



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

Termin: do 01.01.2025 - 31.12.2025 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.	Zgłoszenie szpitala do odnowienia ważności certyfikatu akredytacyjnego	Złożenie wniosku w I kw. b.r	Przegotowanie danych niezbędnych do zgłoszenia Instytutu oraz uporządkowanie danych RDPL	Bardzo wysoki	do 31.03.2025	Dyrektor PIM MSWiA – nadzór Kierownik Działu Zarządzania Jakością – realizacja
2.	Utrzymanie ważności certyfikatu systemu zarządzania jakością (wg normy ISO 9001)	Utrzymanie ważności certyfikatu – pozytywny wynik audytu nadzoru I	Przygotowanie szpitala do audytu i nadzór nad realizacją audytu nadzoru I	Bardzo wysoki	do 31.07.2025	Dyrektor PIM MSWiA – nadzór Kierownik Działu Zarządzania Jakością – realizacja
3.	Przygotowanie Szpitala do wizyty akredytacyjnej: wstępna samoocena, wyłonienie obszarów priorytetowych oraz powołanie zespołów zadaniowych	Uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego MZ	Powołanie Zespołu oraz opracowanie harmonogramu działań	Bardzo wysoki	do 31.05.2025	Dyrektor PIM MSWiA – nadzór Kierownik Działu Zarządzania Jakością – realizacja
4.	Wdrożenie polityki bezpieczeństwa pacjenta	Wyłonienie Lidera ds. Zdarzeń Niepożądaných oraz wdrożenie elektronicznego systemu zgłaszalności zdarzeń niepożądaných i niedoszłych zdarzeń niepożądaných w 2025	1. Powołanie Lidera oraz Zespołu ds. Zdarzeń 2. Wypracowanie narzędzi do zgłaszania zdarzeń dla pacjentów/ rodzin oraz personelu 3. Aktualizacja procedury „Polityki bezpieczeństwa pacjenta” 4. Promowanie znaczenia zgłaszania zdarzeń jako elementu poprawy jakości, poprzez szkolenia, wizyty w komórkach org. oraz plakaty zgłaszających	Bardzo wysoki	do 31.07.2025 dla poz. 1, 2,3 Cały rok dla poz.4	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych - powołanie Lidera i Zespołu ds. Zdarzeń Niepożądaných Dział Zarządzania Jakością oraz Dział IT – stworzenie narzędzi
5.	Przygotowanie / zakup programu wspierającego System Zarządzania Jakością, który usprawni m.in.: zarządzanie	Poprawa efektywności i dostępności	1.Sprawdzenie dostępnych systemów na rynku dot. obiegu dokumentów – tworzenie, zatwierdzanie, wersjonowanie i archiwizację	Wysoki	do 31.07.2025	Dział Zarządzania Jakością



Lp.	Cel operacyjny	Efekt/ Miernik/Wartość oczekiwana (wartość liczbową lub opis)	Planowane działania	Priorytet	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna za realizację
	dokumentacja, procesami i kontrolą jakości w Instytucie zgodnie z wymaganiami normy ISO 9001 oraz wymagań standardów akredytacyjnych		procedur, instrukcji i formularzy, nadzoru nad uprawnieniami, śledzenie historii zmian w dokumentacji, obsługę audytów – planowanie audytów wewnętrznych i rejestrowanie wyników, niezgodności i działania korygujące – rejestr problemów jakościowych i działań naprawczych, zgłoszenie zdarzenia niepożądanego oraz nadzór nad szkoleniami prowadzonymi w PIM 2. Rozważenie stworzenia autorskiego narzędzia			Dział IT

