



Nadrzędny cel strategiczny: Budowanie kultury jakości i bezpieczeństwa pacjenta

Planowane działania: Wdrożenie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne oraz uzyskanie akredytacji Ministra Zdrowia.

Odpowiedzialny: Dyrektor PIM MSWiA – nadzór, Komitet ds. Monitorowania Jakości Usług Medycznych – realizacja

Termin: cały rok, uzyskanie akredytacji do 30.06.2026 r.

Lp.	Cel operacyjny	Efekt/ Miernik/Wartość oczekiwana (wartość liczbową lub opis)	Planowane działania	Priorytet	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna za realizację
Obszar: Zarządzanie jakością i bezpieczeństwo pacjenta						
1.	Przygotowanie Szpitala do wizyty akredytacyjnej: praca zespołów zadaniowych nad wdrażaniem standardów akredytacyjnych MZ	Uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego MZ	Prace wdrożeniowe zespołów zadaniowych przy wsparciu lidera Komitet ds. Monitorowania Jakości Usług Medycznych	Bardzo wysoki	do 30.06.2026	Dyrektor PIM MSWiA – nadzór Komitet ds. Monitorowania Jakości Usług Medycznych – realizacja
2.	Utrzymanie ważności certyfikatu systemu zarządzania jakością (wg normy ISO 9001)	Utrzymanie ważności certyfikatu – pozytywny wynik audytu nadzoru II	Przygotowanie szpitala do audytu i nadzór nad realizacją audytu nadzoru I	Bardzo wysoki	do 30.07.2026	Kierownik Działu Zarządzania Jakością
3.	Uzyskanie autoryzacji NFZ	Uzyskanie autoryzacji NFZ	Przygotowanie szpitala do wizyty autoryzacyjnej	Bardzo wysoki	do 30.09.2026	Zespół ds. koordynacji przygotowań do procesu autoryzacji i weryfikacji zatrudnienia
4.	Doskonalenie realizacji polityki bezpieczeństwa pacjenta	Zwiększenie zgłaszalności zdarzeń niepożądanych i niedoszłych zdarzeń niepożądanych o 10% w stosunku do roku 2025	1. Kontynuacja wewnętrznych szkoleń w zakresie zgłaszania zdarzeń niepożądanych. 2. Systematyczna analiza zdarzeń niepożądanych, przekazywanie informacji zwrotnej do zgłaszających oraz wydawanie rekomendacji wynikających z analizy	Bardzo wysoki	Cały rok	Lider ds. Zdarzeń Niepożądanych



Lp.	Cel operacyjny	Efekt/ Miernik/Wartość oczekiwana (wartość liczbową lub opis)	Planowane działania	Priorytet	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna za realizację
Obszar: Opieka nad pacjentem						
1.	Dostosowanie wytycznych postępowania klinicznego (SOP) oraz ocena ich wdrożenia zgodnie z wymogami standardów: OP 3, ZZ 2, ZZ 3 – kontynuacja działań z 2025 r.	100% funkcjonujących SOP-ów spełnia wymagania OP 3, ZZ 2, ZZ 3	Przegląd aktualnie funkcjonujących SOP-ów, aktualizacja w oparciu o literaturę, ocena wdrożenia i podjęcie działań wynikających z tej oceny.	Bardzo wysoki	do 31.05.2026	Kierownicy Klinik
2.	Zapewnienie właściwego dostępu do leków, sprzętu i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia zgodnie ze standardem ZZ 4	Znormalizowane, jednolite zestawy reanimacyjne w całym szpitalu	1. Zakup 50 znormalizowanych wózków reanimacyjnych. 2. Uporządkowanie wszystkich zestawów reanimacyjnych wg ustalonego schematu.	Bardzo wysoki	do 31.05.2026	Z-ca Dyrektora jw. Finansowych
3.	Kontynuacja prac związanych z prawidłowym wdrożeniem profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej zgodnie ze standardem OP 5	Analiza prawidłowości stosowania profilaktyki żchzz – dążenie do 100% zgodności postępowania z SOP	1. Aktualizacja SOP-u profilaktyki żchzz. 2. Analiza skuteczności wdrożenia profilaktyki żchzz.	Bardzo wysoki	do 15.06.2026	Komitet ds. Monitorowania Jakości Usług Medycznych
4.	Doskonalenie metodologii wykonywania analiz klinicznych wymaganych standardami akredytacyjnymi	Wszystkie wymagane analizy spełniają kryteria określone w standardach a wnioski stanowią daną wejściową do planowania poprawy jakości	1. Przegląd dotychczas stosowanej metodologii analiz i jej aktualizacja w oparciu o dotychczasowe doświadczenia. 2. Publikacja rekomendacji (jw. na odprawach klinicznych) wynikających z analiz klinicznych.	Wysoki	1. do 31.10.2026 2. cały rok	Komitet ds. Monitorowania Jakości Usług Medycznych
5.	Realizacja programów edukacyjnych dla pacjentów	Usystematyzowane programy edukacyjne dostosowane do potrzeb hospitalizowanych w PIM pacjentów	1. Przegląd dotychczas realizowanych programów edukacyjnych i ich aktualizacja. 2. Realizowanie programów edukacyjnych dla dedykowanych grup pacjentów z weryfikacją skuteczności tych programów. 3. Dokumentowanie realizacji edukacji w historii choroby pacjentów.	Wysoki	1. do 31.03.2026 2, 3. Cały rok	Naczelnia Pielęgniarka



