

COORDONAT:
Maria CUMPĂNA
Director adjunct ANSP



APROBAT:
Sofia ALEXANDRU
Director IMSP IFP "Chiril Draganuic"



PLANUL

anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și siguranței pacienților,
anul 2021

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.	Elaborarea și implementarea Strategiei Managementului Riscurilor pentru anii 2021-2022 la nivel de IMS	01.04.2021	Șef Serviciu Juridic Șef SMC Responsabil de Managementul Riscurilor	Strategie aprobată Angajații IMS informați privind Strategia aprobată
Obiectivul nr.2 Asigurarea eficacității și eficienței serviciilor medicale				
2.1	Instituționalizar ea PCN pentru spectrul de servicii prestate la nivel de instituție	Permanent	Șef SMC	Număr de instituționalizate PCN
	Monitorizarea aprobării de către MSMPS a PCN noi			
	Revizuirea/elaborarea PCI de către Comitetul Consiliului Calității, responsabil de elaborarea și implementarea PCI, (anexa nr.7 la ordinul IFP nr. 25 din 12.02.2017 „Cu privire la asigurarea calității serviciilor medicale în cadrul IFP” în funcție de PCN actualizate	Timp de 30 zile de la aprobarea PCN	Președinte al Consiliului Calității Coordonator al Comitetului de elaborare a PCI	Număr de PCI revizuite/nou elaborate și aprobate
2.2	Asigurarea implementării conforme a PCI la nivel de spital	Semestrul I	Șef SMC Președinte al Consiliului	Procedură elaborată și aprobată Lista medicamentelor pe secții elaborată

		cu PCI			Calității	Formularul Farmacoterapeutic instituțional elaborat și aprobat
		Instruirea personalului medical privind implementarea PCI	Pe parcursul anului	Șef SMC Președinte al Consiliului Calității	Activități de instruire a personalului medical privind implementarea PCI organizate și desfășurate	
Obiectivul nr.3 Asigurarea serviciilor medicale centrate pe respectarea drepturilor pacientului						
3.1	Asigurarea implementării conforme a Ghidului privind procedura de comunicare și consiliere a pacientului	Asigurarea informării pacienților privind drepturile acestora.	Pe parcursul anului	Asistenta principală	Informații privind drepturile pacienților prezente și vizibile pentru pacienți și vizitatori.	
		Elaborarea acordurilor standardizate pentru intervențiile/procedurile de bază	Semestrul I	Președinte al Consiliului Calității Șef Serviciu Juridic Șef SMC	Număr de acordurilor standardizate elaborate și aprobate	
3.2	Asigurarea îngrijirii pacienților în dependență de nevoile identificate	Elaborarea planurilor-cadru de îngrijire a pacienților pe fiecare profil de secție	Semestrul I	Asistenta principală Responsabil de îngrijiri	Planuri-cadru de îngrijire a pacienților pe fiecare profil de secții elaborate și aprobate	
		Instruirea asistenților medicali privind implementarea planurilor de îngrijire a pacienților pe secții	Semestrul I	Asistenta principală Responsabil de îngrijiri Șef SMC	Număr de instruiri organizate Număr de asistenți medicali instruiți	
		Implementarea planurilor de îngrijire a pacienților în dependență de nevoile identificate	Semestrul II	Asistenta principală Responsabil de îngrijiri	Rata pacienților îngrijiți conform planurilor de îngrijire	
3.3	Asigurarea	Elaborarea procedurii privind managementul	Trimestrul	Șef SMC	Procedură	privind

	managementul durerii	managementul durerii elaborată și aprobată
managementul durerii din IMS	durerii	Președinte al Consiliului Calității Șef ATI
	Implementarea procedurii privind managementul durerii	Număr personal instruit în implementarea procedurii Număr pacienți cărora li s-a aplicat scala durerii
		II
		Trimestrul II
		Șef SMC Șef ATI
		Șef SMC Șef ATI Asistența principală
		Șef SMC Președinte al Consiliului Calității
		Șef SMC Președinte al Consiliului Calității
		Șef SMC Președinte al Consiliului Calității
		Șef SMC Președinte al Consiliului Calității

