p>≥ 80% wskaźnik satysfakcji liczonej stosunkiem łącznej liczby wybranych opinii "superlatywnych" do całkowitej liczby głosów z podziałem na oddziały Szpitala</p> <p>realizacja wskaźników</p>	<p>1. Opracowanie i dystrybucja ankiety</p> <p>2. Monitorowanie wykonywania</p> <p>3. Nadzór nad wdrożeniem elektronicznej ankiety badania opinii i doświadczeń pacjenta</p> <p>4. Nadzór nad zawrotnością</p> <p>5. Opracowanie wniosków</p> <p>6. Bieżący monitoring skarg i uwag pacjentów</p> <p>7. Monitorowanie stopnia zadowolenia pacjentów i ich rodzin</p> <p>8. Zapewnienie pełnej realizacji praw pacjenta</p>	<p>Plan finansowy Umowy z NFZ</p> <p>FIL-AR - E</p>	<p>Pethomocnik Dyrektora ds. zarządzania przez jakość, Jednostki i komórki organizacyjne działalności podstawowej, Pethomocnik ds. praw pacjenta</p> <p>Dział Analiz Ekonomicznych</p>
	Zmniejszenie liczby zdarzeń niepożądanych	<p>Zmniejszenie liczby zdarzeń niepożądanych w porównaniu z rokiem ubiegłym /</p> <p>Utrzymanie wskaźnika na poziomie z ubiegłego roku</p>	<p>1. Identyfikowanie zdarzeń niepożądanych</p> <p>2. Monitorowanie i analiza zdarzeń niepożądanych</p> <p>3. Prowadzenie rejestru działań zapobiegawczych</p> <p>4. Zgłaszanie i rejestracja zdarzeń niepożądanych</p> <p>5. Prowadzenie systemu elektronicznego do identyfikacji i monitorowania zdarzeń niepożądanych</p> <p>6. Prowadzenie karty rejestracji drobnostroju alarmowego/zakazania szpitalnego dla zdarzenia niepożądane w postaci zakazania szpitalnego</p> <p>7. Aktualizacja Instrukcji i Procedur</p> <p>8. Przeszkolenie procedur i instrukcji</p> <p>9. Udział w spotkaniach Zespołu ds. analizy zdarzeń niepożądanych</p> <p>10. Udział w szkoleniach szpitalnych i wewnątrzszpitalnych</p>	<p>(definicja: liczba zdarzeń niepożądanych w stosunku do liczby hospitalizowanych)</p>	<p>Plan finansowy Umowy z NFZ</p> <p>FIL-AR - E</p>	<p>Jednostki i komórki organizacyjne działalności podstawowej</p>
	Utrzymanie niskiego poziomu zakazeń szpitalnych	<p>Utrzymanie wskaźnika na założonym poziomie 1% /</p> <p>Utrzymanie wskaźnika na poziomie z ubiegłego roku</p>	<p>1. Przeszkolenie przepisów dotyczących bezpieczeństwa pracy z ostrymi narzędziami</p> <p>2. Przeszkolenie e reżimu sanitarno-epidemiologicznego</p> <p>3. Przeprowadzenie szkoleń</p> <p>4. Prowadzenie dochożeń epidemiologicznych</p> <p>5. Raportowanie zranień ostrymi narzędziami</p> <p>6. Realizacja profilaktyki po ekspozycji</p> <p>7. Monitorowanie poziomu zakazeń szpitalnych</p> <p>8. Nadzór nad prawidłowością przestrzegania procedur</p> <p>9. Prowadzenie rejestru działań zapobiegawczych</p> <p>10. Nadzór i kontrola firmy sprzątającej</p> <p>11. Przeprowadzenie wywiadów epidemiologicznych, konsultowanie pacjentów podejrzanych o zakażenie szpitalne</p> <p>12. Prowadzenie karty rejestracji drobnostroju alarmowego/zakazania szpitalnego dla zdarzenia niepożądane w postaci zakazania szpitalnego</p>	<p>(definicja: wskaźnik zakazeń szpitalnych dla całego szpitala - liczba zakazeń szpitalnych w stosunku do liczby hospitalizowanych)</p>	<p>Plan finansowy Umowy z NFZ</p> <p>FIL-AR - E</p>	<p>Jednostki i komórki organizacyjne działalności podstawowej, Epidemiolog Szpitalny</p>
	Zmniejszenie liczby błędów przed i laboratoryjnych	<p>Utrzymanie wskaźnika na założonym poziomie w poszczególnych laboratoriach</p> <p>Utrzymanie wskaźnika na poziomie z ubiegłego roku</p>	<p>1. Przeszkolenie instrukcji, procedur, standardów i przepisów prawa dotyczących zlecenia, pobierania, transportu badań do laboratorium i wykonywania badań</p> <p>2. Przeszkolenie systemu kontroli jakości wykonywania badań laboratoryjnych</p> <p>3. Systematyczna kontrola losowo wybranych badań</p> <p>4. Bieżący nadzór i kontrola celom ograniczenia liczby błędów</p> <p>5. Wdrożenie działań naprawczych zgodnie z procedurami procesu przed-laboratoryjnego</p> <p>6. Przeprowadzenie szkoleń z zakresu pobierania i postępowania z materiałem do badań laboratoryjnych</p> <p>7. Monitorowanie błędów przed- i laboratoryjnych</p> <p>8. Nadzór nad prawidłowością przestrzegania procedur i instrukcji</p> <p>9. Udział w kontrolach zewnątrz laboratoryjnych</p> <p>10. Analiza protokołów pokontrolnych</p>	<p>(definicja: wskaźnik błędów przed i laboratoryjnych - Liczba błędów przed i laboratoryjnych w poszczególnych laboratoriach w stosunku do liczby skierowań)</p>	<p>Plan finansowy Umowy z NFZ</p> <p>FIL-AR - E</p>	<p>Zespół Laboratoriów Diagnostycznych, Jednostki i komórki organizacyjne działalności podstawowej</p>
	Wdrożenie standardu organizacyjnego żywienia zborowego "Żywnienie dla zdrowia" (definicja: realizacja standardu organizacyjnego wg instrukcji)	<p>100%</p>	<p>1. Dostosowanie / modernizacja strony internetowej</p> <p>2. Publikowanie jadłospisów (10 dniowych)</p> <p>3. Wykonanie laboratorium wykonującego badania</p> <p>4. Wykonywanie wynagardzonych badań laboratoryjnych</p> <p>5. Zbieranie anonimowych opinii pacjentów</p> <p>6. Opracowanie materiałów edukacyjnych dla pacjentów o tematyce żywieniowej i dietetycznej</p>		<p>Plan finansowy Umowy z NFZ</p> <p>FIL-AR - E</p>	<p>Dział Żywnienia, Dział Informatyki, Zespół Laboratoriów Medycznych,</p>

