

LP	CEL	Mierniki określające stopień realizacji celu	Najważniejsze planowane zadania służące realizacji celu	Najważniejsze podjęte zadania służące realizacji celu
1	Zapewnienie ciągłości realizacji świadczeń medycznych - Realizacja kontraktu z NFZ	<p>Stopień realizacji kontraktu w zakresie świadczeń nielimitowanych</p> <p>(definicja: wartość wykonanych świadczeń nielimitowanych w stosunku do wartości świadczeń zaplanowanych w ramach poszczególnych umów)</p> <p>% wykonana umów z NFZ</p> <p>(definicja: wartość świadczeń wykonanych w ramach poszczególnych umów w stosunku do wartości świadczeń zaplanowanych w ramach poszczególnych umów)</p>	<p>1. Monitorowanie stopnia realizacji kontraktu w zakresie świadczeń nielimitowanych</p> <p>2. Monitorowanie liczby hospitalizowanych pacjentów</p> <p>3. Analiza stopnia realizacji kontraktów</p> <p>4. Sprawozdania z realizacji kontraktów na poszczególnych oddziałach</p> <p>5. Nadzór nad kontraktami</p> <p>6. Bieżący nadzór / monitoring nad świadczeniami</p>	<p>1. Monitorowanie stopnia realizacji kontraktu w zakresie świadczeń nielimitowanych</p> <p>2. Monitorowanie liczby hospitalizowanych pacjentów</p> <p>3. Analiza stopnia realizacji kontraktów</p> <p>4. Sprawozdania z realizacji kontraktów na poszczególnych oddziałach</p> <p>5. Nadzór nad kontraktami</p> <p>6. Bieżący nadzór / monitoring nad świadczeniami</p>
	Realizacja gyszahu	<p>100-110 %</p> <p>Parametr w trakcie realizacji: 97,7%</p>	<p>1. Monitorowanie wykonania gyszahu PSZ</p> <p>2. Sprawozdania z realizacji gyszahu na poszczególnych oddziałach</p> <p>3. Analiza stopnia realizacji gyszahu</p> <p>4. Monitorowanie stopnia wykonania umów z NFZ</p> <p>5. Monitorowanie liczby hospitalizowanych pacjentów</p> <p>6. Bieżący nadzór / monitoring nad świadczeniami</p>	<p>1. Monitorowanie wykonania gyszahu PSZ</p> <p>2. Sprawozdania z realizacji gyszahu na poszczególnych oddziałach</p> <p>3. Analiza stopnia realizacji gyszahu</p> <p>4. Monitorowanie stopnia wykonania umów z NFZ</p> <p>5. Monitorowanie liczby hospitalizowanych pacjentów</p> <p>6. Bieżący nadzór / monitoring nad świadczeniami</p>
	Realizacja gyszahu	<p>98% - 100%</p> <p>Parametr w trakcie realizacji: 100,9%</p>	<p>1. Bieżący nadzór / monitoring nad świadczeniami</p> <p>2. Informowanie komórek działalności podstawowej o zaistniałych błędach</p> <p>3. Weryfikacji i generowanie raportu SWX celem przesłania do NFZ</p> <p>4. Sporządzenie wniosków do NFZ celem uznania zakwestionowanych świadczeń</p> <p>5. Wypełnienie wniosków w systemie CBWID</p> <p>6. Weryfikacja błędów powstałego przy korekturze świadczeń</p> <p>7. Koordynowanie działań w celu bieżącego uzupelniania listy lekarzy</p>	<p>1. Bieżący nadzór / monitoring nad świadczeniami</p> <p>2. Informowanie komórek działalności podstawowej o zaistniałych błędach</p> <p>3. Weryfikacji i generowanie raportu SWX celem przesłania do NFZ</p> <p>4. Sporządzenie wniosków do NFZ celem uznania zakwestionowanych świadczeń</p> <p>5. Wypełnienie wniosków w systemie CBWID</p> <p>6. Weryfikacja błędów powstałego przy korekturze świadczeń</p> <p>7. Koordynowanie działań w celu bieżącego uzupelniania listy lekarzy</p>
