

APROBAT:

 Doina RUSU
 Director, IMSP IFP „Chiril Draganiuc”

PLANUL

anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și siguranței pacienților, anul 2024

Nr d/o	Acțiuni/subacțiuni	Termen de realizare	Responsabil de realizare	Indicator de realizare
Obiectivul nr.1 Asigurarea implementării politicii naționale privind calitatea serviciilor medicale				
1.1.	Actualizarea și implementarea Politicii de calitate la nivel de IMS și a Declarației de calitate	Trimestrul I	Președinte al Consiliului Calității Șef SMC Asistent medical principal	Politica de calitate actualizată Declarația de calitate actualizată Angajați IMS informați privind Politica actualizată
1.2	Actualizarea documentelor standardizate de proces	Trimestrul II-IV	Șef SMC	Număr PO actualizate
Obiectivul nr.2 Asigurarea eficacității și eficienței serviciilor medicale				
2.1	Instituționalizare a PCN pentru spectrul de servicii prestate la nivel de instituție	Permanent	Șef SMC	Număr de instituționalizate
	Monitorizarea aprobării de către MS a PCN noi Revizuirea/elaborarea PCI de către Comisia de elaborare și implementare a protocoalelor clinice instituționale de lucru, responsabil de elaborarea și implementarea PCI, (anexa nr.8 la ordinul IFP nr.47 din 06.06.2023 „Cu privire la asigurarea calității	Timp de 30 zile de la aprobarea PCN	Președinte al Consiliului Calității Președinte al Comisiei de elaborare și implementare a protocoalelor clinice instituționale de lucru	Număr de PCI revizuite/nou elaborate și aprobate

		serviciilor medicale în cadrul IFP Chiril Drăganiuc” în funcție de PCN actualizate			
2.2	Asigurarea implementării conforme a PCI la nivel de spital	Actualizarea Formularului Farmacoterapeutic și a listei medicamentelor vital – necesare și esențiale.	Semestrul I	Farmacolog-clinician Șef SMC Președinte al Consiliului Calității	Lista medicamentelor pe secții elaborată Formular Farmacoterapeutic actualizat Lista medicamentelor vital – necesare actualizată Lista medicamentelor esențiale actualizată
		Actualizarea Algoritmului standardizat anafilaxia și anafilaxia refractară	Trimestrul I	Șef SMC Președinte al Consiliului Calității	Algoritm standardizat actualizat și aprobat
		Instruirea personalului medical privind implementarea PCI, AS	Pe parcursul anului	Șef SMC Președinte al Consiliului Calității	Activități de instruire a personalului medical privind implementarea PCI, AS organizate și desfășurate
2.3	Asigurarea implementării conforme a actelor normative	Elaborarea și implementarea procedurii privind regulile de prescriere a medicamentelor	Trimestrul II	Farmacolog-clinician Șef SMC Președinte al Consiliului Calității	Procedură elaborată și aprobată
		Instruirea personalului medical privind prescrierea medicamentelor	Trimestrul II	Farmacolog-clinician	Număr personal instruit
2.4	Asigurarea recoltării eficiente a probelor biologice	Elaborarea și implementarea procedurilor privind regulile de recoltare a materialelor biologice (spută, aspirat nazofaringian, aspirat gastric, materii fecale ș.a.)	Trimestrul II	Șef SMC Președinte al Consiliului Calității Șef LCD Șef LNR	Proceduri elaborate și aprobate

		Instruirea personalului medical privind prescrierea medicamentelor	Trimestrul II	Şef SMC Preşedinte al Consiliului Calităţii Şef LCD Şef LNR Asistent medical principal	Număr personal instruit
Obiectivul nr.3 Asigurarea serviciilor medicale centrate pe respectarea drepturilor pacientului					
3.1	Asigurarea implementării conforme a Ghidului privind procedura de comunicare şi consiliere a pacientului	Asigurarea informării pacienţilor privind drepturile acestora.	La internare	Asistent medical principal	Informaţii privind drepturile pacienţilor prezente şi vizibile pentru pacienţi şi vizitatori.
		Elaborarea acordurilor standardizate pentru intervenţiile/procedurile noi	Trimestrul II	Preşedinte al Consiliului Calităţii Şef SMC	Număr de acorduri standardizate elaborate şi aprobate
Obiectivul nr.4 Asigurarea continuităţii serviciilor medicale					
4.1	Asigurarea transferului interspitalicesc al pacienţilor	Elaborarea procedurii privind algoritmul de conduită a pacientului cu suspiciune de accident vascular cerebral	Trimestrul II	Şef SMC Preşedinte al Consiliului Calităţii	Procedură elaborată şi aprobată
		Implementarea procedurii privind algoritmul de conduită a pacientului cu suspiciune de accident vascular cerebral	Trimestrul III	Şef SMC Preşedinte al Consiliului Calităţii	Număr de personal instruit în procedurii
		Elaborarea procedurii privind algoritmul de conduită a pacientului cu suspiciune de sindrom coronarian acut	Trimestrul II	Şef SMC Preşedinte al Consiliului Calităţii	Procedură elaborată şi aprobată
		Implementarea procedurii privind algoritmul de conduită a	Trimestrul III	Şef SMC Preşedinte al	Număr de personal instruit în implementarea