Obiectivul nr.4 Asigurarea continuității serviciilor medicale

4.1	Asigurarea transferului intraspitalicesc al pacienților	Elaborarea procedurii de transfer al pacienților în/din secția reanimare/ATI	Trimestrul I	Șef SMC Șef ATI	Procedură elaborată și aprobată
		Implementarea procedurii de transfer al pacienților în/din secția reanimare/ATI	Semestrul II	Șef SMC Șef ATI Asistența principală	Număr de personal instruit în implementarea procedurii
4.2	Asigurarea externării conforme a pacienților pentru a reduce reinternările nejustificate	Elaborarea procedurii de externare neplanificată a pacienților	Trimestrul I	Șef SMC Președinte al Consiliului Calității	Procedură elaborată și aprobată
		Elaborarea procedurii de externare planificată a pacienților	Trimestrul I	Șef SMC Președinte al Consiliului Calității	Procedură elaborată și aprobată
		Implementarea procedurilor de externare neplanificată/planificată a pacienților	Semestrul II	Șef SMC Președinte al Consiliului Calității	Număr de personal instruit în aplicarea procedurilor

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	Permanent	Director	Gradul de asigurare cu personal a Secției de internare
	Asigurarea implementării conforme a PCS Triajul în Secția de internare	Instruirea personalului privind aplicarea algoritmului de triaj în Secția de internare	Semestrial	Vicedirector medical	Număr de instruire a personalului realizate

				Șef ATI	Număr de personal instruit
	Asigurarea cu echipamente/consumabile necesare a Secției de internare conform cerințelor în vigoare	Permanent		Director Șef serviciu achiziții	Gradul de asigurare cu echipamente/consumabile necesare a Secției de internare
5.2	Asigurarea stabilirii diagnosticului definitiv de la internare până la 72 ore	Permanent		Vicedirector medical	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	Elaborarea procedurii operaționale Managementul riscurilor .	Trimestrul I		Șef SMC Responsabil de managementul riscurilor Vicedirector medical Șef serviciu juridic Șef serviciu dezvoltare și infrastructură	Procedură elaborată și aprobată
6.2	Instruirea personalului medical privind implementarea procedurii	Trimestrul I		Șef SMC Responsabil de managementul riscurilor	Număr de personal instruit
6.3	Elaborarea și aprobarea Listei/registrului riscurilor	Trimestrul II		Șef SMC Responsabil de managementul riscurilor Vicedirector medical	Lista riscurilor pentru măsurilor aplicarea preventive și corective aprobate.

			Şef serviciu juridic Şef serviciu dezvoltare și infrastructură - ra		
6.4	Elaborarea și implementarea planului de măsuri preventive și corective	Trimestrul II	Şef SMC Responsabil de managementul riscurilor Consiliul Calității	Plan de măsuri preventive și corective elaborat și aprobat spre implementare.	
6.5	Elaborarea și implementarea procedurii privind identificarea corectă a pacienților	Trimestrul II	Şef SMC Şefii de secții	Rata pacienților pe subdiviziuni cărora li s-a aplicat procedura.	
6.6	Elaborarea și implementarea procedurii privind gestionarea (identificare, înregistrare, raportare, rezolvare) evenimentelor adverse asociate asistenței medicale (EAAAM))	Trimestrul III	Şef SMC Responsabil de managementul riscurilor Vicedirector medical Şef serviciu juridic Şef serviciu dezvoltare și infrastructură	Număr de EAAAM identificate și raportate. Rata EAAAM rezolvate	
6.7	Elaborarea și implementarea procedurii privind stabilirea zonei corecte de intervenție, a procedurilor corecte și a intervenției chirurgicale corecte pentru pacient (Lista OMS privind siguranța chirurgicală a pacienților)	Trimestrul II	Şef SMC Şefii de secții	Rata pacienților eligibili cărora li s-a aplicat Lista OMS privind siguranța chirurgicală	
6.8	Elaborarea și implementarea procedurilor documentate aferente managementului riscului infecțiilor asociate asistenței medicale (de ex: managementul deșeurilor, etc).	Trimestrul II	Şef SMC Responsabil de managementul riscurilor	Număr de proceduri documentate elaborate și aprobate spre implementare Număr de personal instruit	