Lp.	Cel operacyjny	Efekt/ Miernik/Wartość oczekiwana (wartość liczbową lub opis)	Planowane działania	Priorytet	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna za realizację
6.	Poprawa skuteczności monitorowania bólu poprzez poprawę dokumentowania oceny stopnia natężenia bólu i skuteczności zastosowanego leczenia przeciwbólowego	Ujednolicony sposób dokumentowania monitorowania bólu	1. Ocena realizacji procedury leczenia bólu na podstawie analizy zapisów w elektronicznej dokumentacji pacjentów w Clininet. 2. Wdrożenie ujednoliconych zasad (na podstawie analizy jw.) dokumentowania monitorowania bólu – poprzedzone szkoleniem dla personelu.	Wysoki	1. do 28.02.2026 2. do 30.04.2026	Zespół leczenia bólu
7.	Realizacja rozwiązań operacyjnych dot. identyfikacji pacjentów „wysokiego ryzyka”	Wszyscy pacjenci z grup wysokiego ryzyka są odpowiednio identyfikowani	Realizacja zasady zaopatrywania pacjentów zagrożonych ryzykiem upadku i powstania odleżyny w kolorowe opaski	Wysoki	do 31.03.2026	Naczelna Pielęgniarka
8.	Usprawnienie systemu konsultacji wewnętrznych	Wszystkie konsultacje pilne są realizowane w dniu zlecenia konsultacji, do 2 godzin	Utworzenie stanowisk 2 Lekarzy Naczelnych: ds. Leczenia Zabiegowego i ds. Leczenia Zachowawczego, którzy między innymi będą odpowiedzialni za koordynację procesu realizacji konsultacji wewnętrznych i podejmowanie działań interwencyjnych w przypadku nieterminowych realizacji konsultacji	Bardzo wysoki	do 31.03.2026	Dyrektor PIM MSWiA
9.	Usprawnienie komunikacji w zakresie aspektów klinicznych	Dyrekcja posiada aktualne informacje o sytuacji w klinikach/oddziałach	1. Wprowadzenie obowiązku codziennego raportowania przez lekarzy dyżurnych klinik/oddziałów istotnych informacji o przebiegu dyżuru, istotnych zdarzeniach medycznych i pozamedycznych. 2. Wprowadzenie obowiązku stałego przekazywania grafików lekarzy dyżurnych do Intranet za pośrednictwem platformy Sharepoint.	Bardzo wysoki	do 31.03.2026	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
10.	Usprawnienie procesu konsultacji dietetycznych	Wszyscy pacjenci wymagający konsultacji dietetycznej mają zapewnioną i udokumentowaną konsultację	3. Publikacja informacji o harmonogramie konsultacji dietetycznych na stronie internetowej PIM 4. Dokumentowanie konsultacji dietetycznych w dokumentacji indywidualnej pacjenta.	Wysoki	1. do 31.01.2026 2. cały rok	Kierownik Sekcji Żywienia