3	Realizacja założeń programu naprawczego	Zmniejszenie straty							
		(definicja: harmonizacja realizacji zadań określonych w harmonogramie programu naprawczego)	100%	1. Słaby nadzór nad wykonaniem założeń programu naprawczego 2. Zmniejszenie kosztów osobowych - redukcja etatów 3. Ograniczenie kosztów położniczych 4. Rozszerzenie diagnostyki w zakresie chorób piersi 5. Zwiększenie przychodów z AOS 6. Zwiększenie fundusza premiovego 7. Wprowadzenie ewidencji czasu pracy 8. Zbudowanie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych	Plan naprawczy Plan strategiczny Plan finansowy Umowy z NFZ	Departament Analiz Ekonomicznych, Departament Finansowy - Księgowy, Departament Spraw Prawnomożnych i Szkoleń, Specjalistyczna Poliklinika, Oddział Poleźniczy			
4	Zwiększenie poziomu informatyzacji	Realizacja KPO	100%	1. Zwiększenie poziomu cyberbezpieczeństwa - Zakup licencji ESET PROTECT Elite z funkcjonalnościami EDR i XDR dla sieci roboczych i serwerów 2. Dostawa i wdrożenie systemu do planowania, ewidencji i rozliczania czasu pracy personelu medycznego i niemedycznego 3. Zwiększenie poziomu cyberbezpieczeństwa - dostawa i wdrożenie zintegrowanego systemu cyberbezpieczeństwa sieci Szpitala 4. Rozbudowy Systemu HIS i integracji z PI oraz PUI, digitalizacji dokumentacji medycznej i integracji z istniejącą platformą usług AI wraz z podłączeniem do Centralnego Repozytorium Danych Medycznych 5. Dostawa, instalacja i konfiguracja zintegrowanego środowiska wirtualizacji i zabezpieczenia danych (serwery fizyczne, oprogramowanie do wirtualizacji, serwery kopii zapasowych, macierz dyskowa, biblioteka tasmowa, usługi SaaS - utrzymywanie kopii w chmurze) 6. Dostawa instalacja i wdrożenie systemu elektronicznego obiegu dokumentów wraz z funkcjonalnościami budżetowania i planowania 7. Dostawa instalacja i wdrożenie systemu klasy CIS z generowaniem EKZ i OKK i integracja z systemami intensywnego nadzoru nad pacjentem 8. Szkolenia z zakresu Cyberbezpieczeństwa 9. Audyt Cyberbezpieczeństwa	Plan strategiczny Plan finansowy	Departament Informatyki			
		(definicja: realizacja zadań - poziom zgodności z wymaganiami)	100%	1. Elektroniczna Dokumentacja Medyczna - formularze Historii Chorób 2. Integracje z systemami zewnętrznymi 3. Dokumenty w formacie HL7/CDA - karta informacyjna, karta odmowy przyjęcia, wyniki badań diagnostycznych, e-recepty, e-skierowania 4. Zgody Pacjenta w formie elektronicznej (WACOM) 5. Bezpieczeństwo danych i procedury odzyskiwania	Plan strategiczny Plan finansowy	Departament Informatyki			