Obszar: Opieka nad pacjentem

	Dostosowanie metodologii wykonywania analiz klinicznych wymaganych nowymi standardami akredytacyjnymi	Opracowanie nowych wymagań analiz spełniających kryteria nowych standardów	Przegląd dotychczas stosowanej metodologii analiz i jej aktualizacja w oparciu o dotychczasowe doświadczenia	Wysoki	do 30.06.2025	Komitet Monitorowania Jakości Usług Medycznych
1.	Dostosowanie wytycznych postępowania klinicznego (SOP) oraz ocena ich wdrożenia zgodnie z wymogami standardów: OP 3, ZŻ 2, ZŻ 3	100% funkcjonujących SOP-ów spełnia wymagania OP 3, ZŻ 2, ZŻ 3	Przegląd aktualnie funkcjonujących SOP-ów, aktualizacja w oparciu o literaturę, ocena wdrożenia i podjęcie działań wynikających z tej oceny	Bardzo wysoki	do 30.06.2025	Kierownicy Klinik
3.	Zapewnienie właściwego dostępu do leków, sprzętu i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia zgodnie ze standardem ZŻ 4	Znormalizowane, jednolite zestawy reanimacyjne w całym szpitalu	1. Oszacowanie liczby znormalizowanych wózków reanimacyjnych. 2. Uporządkowanie wszystkich zestawów reanimacyjnych wg ustalonego schematu. 3. Złożenie zapotrzebowania	Bardzo wysoki	do 31.12.2025	Z-ca Dyrektora ds. Finansowych
4.	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	Cały rok	Naczelnia Pielęgniarka



Lp.	Cel operacyjny	Efekt/ Miernik/Wartość oczekiwana (wartość liczbową lub opis)	Planowane działania	Priorytet	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna za realizację
5.	Zapewnienie nadzoru pozniczuleniowego	Nadzór jest spełniony zgodnie z ZZ7	1. Przegląd oraz dostosowanie obszarów wymagających nadzoru 2. Opracowanie procedury 3. Zapewnienie personelu oraz sprzętu	Bardzo wysoki	do 31.12.2025	Naczelną Pielęgniarka
6.	Poprawa komunikacji z pacjentem z trudnościami komunikacyjnymi	Wszyscy pacjenci z trudnościami komunikacyjnymi mają zapewnioną właściwą komunikację	1. Aktualizację materiałów informacyjnych/ edukacyjnych/ zaleceń podczas hospitalizacji oraz przy wypisie, na stronie gov., 2. Szkolenia z komunikacji interpersonalnej z NIL 3. Zakup translatorów	Wysoki	Cały rok	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Naczelną Pielęgniarka
7.	Sygnalizacja przyzywowa	Zmapowanie obszarów wymagających naprawy/uzupełnienia	1. Dokonanie przeglądu, naprawy i uzupełnienia sygnalizacji przyzywowej 2. Ustalenie harmonogramu oraz oszacowanie obszarów opieki które wymagają uzupełnienia	Bardzo wysoki	do 31.08.2025	Naczelną Pielęgniarka Dział Gospodarczy i Eksploatacji
8.	Zaplanowanie rozwiązań operacyjnych dot. identyfikacji pacjentów wysokiego ryzyka	Wszyscy pacjenci z grup wysokiego ryzyka są odpowiednio identyfikowani	Przygotowanie organizacyjne do realizacji zasady zaopatrywania pacjentów zagrożonych ryzykiem upadku i powstania odleżyny oraz niedożywienia w kolorowe opaski	Wysoki	do 31.05.2025	Naczelną Pielęgniarka
9.	Poprawa skuteczności monitorowania bólu poprzez poprawę dokumentowania oceny stopnia natężenia bólu i skuteczności zastosowanego leczenia przeciwbólowego	Ujednolicony sposób dokumentowania monitorowania bólu	1. Wdrożenie ujednoliconych zasad (procedura) oraz dokumentowania monitorowania bólu w systemie poprzez analizę formularzy 2. Szkolenia dla personelu 3. Powołanie Zespołu ds. leczenia bólu	Wysoki	do 31.06.2025	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Klinika KAIT Zespół EDM
10.	Poprawa systemu konsultacji wewnętrznych	Ujednolicony sposób zlecenia dokumentowania konsultacji	1. Wdrożenie nowych rozwiązań oraz opracowanie procedury 2. Monitorowanie czasu realizacji zlecenia zgodnie z kategorią pilności 3. Modernizacja sposobu zlecenia konsultacji poprzez zbudowanie narzędzia w systemie Clininet 4. Szkolenia personelu 5. Analiza zawartych umów w zakresie konsultacji zewnętrznych	Bardzo wysoki	do 31.06.2025	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Koordynator ds. systemów informatycznych