Lp.	Cel operacyjny	Efekt/ Miernik/Wartość oczekiwana (wartość liczbową lub opis)	Planowane działania	Priorytet	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna za realizację
11.	Usprawnienie procesu konsultacji psychologicznych	Wszyscy pacjenci wymagający konsultacji psychologicznej mają zapewnioną i udokumentowaną konsultację na oddziałach.	1. Wdrożenie aktualnej procedury regulującej kwestie konsultacji psychologicznych 2. Publikacja informacji o konsultacjach psychologicznych na tablicach informacyjnych na oddziałach. 3. Dokumentowanie konsultacji psychologicznych w dokumentacji indywidualnej pacjenta.	Wysoki	1. do 31.05.2026 2. do 31.01.2026 3. cały rok	Kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej i Zdrowia
12.	Przebudowa Kliniki Anestezjologii (KAIT) i instalacja nowoczesnego systemu CIS. Zastosowanie koloroterapii i muzykoterapii w KAIT.	Przebudowa OIT 3	4. Zgodnie z planem przebudowy.	Wysoki	do 31.05.2026	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych

Farmakoterapia, leczenie żywieniowe, kontrola zakażeń

1.	Doskonalenie bezpieczeństwa prowadzonej farmakoterapii	Przegląd 10 historii chorób w każdym kwartale w każdym oddziale pod kątem oceny farmakoterapii	1. Przeglądy historii chorób zgodnie z wymaganiami standardu FA 1. 2. Wdrażanie rekomendacji wynikających z analiz. 3. Korzystanie z konsultacji Komitetu Terapeutycznego/Farmaceuty klinicznego w sytuacjach wymagających wsparcia w prowadzonej farmakoterapii.	Bardzo wysoki	Cały rok	1. Komitet Terapeutyczny 2. Lekarze oddziałów szpitalnych
2.	Doskonalenie bezpieczeństwa prowadzonego leczenia żywieniowego	Wszyscy pacjenci wymagający leczenia żywieniowego są prawidłowo zakwalifikowani do leczenia i monitorowani (w tym powikłania)	1. Przegląd i aktualizacja procedur dot. leczenia żywieniowego. 2. Analiza wyników i powikłań terapii żywieniowych zgodnie z wymaganiami standardu LZ3, wydawanie na ich podstawie rekomendacji i prowadzenie szkoleń.	Wysoki	1. do 31.04.2026 2. cały rok	Zespół ds. Żywienia
3.	Poprawa przygotowania personelu do pracy	100% personelu stosuje zasadę „nic poniżej łokcia”	1. Szkolenia nowozatrudnionego personelu. 2. Szkolenia personelu pracującego. 3. Stosowanie testów skuteczności szkolenia. 4. Weryfikacja zachowań realizacji zaleceń podczas kontroli na oddziałach.	Bardzo wysoki	Cały rok	Kierownik Działu Epidemiologii



Lp.	Cel operacyjny	Efekt/ Miernik/Wartość oczekiwana (wartość liczbowo lub opis)	Planowane działania	Priorytet	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna za realizację
4.	Poprawa zgłaszalności zakażeń	Co najmniej 5% zgłoszeń	1. Wdrożenie elektronicznej karty zgłoszenia zakażenia. 2. Szkolenia personelu z zakresu prewencji i kontroli zakażeń	Bardzo wysoki	Cały rok	Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych
Diagnostyka laboratoryjna						
1.	Utrzymanie pozytywnych wyników kontroli zewnątrz laboratoryjnych na wszystkich realizowanych poziomach	Utrzymanie pozytywnych wyników kontroli zewnątrz laboratoryjnych	Postępowanie zgodnie z wymaganiami w zakresie diagnostyki laboratoryjnej	Wysoki	styczeń- grudzień 2026	Kierownicy Laboratoriów
Obszar: Doskonalenie procedur diagnostycznych i terapeutycznych						
1.	Chirurgia robotyczna: Zwiększenie liczby małoinwazyjnych operacji m.in. w urologii, ginekologii i kardiologii w celu minimalizacji ryzyka powikłań, skrócenia czasu hospitalizacji	Liczba zabiegów z użyciem chirurgii robotycznej: > 500 rocznie	1. Zwiększenie liczby robotów do 6. 2. Uruchomienie operatywy robotycznej w soboty. 3. Uruchomienie własnego ośrodka szkoleniowego w zakresie robotyki. 4. Zatrudnienie operatora z kwalifikacjami do wykonywania operacji robotycznych. 5. Systematyczna zmiana metody operacyjnej: metoda tradycyjna/laparoskopowa->operacje robotyczne.	Wysoki	styczeń- grudzień 2026	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
2.	Przystąpienie do programu transplantacji serca	Uzyskanie akredytacji na zabiegi przeszczepów serca	1. Przygotowanie zespołów do zabiegów transplantacji serca, pozyskanie specjalistów w tym zakresie. 2. Złożenie wniosku o akredytację na zabiegi przeszczepów serca.	Wysoki	15.05.2026	Dyrektor PIM MSWiA
3.	Doskonalenie metod diagnostycznych	Wdrożenie badań wieloskalowych NGS i płynnej biopsji (ctDNA) w onkologii. Wdrożenie innowacyjnych badań genetycznych metodą	Doposażenie Zakładu Genetyki i Genomiki i szkolenie personelu	Wysoki	Cały rok	Kierownik Zakładu Genetyki i Genomiki