	% rozliczonych hospitalizacji w stosunku do wykonanych hospitalizacji	<p>≤ 97%</p> <p>Parametr w trakcie realizacji: brak danych za I półrocze 2025 r.</p>	<p>1. Monitorowanie realizacji kompleksowych świadczeń onkologicznych</p> <p>2. Wykonywanie operacji zgodnie z zaleceniami</p> <p>3. Współpraca z działem analiz ekonomicznych</p> <p>4. Analiza otrzymanych danych</p> <p>5. Prowadzenie terminarza zadań</p>	<p>1. Monitorowanie realizacji kompleksowych świadczeń onkologicznych</p> <p>2. Wykonywanie operacji zgodnie z zaleceniami</p> <p>3. Współpraca z działem analiz ekonomicznych</p> <p>4. Analiza otrzymanych danych</p> <p>5. Prowadzenie terminarza zadań</p>
2	Poprawa dostępności i jakości opieki onkologicznej	<p>Realizacja kompleksowych świadczeń onkologicznych pozwalających na zastosowanie w kolejnym roku współczynnika o wartości 1,25</p> <p>(definicja: wykonane w ciągu roku co najmniej 30 świadczeń z: JPCG M11, M12, M20, M21 dla rozpoznania C56 i co najmniej 60 świadczeń z: JPCG M11, M12, M20, M21 dla rozpoznania C54-C55)</p> <p>Realizacja zleceń Krajowej Sieci Onkologicznej</p> <p>(definicja: przeprowadzenie oceny satysfakcji pacjenta hospitalizowanego i po udzieleniu świadczenia medycznego w ramach ASO)</p>	<p>1. Powołanie osoby odpowiedzialnej za koordynowanie przeprowadzenia badania opinii i doswiadczeń pacjenta</p> <p>2. Opracowanie i dystrybucja ankiet</p> <p>3. Monitorowanie wyrycznych</p> <p>4. Nadzór nad wdrożeniem elektronicznej ankiety badania opinii i doswiadczeń pacjenta</p> <p>5. Nadzór nad zwrotnością</p> <p>6. Opracowanie wniosków</p> <p>7. Bieżący monitoring skarg i uwag pacjentów</p> <p>8. Monitorowanie stopnia zadowolenia pacjentek i ich rodzin</p> <p>9. Zapewnienie pełnej realizacji praw pacjenta</p>	<p>1. Powołanie osoby odpowiedzialnej za koordynowanie przeprowadzenia badania opinii i doswiadczeń pacjenta</p> <p>2. Opracowanie i dystrybucja ankiet</p> <p>3. Monitorowanie wyrycznych</p> <p>4. Nadzór nad wdrożeniem elektronicznej ankiety badania opinii i doswiadczeń pacjenta</p> <p>5. Nadzór nad zwrotnością</p> <p>6. Opracowanie wniosków</p> <p>7. Bieżący monitoring skarg i uwag pacjentów</p> <p>8. Monitorowanie stopnia zadowolenia pacjentek i ich rodzin</p> <p>9. Zapewnienie pełnej realizacji praw pacjenta</p>
	Dział w realizacji KPO w ramach projektu pn. Misja: "Polskie raka" - podniesienie jakości usług medycznych w onkologii genetycznej, na lata 2025 - 2026	<p>Zwrotności ankiet na poziomie co najmniej 1% liczby hospitalizacji / wizyty w AOS-ie</p> <p>1 / 1</p>	<p>1. Kontynuacja współpracy z MZ na etapie procedury konkursowej (I kwartał 2025)</p> <p>2. Zawarcie umowy na dofinansowanie (II kwartał 2025)</p> <p>3. Rozpracowanie realizacji rzeczowej projektu zgodnie z Harmonogramem umowy na dofinansowanie</p>	<p>1. Kontynuacja współpracy z MZ na etapie procedury konkursowej (I kwartał 2025)</p> <p>2. Zawarcie umowy na dofinansowanie (II kwartał 2025)</p> <p>3. Rozpracowanie realizacji rzeczowej projektu zgodnie z Harmonogramem umowy na dofinansowanie</p>
