

COORDONAT:

Maria CUMPĂNĂ

Director adjunct, ANSP

APROBAT:

Sofia ALEXANDRU

Director, IMSP IFP "Chiril Draganiuc"



PLANUL

anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și siguranței pacienților

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 Politicii de calitate la nivel de IMS	20.01.2020	Sef SMC	Politica de calitate aprobată Angajații IMS informați privind Politica aprobată
1.2.	Elaborarea Declarației de calitate	14.02.2020	Sef SMC	Declarația de calitate aprobată Angajații IFP informați privind Declarația aprobată
Obiectivul nr.2 Asigurarea eficacității și eficienței serviciilor medicale				
2.1	Instituționalizarea PCN pentru spectrul de servicii prestate la nivel de instituție	Monitorizarea aprobării PCN noi	Sef SMC	Număr de PCN instituționalizate
	Revizuirea de catre Comitetul Consiliului Calitatii, responsabil de elaborarea si implementarea PCI,(anexa nr.7 la ordinul IFP nr. 25 din 12.02.2017"Cu privire la asigurarea calitatii serviciilor medicale in cadrul IFP) în funcție de PCN actualizate	Timpe de 30 zile de la institutia -lizarea PCN	Presedinte Consiliului Calitatii	Număr de PCI revizuite și aprobate
2.2	Asigurarea implementării conforme a PCI la nivel de spital	Elaborarea și implementarea procedurii privind asigurarea cu medicamente, dispozitive medicale și consumabile necesare prestării serviciilor la nivel de instituție în conformitate cu PCI	Sef SMC Presedinte Consiliului Calitatii	Procedură elaborată și aprobată Lista medicamentelor pe secția elaborată Formularul

					Farmacoterapeutic instituțional elaborat și aprobat
	Instruirea personalului medical privind implementarea PCI	Semestrul I	Sef SMC Presedinte Consiliului Calitatii	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.	La internare	Asistenta principala	Informații privind drepturilor pacienților prezente și vizibile pentru pacienți și vizitatori.
		Actualizarea procedurii privind accesul la informațiile medicale personale.	30 aprilie	Sef SMC	Procedura privind accesul la informațiile medicale personale elaborată și aprobată
		Actualizarea procedurii de obținere a acordului informat, adaptată specificului instituției	30 aprilie	Sef SMC	Procedură privind obținerea acordului informat elaborată și aprobată
		Elaborarea acordurilor standardizate pentru intervențiile/procedurile de bază	25 mai	Presedinte Consiliului Calitatii Sef SMC	Număr de acordurilor standardizate elaborate și aprobate
3.2	Asigurarea îngrijirii pacienților în dependență de nevoile identificate	Elaborarea planurilor de îngrijire a pacienților pe fiecare subdiviziune în dependență de nevoile identificate	30 iunie	Asistenta principala	Planuri de îngrijire a pacienților pe fiecare subdiviziune elaborate și aprobate
		Instruirea asistenților medicali privind implementarea planurilor de îngrijire a pacienților pe subdiviziuni în dependență de nevoile identificate	Iulie	Asistenta principala Sef SMC	Planuri de îngrijire a pacienților pe subdiviziuni implementate

3.3	Asigurarea managementul durerii pacienților din IMS	Elaborarea procedurii privind managementul durerii	Mai	Sef SMC Presedinte Consiliului Calitatii Sef ATI	Procedură privind managementul durerii elaborată și aprobată
		Instruirea personalului privind aplicarea scalei durerii	Iunie	Sef ATI Vicedirecțor medical	Număr personal instruit Număr pacienți cărora li s-a aplicat scala durerii
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	Iulie	Sef SMC Sef ATI	Procedură elaborată și aprobată
		Instruirea personalului medical privind implementarea procedurii	August	Sef SMC Sef ATI Asistenta principala	Număr de personal instruit
4.2	Asigurarea externării conforme a pacienților pentru a reduce reinterrările nejustificate	Elaborarea procedurii de externare neplanificată a pacienților	Iulie	Sef SMC Presedinte Consiliului Calitatii	Procedură elaborată și aprobată
		Elaborarea procedurii de externare planificată a pacienților	Iulie	Sef SMC Presedinte Consiliului Calitatii	Procedură elaborată și aprobată
Obiectivul nr.5 Îmbunătățirea accesibilității pacienților la servicii medicale în cadrul spitalului în timp oportun					
5.1.	Asigurarea implementării conforme a PCS Triajul în UPU	Asigurarea cu personal a UPU conform normativelor în vigoare	Permanent	Director	Gradul de asigurare cu personal a UPU
		Instruirea personalului privind aplicarea algoritmului de triaj în UPU	Martie	Vicedirecțor medical Sef ATI	Număr de instruiți a personalului realizate Număr de personal instruit