Lp.	Cel operacyjny	Efekt/ Miernik/Wartość oczekiwana (wartość liczbową lub opis)	Planowane działania	Priorytet	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna za realizację
Farmakoterapia, leczenie żywieniowe, kontrola zakażeń						
1.	Doskonalenie bezpieczeństwa prowadzonej farmakoterapii/ leczenia żywieniowego	Aktualizacja składu terapeutycznego / farmakoterapii /zespołu żywieniowego	1. Przegląd oraz aktualizacja dokumentacji zgodnie z wymaganiami standardu FA 1 oraz LZ 2. Korzystanie z konsultacji Komitetu / Zespołów w sytuacjach wymagających wsparcia w prowadzonej farmakoterapii/leczenia żywieniowego 3. Prowadzenie szkoleń	Bardzo wysoki	III kw. 2025	Komitet Terapeutyczny /Farmakoterapii /Żywieniowy Wytonienie łączników z klinik/ oddziałów
2.	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. 1. Weryfikacja zachowań realizacji zaleceń podczas kontroli na Klinikach/Oddziałach.	Bardzo wysoki	Cały rok	Kierownik Działu Epidemiologii
3.	Poprawa zgłaszalności zakażeń	Co najmniej 3% zgłoszeń	1. Stałe monitorowanie zgłoszeń zakażenia 4. 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	Cały rok 2025	Kierownicy Laboratoriów
2.	Doskonalenie i nadzór nad badaniami POCT	Powołanie Zespołu POCT	1. Powołanie Zespołu 2. Opracowanie wytycznych 3. Wytypowanie osób z klinik/oddziałów 4. Szkolenia	Wysoki	III-IV kwartał 2025	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Kierownik Laboratorium
Obszar: Doskonalenie procedur diagnostycznych i terapeutycznych						
1.	Zwiększenie precyzji diagnozy, szybkości podejmowania decyzji oraz efektywności wykorzystania zasobów poprzez implementację narzędzi sztucznej inteligencji (AI) w procesach klinicznych	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	Cały rok	Z-ca Dyrektora ds. Finansowych



Lp.	Cel operacyjny	Efekt/ Miernik/Wartość oczekiwana (wartość liczbową lub opis)	Planowane działania	Priorytet	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna za realizację
2.	Wykonanie zabiegów na odległość pomiędzy dwoma szpitalami klinicznymi z wykorzystaniem platformy robotycznej	Przeprowadzenie operacji min.: 3 operacje w roku	1. Przygotowanie infrastruktury IT 2. Wykonanie europejskich i międzykontynentalnych operacji telechirurgicznych	Wysoki	Cały rok	Dyrektor
3.	Doskonalenie technik operacyjnych w neurochirurgii	Przeprowadzenie operacji z wykorzystaniem śródoperacyjnych naświetlań	1. Wykonanie operacji z jednoczesnym śródoperacyjnym naświetleniem łoży po guzie, jako uzupełnienie leczenia podczas jednej hospitalizacji 2. Wykorzystanie potencjału interdyscyplinarnej współpracy neurochirurgów, radioterapeutów i anesteziologów oraz dostęp PIM MSWiA do zaawansowanych metod leczenia neuroonkologicznego	Wysoki	Cały rok	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Kierownik Kliniki Neurochirurgii
4.	Poprawienie dostępu do skutecznego leczenia oraz zwiększenie świadomości na temat zwłóknienia płuc	Powołanie Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorych z Włóknieniem Płuc	Łączenie zespołów specjalistów: pulmonologów, reumatologów i kardiologów w jednym ośrodku z pełnym zapleczem diagnostycznym i terapeutycznym – od nowoczesnych terapii biologicznych po transplantację płuc.	Wysoki	Cały rok	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Kierownik Kliniki Pulmonologii, Chorób Wewnętrznych, Pulmonologii Onkologicznej i Transplantologicznej
5.	Wczesne kompleksowe wsparcie wzrostu oraz rozwoju noworodków z małą i ekstremalnie małą masą urodzeniową bez zwiększania ryzyka powikłań	Wdrożenie nowego standardu żywienia wcześniaków	Podanie urodzonym w PIM wcześniakom Humavant – jedynego wzmacniacza mleka kobiecego wytwarzanego w 100% z mleka kobiecego.	Bardzo wysoki	III kw.2025	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Kierownik Oddziału Patologii, Fizjologii i IT Noworodka
Analiza wyników badań doświadczeń i opinii pacjentów						
1.	Zwiększenie odsetka wypełnianych (zwrotność w stosunku do liczby wypisów) ankiet badania opinii pacjentów (badanie Pasat IKP dla hospitalizacji)	2024 rok – 0,8% Wartość oczekiwana w 2025 r. – co najmniej 2%	1. Bieżące monitorowanie zwrotności i informowanie klinik/oddziałów. 2. Stała akcja edukacyjna dla pacjentów: strona www, plakaty informacyjne, karta informacyjna z leczenia szpitalnego,	Średni	Cały rok	Dział Zarządzania Jakością i personel oddziałów