	definicja: zawarcie umowy na dofinansowanie z MZ	<p>Parametr w trakcie realizacji</p> <p>Parametr osiągnięty: Umoowa o dofinansowanie nie została zawarta</p>	<p>Parametr w trakcie realizacji</p> <p>Parametr osiągnięty: Dla rozpoznania: C56 - 22 operacji C53-C55 - 53 operacji</p>	<p>Parametr w trakcie realizacji</p> <p>Parametr osiągnięty: Dla rozpoznania: C56 - 22 operacji C53-C55 - 53 operacji</p>

3	Podnoszenie jakości świadczonego usług / zwiększenie bezpieczeństwa i zadowolenia pacjentów / personelu	Przeprowadzenie samooceny standardów akredytacyjnych	Zdefiniuj: realizacja standardu 7.3 - liczbę terminowo wykonanych zadań w stosunku do liczby zaplanowanych zadań	100%	Parametr osiągnięty: Przeprowadzono samooceny standardów akredytacyjnych	1. Opracowanie planu zadań dotyczącego przeprowadzenia samooceny standardów 2. Organizacja spotkań Zespołu ds. jakości 3. Powołanie zespołów roboczych do oceny poszczególnych standardów 4. Identyfikacja obszarów wymagających poprawy 5. Wdrożenie działań naprawczych 6. Wdrożenie działań naprawczych 7. Opracowanie raportu zawierającego rekomendacje w zakresie monitorowania poziomu spełniania standardów akredytacyjnych 8. Przeprowadzenie szkoleń
		Przeprowadzenie badania opinii i doświadczeń pacjenta	definicja: realizacja standardu 7.3 - liczba ankiet w stosunku do liczby hospitalizacji	Zwrotność ankiet na poziomie co najmniej 1% liczby hospitalizacji	Parametr w trakcie realizacji	1. Powołanie osoby odpowiedzialnej za koordynowanie przeprowadzenia badania opinii i doświadczeń pacjenta 2. Opracowanie i dystrybucja ankiet 3. Monitorowanie wytycznych 4. Nadzór nad wdrożeniem elektronicznej ankiety badania opinii i doświadczeń pacjenta 5. Nadzór nad zwrotnością 6. Opracowanie wniosków 7. Bieżący monitoring skarg i uwag pacjentów 8. Monitorowanie stopnia zadowolenia pacjentki i ich rodzin 9. Zapewnienie pełnej realizacji praw pacjenta
		Realizacja wskaźników jakości opieki zdrowotnej	definicja: warunek zrealizowanych wskaźników jakości opieki zdrowotnej w stosunku do wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej, które zostały przekazane do NFZ	realizacja wskaźników	Parametr w trakcie realizacji	1. Zapoznanie się z wartościami realizacji wskaźników jakości opieki i zdrowotnej przedstawionych do 30.04.2024 r. przez NFZ 2. Analiza wskaźników jakości 3. Monitorowanie wskaźników jakości 4. Roczna ocena
		Urzymanie certyfikatu "Szpitala bez bólu"	definicja: prowadzenie monitoringu natężenia bólu u wszystkich operowanych pacjentek u wszystkich pacjentów po czynnej cesarce w wywiadzie Polskiego Towarzystwa Badań Bólu	100%	Parametr w trakcie realizacji	1. Wykonywanie wymaganych przeglądów technicznych, konserwacji sprzętu i aparatury medycznej 2. Wykonywanie bieżących napraw sprzętu i aparatury medycznej 3. Wykonywanie wymaganych testów specjalistycznych 4. Monitorowanie i utrzymywanie sprawności sprzętu 5. Przeszczególnienie terminów przeglądów 6. Nadzór i kontrola stanu technicznego aparatury i sprzętu 7. Bieżąca konserwacja