	Asigurarea cu echipamente/consumabile necesare a UPU conform cerințelor în vigoare	Permanent	Director Sef serviciu achizitii	Gradul de asigurare cu echipamente/consumabile necesare a UPU
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
5.3	Organizarea simulărilor privind acordarea asistenței medicale în situații de urgență	Trimestrial	Sef SMC Sef ATI	Număr de simulări organizate și desfășurate
Obiectivul nr.6 Asigurarea siguranței pacienților în cadrul spitalului conform obiectivelor internaționale de siguranță				
6.1.	Elaborarea registrului riscurilor/listei riscurilor la nivel de instituție, pe subdiviziuni	Trimestrul II	Sef SMC Responsabil de managementul riscurilor Vicedirector medical Sef serviciu juridic Sef serviciu dezvoltare si infrastructura	Registrul riscurilor elaborat și aprobat
6.2	Evaluarea riscurilor și stabilirea nivelului de prioritate a riscurilor pentru aplicarea măsurilor preventive și corective	Trimestrul II	Sef SMC Responsabil de managementul riscurilor Vicedirector medical Sef serviciu juridic Sef serviciu	Prioritizarea riscurilor realizată

			de dezvoltare și infrastructură	
6.3	Selectarea riscurilor pentru tratare și identificarea acțiunilor de prevenire și reducere/eliminarea lor	Trimestrul II	Sef SMC Responsabil de managementul riscurilor Vicedirector medical Sef serviciu juridic Sef serviciu dezvoltare și infrastructură	Lista riscurilor pentru aplicarea măsurilor preventive și corective aprobată.
6.4	Elaborarea și implementarea planului de măsuri preventive și corective	Trimestrul II	Sef SMC Responsabil de managementul riscurilor Consiliul Calitatii	Plan de măsuri preventive și corective elaborat și aprobat spre implementare.
6.5	Elaborarea și implementarea procedurii privind identificarea corectă a pacienților	Trimestrul II	Sef SMC Consiliului Calitatii	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 II	Sef SMC Responsabil de managementul riscurilor Vicedirector medical	Număr de EAAAM identificate și raportate. Rata EAAAM rezolvate

				Sef serviciu juridic Sef serviciu dezvoltare si infrastructura	
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		Sef SMC Consiliului Calitatii	Rata pacienților eligibili căroră 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		Sef SMC Consiliului Calitatii Medic epidemiolog	Număr de proceduri documentate elaborate și aprobate spre implementare
6.9	Elaborarea și implementarea procedurii privind managementul riscului cauzat de medicamente aduse de către pacient/rude pentru autoadministrare	Trimestrul III		Sef SMC Consiliului Calitatii	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		Sef SMC Responsabil de managementul riscurilor Vicedirector medical Sef serviciu juridic Sef serviciu dezvoltare si infrastructura	Procedură documentată elaborată și aprobată spre implementare. Rata pacienților cu risc identificat

				ra	
6.11	Elaborarea și implementarea procedurii privind managementul rezultatelor critice de laborator	Trimestrul III	Sef SMC Consiliului Calitatii Sef 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	Sef SMC Consiliului Calitatii	Procedură documentată elaborată și aprobată spre implementare. Număr de personal instruit	
Obiectivul nr.7 Evaluarea calității serviciilor prestate în cadrul spitalului					
7.1.	Planificarea și realizarea auditului medical intern (conform priorităților)	Lunar	Sef SMC Audit medical Sef SMC Audit medical	Plan de audit medical intern elaborat și aprobat. Rata misiunilor de audit realizate din cele planificate Număr de rapoarte de analiză realizate	
7.2.	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	Sef SMC Audit medical	Rata pacienților reveniți în UPU în primele 24 de ore după plecare Număr de măsuri corective realizate	
7.3.	Analiza cazurilor de revenire a pacienților în UPU în primele 24 de ore după plecare	Lunar	Sef SMC Audit medical	Rata pacienților reveniți în STI în primele 48 ore cu aceleași simptome/diagnostic Număr de măsuri corective realizate	
7.4.	Analiza cazurilor de revenire a pacienților externai din STI în primele 48 ore cu aceleași simptome/diagnostic	În decurs de 24 ore de la raportarea cazului	Sef SMC Audit medical Medic epidemiolog	Rata pacienților reveniți în STI în primele 48 ore cu aceleași simptome/diagnostic Număr de măsuri corective realizate	

7.5. Evaluarea gradului de satisfacție a pacienților/reprezentanților legali	Semestrial	Sef SMC Asistenta principala	Număr de Rapoarte de evaluare a gradului de satisfacție realizate și analizate 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 pentru: - personalului medical - personalul auxiliar	Ianuarie Martie	Sef serviciu resurse umane Vicedirector medical Asistenta principala	Plan elaborat și aprobat
8.2. Organizarea instruirilor lucrătorilor medicali în cadrul instituției	Conform planului aprobat	Sef SMC Vicedirector medical Asistenta principala	Număr de instruiți organizate și desfășurate Număr de personal medical instruit Număr de personal auxiliar instruit
8.3. Participarea lucrătorilor medicali în cadrul instruirii externe.	Conform planului aprobat	Director Sef serviciu resurse umane	Număr de instruiți organizate și desfășurate Număr de personal medical instruit Număr de personal auxiliar instruit

Elaborat: Sef SMC

M. Mly

Mihaela MANEA