

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PLANU DZIAŁALNOŚCI
SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZEGO IM. E. BIERNACKIEGO W WAŁBRZYCHU
ZA ROK 2023

Lp.	Cel	Mierniki określające stopień realizacji celu		Najważniejsze zadania służące realizacji celu	Odniesienie do dokumentu o charakterze strategicznym	Komórka organizacyjna Osoba odpowiedzialna za realizację celu/zadania	Realizacja
		nazwa	Planowana wartość do osiągnięcia na koniec roku, którego dotyczy plan				
1.	Zapewnienie ciągłości realizacji świadczeń medycznych - realizacja kontraktu z NFZ	% wykonania kontraktu z NFZ	100%	Comiesięczne monitorowanie: 1. Zabezpieczenia kadrowego Szpitala i spełnienia wymogów formalno-prawnych; 2. Wykonania umów w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń; 3. Bieżąca analiza poprawności rozliczeń i ich weryfikacja z NFZ.	Umowa z NFZ w wymienionych zakresach udzielanych świadczeń	Dyrektor ds. Medycznych Kierownicy poszczególnych oddziałów i komórek organizacyjnych Dział Rozliczeń i Statystyki Medycznej	Bieżące wykonanie zadania Nadwykonania 0,16 % wartości kontraktu
2.	Realizacja planu finansowego i inwestycyjnego Szpitala.	% realizacji zaplanowanych kosztów i przychodów	100%	1. Zakup sprzętu i urządzeń medycznych niezbędnych dla zapewnienia właściwego, zgodnego z przepisami prawnymi i wymaganiami prawnymi poziomu świadczonych usług; 2. Analiza stanu zobowiązań, dochodzenie należności od NFZ za świadczenia ponadlimitowe.	Plan inwestycyjny Plan finansowy	Dyrektor Dział Techniczny i Zaopatrzenia Główna Księgowa Dział Księgowości	Na bieżąco, jednak nie rzadziej niż dwa razy w roku dokonano analiz wykonania planu. Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała zmiany do planu finansowego, w tym inwestycyjnego

3.	Modernizacja infrastruktury technicznej Szpitala	<p>1.system oddymiania klatki schodowej;</p> <p>2.Przebudowa węzłów sanitarnych oraz pomieszczeń Oddziału Położniczo-Ginekologicznego;</p> <p>3. Modernizacja i podniesienie bezpieczeństwa sieci bezprzewodowej i przewodowej.</p>	70%	<p>1. Wykonanie oddymiania klatki schodowej;</p> <p>2. Wykonanie projektu oraz realizacja robót dla części zadania inwestycyjnego;</p> <p>3. Realizacja umów związanych z realizacją inwestycji.</p>	<p>Plan finansowy</p> <p>Plan inwestycyjny</p>	<p>Dyrektor</p> <p>Dział Techniczny i Zaopatrzenia</p> <p>Główny Księgowy</p>	<p>Ad.1. Przeniesiono do realizacji na rok 2024</p> <p>Ad.2 Zrealizowano w zakresie remontu 9 sal chorych – dotacja celowa.</p> <p>Ad.3 Zrealizowano</p>
4.	Komunikacja Szpitala	Usprawnienie komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej Szpitala	100%	<p>1. Usprawnienie komunikacji poprzez stałą aktualizację strony intranetowej, internetowej i portalu społecznościowego Szpitala;</p> <p>2. Realizacja cotygodniowych spotkań kierowników komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk;</p> <p>3. Realizacja spotkań kierowników komórek organizacyjnych raz w miesiącu odnośnie spraw jakościowych Szpitala.</p>		<p>Dyrektor</p> <p>Kierownicy komórek organizacyjnych</p> <p>Naczelna Położna</p>	<p>Ad. 1 Szpital aktualizuje na bieżąco stronę intranetową i internetową</p> <p>Ad. 2 Sukcesywnie organizowane spotkania kierowników komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk</p> <p>Ad. 3 Wykonano</p>
5.	Podwyższenie standardu wykonywanych świadczeń medycznych	<p>1. Przystąpienie do Programu: „Bezpieczny Sprzęt;”</p> <p>2. Liczba personelu uczestniczącego w szkoleniach oraz kursach specjalizacyjnych;</p> <p>3. Zapewnienie ciągłości jakości udzielanych świadczeń poprzez utrzymanie certyfikatu: ISO</p>	100%	<p>1. Doposażenie w urządzenia medyczne zgodnie z wymogami programu;</p> <p>2. Kierowanie personelu na szkolenia w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych;</p> <p>3. Przeprowadzenie audytów wewnętrznych z procedur medycznych i niemedycechnych w ramach systemu zarządzania jakością;</p> <p>4. Badanie satysfakcji pacjenta z udzielonych świadczeń medycznych – analiza wypełnionych ankiet;</p>	<p>Plany szkoleń oraz kontroli w ramach realizacji systemu zarządzania jakością</p> <p>Regulaminy / procedury Szpitala</p>	<p>Dyrektor</p> <p>Dyrektor ds. Medycznych</p> <p>Naczelna Położna</p> <p>Personel Szpitala zgodnie z kompetencjami</p>	<p>Ad. 1 Zrealizowano. Szpital uzyskał certyfikat: <i>Bezpieczny Szpital to Bezpieczny Pacjent</i></p> <p>Ad. 2 Zrealizowano</p> <p>Ad.3 Opracowano plan audytów. Szpital utrzymał certyfikat ISO: 9001:2015</p>

		9001:2015; 4. Zapewnienie ciągłości jakości udzielanych świadczeń poprzez ponowne uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego.		5. Aktualizacja oraz wprowadzenie nowych procedur.			Ad.4 Termin przeglądu akredytacyjnego wyznaczony na rok 2024
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------	--	--	-----------------------------------------------------------------

DYREKTOR
Specjalistycznego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego
im. E. Jarmaczynskiej w Warszawie
E. POM
Elżbieta Ponczkowska