Część C: Realizacja innych celów w roku 2025

1	Zapewnienie ciągłości działania Szpitala/Zapewnienie sprawności funkcjonowania systemów informacyjnych	Utrzymanie sprawności działania aparatury medycznej i pozostałego sprzętu	(definicja: liczba aparatury medycznej i pozostałego sprzętu medycznego wpływ na zapewnienie ciągłości działania posiadanych przeglądów technicznych)	100%	Parametr w trakcie realizacji	1. Wykonywanie wymaganych przeglądów technicznych, konserwacji sprzętu i aparatury medycznej 2. Wykonywanie bieżących napraw sprzętu i aparatury medycznej 3. Wykonywanie wymaganych testów specjalistycznych 4. Monitorowanie i utrzymywanie sprawności sprzętu 5. Przeszczególnienie terminów przeglądów 6. Nadzór i kontrola stanu technicznego aparatury i sprzętu 7. Bieżąca konserwacja
		Utrzymanie sprawności działania infrastruktury technicznej/budowlanej	(definicja: Realizacja przeglądów technicznych księgi obiektu w terminie)	100%	Parametr w trakcie realizacji	1. Wykonywanie wymaganych przeglądów technicznych, konserwacji sprzętu i aparatury medycznej 2. Wykonywanie bieżących napraw sprzętu i aparatury medycznej 3. Przeszczególnienie terminów przeglądów 4. Nadzór i kontrola stanu technicznego 5. Kontrola i stany nadzór nad księżką obiektu
		Liczba stwierdzonego braku dostępu do wszystkich danych osobowych w systemie informacyjnym w wyniku awarii (czas reakcji dłuższy niż 15 min)	Liczba stwierdzonego braku dostępu do wszystkich danych medycznych w systemie informacyjnym w wyniku awarii (czas reakcji dłuższy niż 15 min)	0	Parametr w trakcie realizacji	1. Respektowanie zapisów Instrukcji i Polityki Bezpieczeństwa w II półroczu 2025 r. 2. Utrzymanie odpowiedniego zabezpieczenia dokumentacji i danych pacjentów i pracowników 3. Ochrona hasel dostęp do dokumentacji elektronicznej 4. Wgrywanie aktualizacji oprogramowania 5. Ochrona, monitorowanie zabezpieczeń danych pacjentów i pracowników 6. Nadawanie uprawnień zgodnie z zajmowanymi stanowiskiem pracy, bieżąca analiza logów 7. Nadzór nad zapewnieniem ciągłości pracy i ochrony danych medycznych i osobowych 8. Symulacje prób wamiannia do systemu 9. Bieżąca kontrola zasobów 10. Przyjmowanie zgłoszeń 11. Zgłaszanie i weryfikacja naruszeń
		Liczba stwierdzonego braku dostępu do wszystkich danych osobowych w systemie informacyjnym w wyniku awarii (czas reakcji dłuższy niż 15 min)	Liczba stwierdzonego braku dostępu do wszystkich danych medycznych w systemie informacyjnym w wyniku awarii (czas reakcji dłuższy niż 15 min)	0	Parametr w trakcie realizacji	1. Respektowanie zapisów Instrukcji i Polityki Bezpieczeństwa w II półroczu 2025 r. 2. Utrzymanie odpowiedniego zabezpieczenia dokumentacji i danych pacjentów i pracowników 3. Ochrona hasel dostęp do dokumentacji elektronicznej 4. Wgrywanie aktualizacji oprogramowania 5. Ochrona, monitorowanie zabezpieczeń danych pacjentów i pracowników 6. Nadawanie uprawnień zgodnie z zajmowanymi stanowiskiem pracy, bieżąca analiza logów 7. Nadzór nad zapewnieniem ciągłości pracy i ochrony danych medycznych i osobowych 8. Symulacje prób wamiannia do systemu 9. Bieżąca kontrola zasobów 10. Przyjmowanie zgłoszeń 11. Zgłaszanie i weryfikacja naruszeń