Lp.	Cel operacyjny	Efekt/ Miernik/Wartość oczekiwana (wartość liczbową lub opis)	Planowane działania	Priorytet	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna za realizację
4.	Zwiększenie precyzji diagnozy, szybkości podejmowania decyzji oraz efektywności wykorzystania zasobów poprzez implementację narzędzi sztucznej inteligencji (AI) w procesach klinicznych	NGS w zakresie chorób kardiologicznych. AI jako wsparcie w procesach klinicznych	Rozwój systemów wspomagania decyzji medycznych z wykorzystaniem AI, w tym: – analiza danych medycznych i obrazowych, – wsparcie diagnostyczne, – optymalizacja przebiegu procesów klinicznych.	Wysoki	IV kwartał 2026	Z-ca Dyrektora ds. Finansowych

Analiza wyników badań doświadczeń i opinii pacjentów

1.	Utrzymanie oczekiwanego odsetka wypełnianych (zwrotność w stosunku do liczby wypisów) ankiet badania opinii pacjentek (badanie Pasat IKP)	2024 rok – 0,8% 2025 rok – 2,73% Wartość oczekiwana w 2026 r – co najmniej 3%	1. Bieżące monitorowanie zwrotności i informowanie oddziałów. 2. Stała akcja edukacyjna dla pacjentów: strona www, tablice informacyjne, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, informowanie przez personel oddziałów.	Średni	Cały rok	Dział Zarządzania Jakością i personel oddziałów
2.	Utrzymanie oczekiwanego odsetka pozytywnych ocen w kluczowych kategoriach: <ul style="list-style-type: none">• poinformowanie pacjenta w trakcie pobytu, poinformowanie pacjenta przy wypisie,• leczenie bólu,• przestrzeganie praw pacjenta,• polecenie szpitala	Utrzymanie poziomu z 2025 r. tj. powyżej 90% w kluczowych kategoriach	Bieżące dbanie o zaspokajanie potrzeb pacjentów i zapewnianie opieki zgodnie z wymaganiami z prawami pacjentów	Wysoki	Cały rok	Kierownicy Klinik Pielęgniarki Oddziałowe

Doskonalenie jakości dokumentacji medycznej

1.	Utrzymanie kompletności dokumentacji medycznej	100% dla standardów obligatoryjnych Powyżej 90% dla pozostałych standardów	Kontrola 1% dokumentacji medycznej zgodnie z wymaganiami standardu IM 5 i wdrażanie działań doskonalących z tych kontroli	Wysoki	Cały rok	Pełnomocniczka Dyrektora ds. Dokumentacji Medycznej
----	--	---	---	--------	----------	---