Lp.	Cel operacyjny	Efekt/ Miernik/Wartość oczekiwana (wartość liczbową lub opis)	Planowane działania	Priorytet	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna za realizację
2.	Zwiększenie 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	zwiększenie poziomu z 2024 r. tj. powyżej 80% w kluczowych kategoriach	informowanie przez personel klinik/oddziałów, zakup skrzynek na ankiety, 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.	Wdrożenie EDM oraz poprawa indeksowania dokumentacji EDM na platformę P1	2024 rok – poniżej 30% Wartość oczekiwana w 2025 r. – co najmniej 80 %	<ol style="list-style-type: none">1. Modyfikacja narzuconego wzoru Karty informacyjnej z leczenia szpitalnego oraz bieżące monitorowanie poziomu indeksowania w poszczególnych komórkach organizacyjnych2. Wyłączenie „starego” wzoru karty informacyjnej w Klinikach/Oddziałach3. Szkolenia otwarte oraz zamknięte bezpośrednio w klinikach oddziałach	Bardzo Wysoki	Cały rok	Zespół ds. wdrożenia EDM i dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej Koordynator ds. Systemów Medycznych
2.	Wdrożenie dokumentacji medycznej lekarskiej w postaci elektronicznej spełniającej wymagania nowych standardów akredytacyjnych	Przekształcenie formularzy we wszystkich klinikach / oddziałach m.in.: <ul style="list-style-type: none">- badanie przedmiotowe- badanie podmiotowe- obserwacje lekarskie- raporty lekarskie- karta NRS2002- karta profilaktyki żyłnej- choroby zakrzepowo-zatorowej	<ol style="list-style-type: none">1. Analiza możliwości systemu2. Modyfikacja wzorów formularzy3. Pilotaż etapowy w wytypowanych Klinikach internistycznych i zabiegowych4. Bieżące monitorowanie poprawności wypełniania poszczególnych Klinikach/Oddziałach5. Wyłączenie „starych” wzorów po pozytywnym pilotażu w danej Klinice/Oddziale	Bardzo Wysoki	do 31.06.2025 r.	Zespół ds. wdrożenia EDM i dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej Koordynator ds. Systemów Medycznych



