

Plan pracy Warmińsko - Mazurskie Centrum Chorób Płuc w Olsztynie w 2026

Lp.	Cel	zadanie	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	Zapewnienie ciągłości, efektywności i jakości realizacji świadczeń medycznych	Monitorowanie i analizowanie stopnia wykonania umów w poszczególnych rodzajach w zakresach świadczeń.	procent wykonania kontraktu z NFZ	100%	Umowy z NFZ,	DAR, ZDM, koordynator oddziału
		Analiza poprawności rozliczeń i weryfikacja rozliczeń z NFZ.	liczba błędów w systemie	max 0,5 %	Umowy z NFZ,	DAR
		Zmniejszenie ilości ekspozycji zawodowych oraz wypadków przy pracy (w tym wypadków w drodze)	ilości wypadków przy pracy/w drodze	max. 6 w roku	Procedura systemowa nr 6 Procedura systemowa nr 4 Zapobieganie ekspozycji i postępowanie poekspozycyjne na krew i inny materiał zakaźny oraz szczepienia profilaktyczne pracowników na WZW, program zapobiegania upadkom	Specjaliści ds.BHP, Specjalista ds. epidemiologii, ZDP
		Zmniejszenie ilości błędów przedlaboratoryjnych	Liczba stwierdzonych błędów przedlaboratoryjnych	Zmniejszenie o 5% w stosunku do roku poprzedniego	Procedura systemowa nr 7 Procedura systemowa nr 8	ZDP, personel pielęgniarski
		Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów	Liczba zdarzeń niepożądanych	Zmniejszenie o 5% w stosunku do roku poprzedniego	Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 roku o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta	ZDP, Pielęgniarki oddziałowe
		Monitrowanie ilości skarg i uwag przez pacjentów	%Ilość zasadnych skarg i wniosków pacjentów oraz członków ich rodzin oraz pracowników	max 4	rejestr skarg	PPP
2	Zapewnienie ciągłości pracy szpitala pod względem technicznym	Zapewnienie ciągłości i jakości dostarczanych mediów	% zaopatrzenia Centrum w media energię elektryczną, i gazy medyczne	min 98%	Plan kontroli serwisowych	ZDT, DTG
3	Zapewnienie ciągłości funkcjonowania szpitala pod względem informatycznym	Zapewnienie bezpieczeństwa oraz ciągłości dostępu do danych medycznych w systemie informatycznym	Liczba awarii i przerw w dostępie do systemów informatycznych	max 5	Instrukcja Zarządzania Systemem Informatycznym, Polityka Bezpieczeństwa ochrony danych	IT, DTG
4	Zapewnienie bezpieczeństwa danych osobowych	Zapewnienie odpowiednich warunków przechowywania danych osobowych	Ilość zgłoszonych naruszeń zabezpieczeń danych osobowych do PUOD	max.3		SO, IT, IOD