2	Zwiększenie efektywności gospodrowania: - magazyjnami - lekami/wyrobami medycznymi	Stary magazynowe <i>(definicja: ogół kosztów, który znajduje się w magazynie na koniec roku)</i>	Zmniejszenie stanów magazynowych w stosunku do roku poprzedniego	Parametr w trakcie realizacji: I półrocze 2024 roku -2,718,899,24 zł I półrocze 2025 roku -2,416,567,37 zł zmniejszenie o 302,331,87 zł	Parametr osiągnięty: 2024 rok -3,174,073,09 zł 2025 rok -2,059,263,40 zł zmniejszenie o 1,114,809,69 zł	1. Nadzór nad zapisami magazynowymi 2. Dążenie do optymalnych stanów magazynowych 3. Nadzór nad dostawami 4. Współpraca z oddziałami w celu zmniejszenia stanów magazynowych na oddziałach szpitalnych 5. Współpraca z oddziałami dt. płynności stanów apteczek szpitalnych
3	Prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem	Zmniejszenie liczby zdarzeń niepożądanych w systemie zarządzania jakością i bezpieczeństwem <i>(definicja: liczba zdarzeń niepożądanych w stosunku do liczby hospitalizowanych)</i>	Zmniejszenie liczby zdarzeń niepożądanych w porównaniu z rokiem ubiegłym / Utrzymanie wskaźnika na poziomie z ubiegłego roku	Parametr w trakcie realizacji: Liczba zdarzeń I półrocze 2024r. - 46 I półrocze 2025r. - 57 wskaźnik I półrocze 2024r. - 0,50% I półrocze 2025r. - 0,559%	Parametr niesięgnięty: Liczba zdarzeń 2024r. - 65 2025r. - 109 wskaźnik I półrocze 2024r. - 0,34% I półrocze 2025r. - 0,53%	1. Identyfikowanie zdarzeń niepożądanych 2. Monitorowanie i analiza zdarzeń niepożądanych 3. Prowadzenie rejestru działań zapobiegawczych 4. Zgłaszanie i rejestracja zdarzeń niepożądanych 5. Prowadzenie systemu elektronicznego do identyfikacji i monitorowania zdarzeń niepożądanych 6. Prowadzenie karty rejestracji drobnostroju alarmowego/zakazania szpitalnego dla zdarzenia niepożądane w postaci zakazania szpitalnego 7. Aktualizacja Instrukcji i Procedur 8. Przesztżeganie procedur i instrukcji 9. Udział w spotkaniach Zespołu ds. analizy zdarzeń niepożądanych 10. Udział w szkoleniach szpitalnych i wewnątrzszpitalnych 11. Stworzenie kanału dla zgłaszania zdarzenia niepożądane przez pacjenta, osobę z zewnątrz szpitala
3	Utrzymanie niskiego poziomu zakazów szpitalnych	Utrzymanie niskiego poziomu zakazów szpitalnych <i>(definicja: Wskaźnik zakazów szpitalnych dla całego szpitala - liczba zakazów szpitalnych w stosunku do liczby hospitalizowanych)</i>	Utrzymanie wskaźnika na założonym poziomie 1% / Utrzymanie wskaźnika na poziomie z ubiegłego roku	Parametr w trakcie realizacji: I półrocze 2024r. - 0,46% I półrocze 2025r. - 0,47%	Parametr osiągnięty: 2024r. - 0,51% 2025r. - 0,5%	1. Przesztżeganie przepisów dotyczących