Lp.	Cel operacyjny	Efekt/ Miernik/Wartość oczekiwana (wartość liczbową lub opis)	Planowane działania	Priorytet	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna za realizację
3.	Wdrożenie świadomych zgód na procedury o podwyższonym ryzyku zgodnie z nowymi wymaganiami	- karta oceny ryzyka pogorszenia stanu zdrowia u osób starszych (pow. 60 r.ż.) Opracowanie nowego wzoru oraz wdrożenie powyżej 80% świadomych zgód w nowej formie przyjętej w PIM	6. Szkolenia otwarte oraz zamknięte bezpośrednio w klinikach oddziałach 1. Przegląd i aktualizacja formularzy zgód. 2. Weryfikacja prawna formularz zgód. 3. Udostępnienie zatwierdzonych formularzy zgód w systemie.	Bardzo Wysoki	II kw.2025	1. Kierownicy Klinik 2. Radca prawny. 3. Koordynator ds. Systemów Medycznych
4.	Wdrożenie nowych formularzy OKK oraz wdrożenie kart w obszarze kardiologii interwencyjnej	Opracowanie nowego wzoru oraz wdrożenie dla kardiologii interwencyjnej	1. Przegląd i aktualizacja formularzy oraz opracowanie nowego dla kardiologii. 2. Weryfikacja prawna formularzy. 3. Udostępnienie zatwierdzonych formularzy w systemie. 4. Szkolenia dla personelu zabiegowego	Bardzo Wysoki	II/III kw.2025	Zespół ds. wdrożenia EDM i dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej
5.	Utrzymanie kompletności dokumentacji medycznej wersji papierowej oraz wersji elektronicznej	100% dla standardów obligatoryjnych Powyżej 90% dla pozostałych standardów	1. Kontrole 1% dokumentacji medycznej zgodnie z wymaganiami standardu 2. Wypracowanie narzędzia do kontroli elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym standardów obligatoryjnych	Wysoki	III kw. 2025	Kierownicy Klinik/Oddziałów Dział Zarządzania Jakością Dział IT
Obszar: Doskonalenie organizacji pracy i personelu						
1.	Wdrożenie polityki szkoleniowej	Wdrożenie efektywnego systemu szkoleń w odniesieniu do szkoleń wymaganych standardami akredytacyjnymi	1. Wyłonienie z zasobów własnych lidera ds. szkoleń lub zatrudnienie pracownika 2. Opracowanie polityki/programu szkoleń / interesującej oferty szkoleń 3. Stosowanie skutecznej komunikacji w zakresie planowanych szkoleń 4. Umożliwienie uczestnictwa personelu w wybranych szkoleniach w formule on-line	Bardzo Wysoki	Do 30.06.2025	Dyrektor Kierownik Działu Zasobów Ludzkich
2.	Doskonalenie wiedzy personelu na temat praw pacjenta	Ponad 90% personelu mającego kontakt z pacjentem odbyła szkolenie z praw pacjenta	1. Realizacja szkoleń we współpracy z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta i Meridian – szkolenia ogólnoszpitalne. 5. 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
3.	Implementacja metodyki Lean Management	Liczba komórek objętych Lean: 2.	Realizacja prac zgodnie z projektem Lean Management	Średni	Cały rok	Z-ca Dyrektora ds. Finansowych
4.	Zapewnienie szkoleń z ALS/BLS	Wszyscy pracownicy	1. Wdrożenie aktualnej procedury regulującej kwestie Resuscytacji krążeniowo-oddechowej 2. Reaktywacja Szkoły Ratownictwa	Bardzo wysoki	Cały rok	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Obszar: Doskonalenie infrastruktury						
1.	Projekt nowego budynku wielofunkcyjnego w ramach PIM MSWiA z funkcją obronną – autonomiczny szpital podziemny	Uzyskanie dofinansowania na budowę podziemnego szpitala	1. Przygotowanie dokumentacji projektowej 2. Uzyskanie dofinansowania	Wysoki	Cały rok	Nadzór: Dyrektor PIM MSWiA
2.	Wykonanie dokumentacji projektowo-kosztowej dla nowego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA	Wykonanie dokumentacji projektowo-kosztowej	1. Prace przygotowawcze i projektowe, nadzór autorski 2. Uzyskanie pozwoleń budowlanych	Wysoki	Cały rok	Nadzór: Dyrektor PIM MSWiA
3.	Modernizacja basenu rehabilitacyjnego	Przebudowa	1. Zgodnie z planem przebudowy	Wysoki	Cały rok	Nadzór: Dyrektor PIM MSWiA
Zatwierdził:  Piotr Suwalski Państwowy Instytut Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Data, podpis i pieczęć: 31.01.2025						

Priorytety ważności realizacji zadań:

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

Wysoki – zadanie ważne, ale możliwe niezrealizowanie w czasie realizacji

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