			Consiliului Calitatii/ Comitetul de control al IAAM Medic epidemiolog	
6.9	Elaborarea și implementarea procedurii privind managementul riscului cauzat de medicamente aduse de către pacient/rude pentru autoadministrare	Trimestrul III	Șef SMC Consiliul Calității	Procedură documentată elaborată și aprobată spre implementare. Număr de personal instruit
6.10	Elaborarea și implementarea procedurii privind managementul riscului lezării pacientului ca rezultat al căderii	Trimestrul III	Șef SMC Responsabil de managementul riscurilor Vicedirector medical Șef serviciu juridic Șef serviciu dezvoltare și infrastructură	Procedură documentată elaborată și aprobată spre implementare. Număr de personal instruit Rata pacienților cu risc identificat
6.11	Elaborarea și implementarea procedurii privind managementul rezultatelor critice de laborator	Trimestrul III	Șef SMC Consiliul Calității Șef LCD	Procedură documentată elaborată și aprobată spre implementare. Număr de personal instruit
6.12	Elaborarea și implementarea procedurii privind managementul medicamentelor cu risc înalt	Trimestrul III	Șef SMC Consiliul Calității	Procedură documentată elaborată și aprobată spre implementare. Număr de personal instruit
6.13	Elaborarea/revizuirea și implementarea procedurilor privind hemovigilența	Trimestrul III	Șef SMC Șef ATI Consiliul	Proceduri elaborate/revizuite/actualizate și implementate

			Calități	Număr de personal instruit
Obiectivul nr.7 Evaluarea calității serviciilor prestate în cadrul spitalului				
7.1.	Planificarea și realizarea auditului medical intern (conform priorităților)	Conform planului	Șef SMC Coordonatorul de audit medical	Plan de audit medical intern elaborat și aprobat. Rata misiunilor de audit realizate din cele planificate
7.2.	Evaluarea și analiza confidențială a cazurilor de proximitate (preponderent pentru cele apărute pe durata aflării pacientului în spital) și de deces al pacienților	În decurs de 10 zile de la raportarea cazului	Șef SMC Coordonatorul de audit medical	Număr de rapoarte de analiză realizate
7.3	Evaluarea și analiza cazurilor de revenire a pacienților externi din STI în primele 48 ore cu aceleași simptome/diagnostic	În decurs de 24 ore de la raportarea cazului	Șef SMC Coordonatorul de audit medical Medic epidemiolog	Rata pacienților reveniți în STI în primele 48 ore cu aceleași simptome/diagnostic Număr de măsuri corective realizate
7.4.	Actualizarea procedurii operaționale de evaluare a gradului de satisfacție a pacienților.	Aprilie	Șef SMC	Procedură actualizată și aprobată
7.5.	Evaluarea gradului de satisfacție a pacienților/reprezentanților legali/angajaților	Semestrial	Șef SMC Asistenta principală	Număr de Rapoarte de evaluare a gradului de satisfacție realizate și analize Planuri de/ 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 2020	Șef serviciu resurse umane Vicedirector medical Asistenta principală	Plan elaborat și aprobat

8.2.	Organizarea instruirilor pentru personalul medical/nemedical în cadrul instituției/la locul de muncă	Conform planului aprobat	Șef SMC Vicedirector medical Asistența principală	Număr de instruiri organizate 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



Mihaela MANEA