**Część C: Inne cele przyjęte do realizacji w roku 2026**

1	Badowanie pozytywnego wizerunku Szpitala (formaciez w sieci)	Ogólna ocena w Google Maps (definicja: ogólna pozostawiona ocena w aplikacji)	Wzrost ogólnej oceny z 3,8 na 4,0	1. Analiza i raportowanie komentarzy w social media i na portalach medycznych 2. Wdrażanie działań naprawczych 3. Korekta premii uznaniowej w przypadku naruszenia standardów oraz przyznawanie dodatkowej premii za wzorową postawę 4. Ilość i jakość informacji i prezentacji na stronie internetowej 5. Opracowanie i dysyngulacja ankiety 6. Opracowanie wniosków 7. Bieżący monitoring skarg i uwag pacjentów 8. Monitorowanie stopnia zadowolenia pacjentek i ich rodzin 9. Zapewnienie pełnej realizacji praw pacjenta	FILAR - L	Jednostki i komórki organizacyjne działalności podstawowej, Pełnomocnik Dyrektora ds. praw pacjenta
2	Rozwój badań naukowych	Zawarcie umowy na badanie (definicja: liczba niekomercyjnych badań klinicznych)	1 / 1 indeks PREM ≥ 8,0	1. Przygotowanie formularza - organizacyjne 2. Wdrożenie i realizacja projektu 3. Rozwój zaplecza organizacyjnego dla prowadzenia badania 4. Współpraca z podmiotami w zawartej umowie	FILAR - L	Biuro ds. naukowców

\* FILAR - C, FILAR - E, FILAR - L → odniesienie do Strategii Szpitala na lata 2026 - 2028

10 LIS. 2025

DYREKTOR SZPITALA  
mgr Ewa Piotrowska