		pacientului cu suspiciune de sindrom coronarian acut		Consiliului Calității	procedurii
Obiectivul nr.5 Îmbunătățirea accesibilității pacienților la servicii medicale în cadrul spitalului în timp oportun					
5.1.	Asigurarea implementării conforme a PCS Triajul în Secția de internare	Asigurarea cu personal a Secției de internare conform normativelor în vigoare Instruirea personalului privind aplicarea algoritmului de triaj în Secția de internare	Permanent	Director	Gradul de asigurare cu personal a Secției de internare
		Asigurarea echipamente/consumabile necesare a Secției de internare conform cerințelor în vigoare	Permanent	Vicedirector medical Șef AR	Număr de instruiți a personalului realizate Număr de personal instruit
5.2	Asigurarea stabilirii diagnosticului definitiv de la internare până la 72 ore		Permanent	Director Șef serviciu achiziții	Gradul de asigurare cu echipamente/consumabile necesare a Secției de internare Rata pacienților cu diagnostic definitiv stabilit de la internare până la 72 ore
Obiectivul nr.6 Asigurarea siguranței pacienților în cadrul spitalului conform obiectivelor internaționale de siguranță					
6.1	Reevaluarea riscurilor și stabilirea nivelului de prioritate a riscurilor pentru aplicarea măsurilor preventive și corective		Trimestrul I	Responsabil de managementul riscurilor Șef serviciu juridic Șef serviciu dezvoltare infrastructură	Prioritizarea riscurilor realizată
6.2	Actualizarea registrului riscurilor/listei riscurilor la nivel de instituție, pe subdiviziuni		Trimestrul I	Responsabil de managementul riscurilor Șefii subdiviziunilor Șef serviciu juridic Șef serviciu dezvoltare infrastructură	Registre ale riscurilor actualizate și aprobate
6.3	Selectarea riscurilor pentru tratare și identificarea acțiunilor de prevenire și reducere/eliminarea lor		Trimestrul II	Responsabil de managementul riscurilor	Lista riscurilor pentru aplicarea măsurilor

			Şef serviciu juridic Şef serviciu dezvoltare infrastructură	preventive şi corective aprobată.
6.4	Elaborarea şi implementarea planului de măsuri preventive şi corective	Trimestrul II	Responsabil de managementul riscurilor Consiliul Calităţii Şef serviciu juridic Şef serviciu dezvoltare infrastructură	Plan de măsuri preventive şi corective elaborat şi aprobat spre implementare.
6.5	Elaborarea şi implementarea procedurii privind gestionarea reacţiilor adverse la medicamente	Trimestrul III	Farmacolog-clinician Şef SMC Preşedinte al Consiliului Calităţii	Procedură elaborată şi aprobată Nr. reacţii adverse identificate şi raportate
6.6	Actualizarea şi implementarea procedurii privind siguranţa chirurgicală: stabilirea zonei corecte de intervenţie, a procedurilor corecte şi a intervenţiei chirurgicale corecte pentru pacient.	Trimestrul II	Şef SMC Consiliul Calităţii	Rata pacienţilor eligibili cărora li s-a aplicat Lista OMS privind siguranţa chirurgicală
Obiectivul nr.7 Evaluarea calităţii serviciilor prestate în cadrul spitalului				
7.1.	Planificarea şi realizarea auditului medical intern	Conform planului	Şef SMC Audit medical	Plan de audit medical intern elaborat şi aprobat. Rata misiunilor de audit realizate din cele planificate
7.2	Evaluarea şi analiza cazurilor de revenire a pacienţilor externaţi din SATI în primele 48 ore cu aceleaşi simptome/diagnostic	În decurs de 24 ore de la raportarea cazului	Şef SMC Audit medical	Rata pacienţilor reveniţi în SAR în primele 48 ore cu aceleaşi simptome/diagnostic Număr de măsuri corective realizate
7.4.	Evaluarea gradului de satisfacţie a pacienţilor.	Semestrial	Şef SMC Asistent medical principal	Număr de Rapoarte de evaluare a gradului de satisfacţie realizate şi

				analizate Număr de măsuri de îmbunătățire realizate
Obiectivul nr.8 Îmbunătățirea performanței personalului medical din spital				
8.1.	Elaborarea planului de instruire externă și în cadrul instituției/la locul de muncă pentru: - personalul medical - personalul nemedical	Trimestrul IV	Șef serviciu resurse umane Vicedirector medical	Plan elaborat și aprobat
8.2.	Organizarea instruirilor pentru personalul medical/nemedical în cadrul instituției/la locul de muncă	Conform planului aprobat	Vicedirector medical Șef SMC Asistent medical principal	Număr de instruiți organizați și desfășurate Număr de personal medical instruit Număr de personal nemedical instruit
8.3.	Participarea personalului medical /nemedical în cadrul instruirilor externe.	Conform planului aprobat	Director Șef serviciu resurse umane	Număr de personal medical instruit Număr de personal nemedical instruit

Elaborat:

Șef SMC

el. ely

Mihaela MANEA