5	Racjonalna gospodarka wyrobami medycznymi i środkami leczniczymi	Terminowy zakup środków leczniczych zapewniających ciągłość funkcjonowania	% zabezpieczenia w produkty lecznicze	100%	Plan zamówień publicznych	ZDM, ASZ, SZP
6	Racjonalna, efektywna i oszczędna gospodarka finansowa, optymalizacja kosztów i przychodów w celu poprawy planowanego wyniku finansowego, realizacja planu finansowego i inwestycyjnego, poprawa płynności finansowej	Kontrola wypisów ze szpitala pod kątem prawidłowych rozliczeń z NFZ	Liczba odrzuconych pacjentów z rozliczeń	max 305	Plan finansowy, Plan inwestycyjny, program naprawczy	ZDM, DAR, Koordynatorzy oddziałów
		Realizacja planu naprawczego szpitala w celu poprawy sytuacji szpitala.	%poprawa wyniku finansowego względem 2025 r.	max 1 milion	Plan finansowy, Plan inwestycyjny, program naprawczy	Dyrekcja, Z-cy Dyrektora, Kierownicy komórek organizacyjnych
		utrzymanie wskaźnika mediany w AOS na poziomie krajowym	% płatności ze wskaźników	min. 90%	Umowy z NFZ,	DAR, ZDM, personel medyczny - lekarze AOS
		właściwe użytkowanie sprzętu	% ilości szkód w zakresie sprzętu medycznego rok do roku	max. 140 szkód		Dyrekcja, kierownicy komórek organizacyjnych, koordynatorzy oddziałów, personel medyczny
	wdrożenie w Centrum automatyzacji procesów	stworzenie struktury zarządzania automatyzacją procesów	1.	regulamin organizacyjny	DN,DOŚM, IT	
7	Realizacja planów: inwestycyjnego i zakupów na rok bieżący	Przeprowadzenie postępowań na zaplanowane dostawy asortymentu medycznego	% nierozstrzygniętych postępowań przetargowych	max. 2 % nierozstrzygniętych postępowań	Plan zamówień publicznych	ZDT, SZP
8	Zapewnienie ciągłości pracy szpitala pod względem kadrowym	% zabezpieczenia obsady	% obsady pracowniczej	100%	Plan zatrudnienia, kontrakt z NFZ	Dyrekcja, kierownicy działów i sekcji, stanowiska samodzielne, koordynatorzy oddziałów, pielęgniarki oddziałowe
9	Zwiększenie poczucia odpowiedzialności pracowników za wykonane zadanie i przynależności do społeczności szpitala	Wzrost zaangażowania pracowników w przepływ informacji i podejmowanie nowych inicjatyw usprawniających współpracę	Liczba szkoleń o tematyce efektywnej komunikacji	min 1 szkolenie max 50 osób	Procedury wewnętrzne	Pracownicy Centrum
10	Realizacja projektów z dofinansowania (ze środków UE oraz krajowych)	Terminowa i rzetelna sprawozdawczość jednostce oceniającej	% pkt. zrealizowanych wskaźników projektów	100%	Pisma z organu dofinansowującego Zalecenia pokontrolne Umowa Projektu	SPBK, ZDT, SZP
11	podniesienie jakości udziałnych świadczeń zdrowotnych oraz poziomu bezpieczeństwa pacjentów i pracowników	Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu zarządzania bezpieczeństwem w systemie informacyjnym	% ilość zgłoszonych zdarzeń	Max. 3 w roku	ustawa o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, Polityka bezpieczeństwa informacji	IT, SDC, SZBI
		Budowanie świadomości i zwiększanie kompetencji wszystkich pracowników w zakresie cyberbezpieczeństwa	ilość osób przeszkolonych	min. 200 osób rocznie	ustawa o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, Polityka bezpieczeństwa informacji, Instrukcja Zarządzania Systemem Informatycznym	SDC

12	zapewnienie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej	cyfryzacja nowych rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej i dalszy rozwój usługi, procedura weryfikacji i kompletności dokumentacji medycznej	% ilość scyfryzowanej dokumentacji	100%	Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia, Rozporządzenie Ministra Zdrowia – w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej.	IT,ZDM., ZDP,DOŚM
13	Utrzymanie wysokiej jakości usług potwierdzonej certyfikatami jakości i uczestnictwa w sprawdzianach zewnętrznych laboratoryjnych	Monitorowanie i eliminowanie błędów mających wpływ na uzyskiwane wyniki badań laboratoryjnych	Nadzór nad procesem diagnostycznym	Otrzymanie 100% certyfikatów jakości i uczestnictwa w sprawdzianach zewnętrznych laboratoryjnych	Ustawa o standardach jakości MLD	Kierownik, zastępca kierownika
14	Zwiększenie panelu wykonywanych badań diagnostycznych, doposażenie laboratorium	Informacje dotyczące zapotrzebowania na nowe badania, pozyskanie diagnostów laboratoryjnych	Rozszerzenie wykonywanej diagnostyki laboratoryjnej zgodnie z kierunkiem rozwoju szpitala i oczekiwaniami personelu medycznego	Wprowadzenie nowych badań do oferty laboratorium	Strategia szpitala	Kierownik, zastępca kierownika/Ordynatorzy, lekarze