bezpiecznej pracy z ostrymi narzędziami 2. Przesztżeganie reżimu sanitarno-epidemiologicznego 3. Przeprowadzenie szkoleń 4. Prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych 5. Raportowanie zranień ostrymi narzędziami 6. Realizacja profilaktyki po ekspozycji 7. Monitorowanie poziomu zakazów szpitalnych 8. Nadzór nad prawidłowością przesztżeganania procedur 9. Prowadzenie rejestru działań zapobiegawczych 10. Nadzór i kontrola firmy sprzątającej 11. Przeprowadzenie wywiadów epidemiologicznych, konsultowanie pacjentów podejrzanych o zakażenie szpitalne 12. Prowadzenie karty rejestracji drobnostroju alarmowego/zakazania szpitalnego dla zdarzenia niepożądane w postaci zakazania szpitalnego
3	Zmniejszenie liczby błędów przed i laboratoryjnych	Zmniejszenie liczby błędów przed i laboratoryjnych <i>(definicja: Wskaźnik błędów przed i laboratoryjnych - Liczba błędów przed i laboratoryjnych w porównaniu do liczby skierowań)</i>	Utrzymanie wskaźnika na założonym poziomie w poszczęólnych laboratoriach / Utrzymanie wskaźnika na poziomie z ubiegłego roku	Parametr w trakcie realizacji: MLA I półrocze 2024r. - 1,2% I półrocze 2025r. - 1,3% MLM I półrocze 2024r. - 0,94% I półrocze 2025r. - 1,1% PTZ BK I półrocze 2024r. - 0,86% I półrocze 2025r. - 0,73%	Parametr niesięgnięty: MLA 2024r. - 1,13% 2025r. - 1,25% MLM 2024r. - 0,82% 2025r. - 0,80% PTZ BK 2024r. - 1,47% 2025r. - 0,8%	1. Przesztżeganie instrukcji, procedur, standardów i przepisów prawa dotyczących zlecania, pobierania, transportu badań do laboratorium i wykonywania badań 2. Przesztżeganie systemu kontroli jakości wykonywania badań laboratoryjnych 3. Systematyczna kontrola losowo wybranych badań 4. Bieżący nadzór i kontrola celem ograniczenia liczby błędów 5. Wdrożenie działań naprawczych zgodnie z procedurami procesu przed-laboratoryjnego 6. Przeprowadzenie szkoleń z zakresu pobierania i postępowania z materiałem do badań laboratoryjnych 7. Monitorowanie błędów przed- i laboratoryjnych 8. Nadzór nad prawidłowością przesztżeganania procedur i instrukcji 9. Udział w kontrolach zewnątrz laboratoryjnych 10. Analiza protokołów pokontrolnych
3	Zmniejszenie liczby błędów przed i laboratoryjnych	Zmniejszenie liczby błędów przed i laboratoryjnych <i>(definicja: Wskaźnik błędów przed i laboratoryjnych - Liczba błędów przed i laboratoryjnych w porównaniu do liczby skierowań)</i>	Utrzymanie wskaźnika na założonym poziomie w poszczęólnych laboratoriach / Utrzymanie wskaźnika na poziomie z ubiegłego roku	Parametr w trakcie realizacji: MLA I półrocze 2024r. - 1,2% I półrocze 2025r. - 1,3% MLM I półrocze 2024r. - 0,94% I półrocze 2025r. - 1,1% PTZ BK I półrocze 2024r. - 0,86% I półrocze 2025r. - 0,73%	Parametr niesięgnięty: MLA 2024r. - 1,13% 2025r. - 1,25% MLM 2024r. - 0,82% 2025r. - 0,80% PTZ BK 2024r. - 1,47% 2025r. - 0,8%	1. Przesztżeganie instrukcji, procedur, standardów i przepisów prawa dotyczących zlecania, pobierania, transportu badań do laboratorium i wykonywania badań 2. Przesztżeganie systemu kontroli