Lp.	Cel operacyjny	Efekt/ Miernik/Wartość oczekiwana (wartość liczbową lub opis)	Planowane działania	Priorytet	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna za realizację
2.	Wdrożenie elektronicznej karty zleceń lekarskich	Wszystkie oddziały pracują na elektronicznie karcie zleceń lekarskich	Szkolenia personelu oddziałów oraz uruchomienie zasoby w Cliniece	Wysoki	01-06.2026	Koordinator ds. Systemów Medycznych
3.	Ujednolicenie treści świadomych zgód na procedury o podwyższonym ryzyku	100% świadomych zgód ma formatkę zgodną z przyjętą w PIM	1. Przegląd i aktualizacja formularzy zgód. 2. Weryfikacja prawna formularz zgód. 3. Udostępnienie zatwierdzonych formularzy zgód w HIS.	Wysoki	Cały rok	1. Kierownicy Klinik 2. Radca prawny. 3. Koordynator ds. Systemów Medycznych
Obszar: Doskonalenie organizacji pracy i personelu						
1.	Optymalizacja pracy Bloku Operacyjnego Minimalnie Inwazyjnej Chirurgii	Sprawna organizacja pracy na bloku	1. Audyt pracy Bloku Operacyjnego Minimalnie Inwazyjnej Chirurgii. 2. Analiza i zaplanowanie działań wynikających z wniosków z audytu. 3. Wdrożenie zaplanowanych działań.	Bardzo wysoki	04-06.2026	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
2.	Implementacja metodyki Lean Management oraz rozwiązań AI bazujących na RCMC.	Liczba komórek objętych Lean: 4. Liczba wdrożeń narzędzi AI do decyzji zarządczych: 2.	Realizacja prac zgodnie z projektem Lean Management	Średni	Cały rok	Z-ca Dyrektora ds. Finansowych
3.	Doskonalenie systemu szkoleń dla personelu	Skutecznie funkcjonujący system szkoleń w odniesieniu do szkoleń wymaganych standardami akredytacyjnymi	1. Utworzenie wewnętrznej platformy edukacyjnej. 2. Stworzenie interesującej oferty szkoleń. 3. Umożliwienie uczestnictwa personelu w wybranych szkoleniach w formule on-line. 4. Stosowanie skutecznej komunikacji w zakresie planowanych szkoleń.	Wysoki	Cały rok	Specjalista ds. Szkoleń
4.	Doskonalenie wiedzy personelu na temat praw pacjenta	Ponad 90% personelu mającego kontakt z pacjentem odbyło szkolenie z praw pacjenta	1. Realizacja szkoleń we współpracy z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta i Meridian – szkolenia ogólnoszpitalne. 2. Realizacja szkoleń dla poszczególnych oddziałów – Meridian.	Wysoki	Cały rok	Specjalista ds. Szkoleń



Lp.	Cel operacyjny	Efekt/ Miernik/Wartość oczekiwana (wartość liczbową lub opis)	Planowane działania	Priorytet	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna za realizację
5.	Zapewnienie wsparcia psychologicznego dla personelu szpitala.	Wszyscy pracownicy wymagający wsparcia psychologicznego uzyskują to wsparcie	1. Wdrożenie aktualnej procedury regulującej kwestie wsparcia psychologicznego dla personelu. 2. Publikacja informacji o wsparciu psychologicznym w oddziałach.	Wysoki	1. do 31.05.2026 2. do 31.01.2026	Kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej i Zdrowia
Obszar: Doskonalenie infrastruktury						
1.	Rozbudowa i przebudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA	Rozpoczęcie prac budowlanych	1. Procedury przetargowe 2. Prace przygotowawcze i projektowe, nadzór autorski 3. Roboty budowlane i instalacyjne, dostawa i montaż kontenerów, realizacja tunelu, prace przygotowawcze, wykonanie projektów sieci, wykonanie przekładek sieci itp.	Wysoki	Cały rok	Z-ca Dyrektora ds. Finansowych
2.	Doskonalenie warunków pobytu pacjentów oraz pracy personelu	Wyremontowanie 3 oddziałów	1. Remonty oddziałów wg planu zgodnie z ustalonymi priorytetami	Wysoki	Cały rok	Z-ca Dyrektora ds. Finansowych

Zatwierdził:

DYREKTOR

Państwowego Instytutu Medycznego
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

prof. dr hab. n. med. Piotr Suwalski
22.01.2026

(pieczęć, podpis)

Priorytety ważności realizacji zadań:

Bardzo wysoki – zadanie do realizacji w pierwszej kolejności bezwzględnie w ustalonym terminie

Wysoki – zadanie ważne, ale możliwe nieznaczne przesunięcia w czasie realizacji

Średni – zadanie ważne, po analizie możliwa zmiana zakresu i terminu realizacji