jakości wykonywania badań laboratoryjnych 3. Systematyczna kontrola losowo wybranych badań 4. Bieżący nadzór i kontrola celem ograniczenia liczby błędów 5. Wdrożenie działań naprawczych zgodnie z procedurami procesu przed-laboratoryjnego 6. Przeprowadzenie szkoleń z zakresu pobierania i postępowania z materiałem do badań laboratoryjnych 7. Monitorowanie błędów przed- i laboratoryjnych 8. Nadzór nad prawidłowością przesztżeganania procedur i instrukcji 9. Udział w kontrolach zewnątrz laboratoryjnych 10. Analiza protokołów pokontrolnych

3	<p>Prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwa</p>	<p>Udział pracowników szpitala w obowiązkowych szkoleniach</p>	<p>1. Uaktualnienie strony ze szkoleniami 2. Zamieszczenie obowiązkowych e-szkoleń na portalu szkoleniowym 3. Przeprowadzenie obowiązkowych szkoleń 4. Uczestnictwo w obowiązkowych szkoleniach 5. Nadzór nad e-szkoleniami i pozostałymi obowiązkowymi szkoleniami</p>
	<p>definiuje liczbę zrealizowanych obowiązkowych szkoleń w stosunku do zaplanowanej liczby szkoleń</p> <p>- szkolenie z jakości - 1 raz w roku dla wszystkich pracowników - szkolenie z kserowacji - co 2 lata dla wszystkich pracowników - zapobieganie zakażeniom szpitalnym - 1 raz w roku dla pozostałych pracowników, co 2 lata dla pozostałych pracowników, - szkolenia z ksero przed i po-laboratoryjnej 1 raz w roku dla pozostałych pracowników, - szkolenia z zakresu prym pielęgnacji 1 raz w roku dla pozostałych pracowników, - szkolenia bhp i ppoz - według odbytych przypadków (procedura bhp) - dotyczące farmakoterapii - 1 raz w roku dla pozostałych pracowników - szkolenie dotyczące ochrony sygnalizacji</p>	<p>100%</p> <p>Parametr w trakcie realizacji</p> <p>Parametr nieosiągnięty: 87,5% nie zrealizowano szkolenia z farmakoterapii</p>	<p>1. Uaktualnienie strony ze szkoleniami 2. Zamieszczenie obowiązkowych e-szkoleń na portalu szkoleniowym 3. Częściowe przeprowadzenie obowiązkowych szkoleń 4. Uczestnictwo w obowiązkowych szkoleniach 5. Nadzór nad e-szkoleniami i pozostałymi obowiązkowymi szkoleniami</p>
4	<p>Zwiększenie poziomu informatyzacji</p>	<p>Proces digitalizacji dokumentacji medycznej (definicja: Obezwolnienie papierowej wersji historii choroby w systemie informatycznym)</p> <p>Wdrożenie i prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej</p> <p>- karta informacyjna z leczenia szpitalnego - karta informacyjna Izby Przyjęć - odnow i portal - wyniki badań laboratoryjnych w formacie HL 7 CDA - opis badań diagnostycznych w formacie HL 7 CDA</p>	<p>2 / 2</p> <p>Parametr w trakcie realizacji</p> <p>Parametr osiągnięty: 2/2</p> <p>1. Analiza wymagań dotyczących formatu HL 7 CDA 2. Konfiguracja dokumentów w systemach informatycznych 3. Testy funkcjonalne 4. Wdrożenie</p> <p>1. Analiza papierowej wersji historii choroby 2. Utworzenie ustrukturyzowanych formularzy i wydruków 3. Testy funkcjonalne 4. Wdrożenie</p>

Warszawa, dnia 20.03.2026 r.

Spec. ds. kontroli zarządczej

Elżbieta Kozłowska

DYREKTOR SZPITALA
mgr Ewa Piotrowska