

COORDONAT:

Maria CUMPĂNĂ

Director adjunct, ANSP

APROBAT:

Sofia ALEXANDRU

Director, IMSP IFP „Chiril Draganuic”

PLANUL

anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și siguranței pacienților,
anul 2022

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 listei proceselor și activităților importante realizate în instituție	Trimestrul II	Președintele al Consiliului Calității Șef SMC Asistent medical principal	Listă a proceselor aprobată Angajații IMS informați privind lista proceselor aprobată
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 Număr de PCI revizuite/nou elaborate și aprobate
2.2	Asigurarea implementării conforme a PCI la nivel de spital	Pe parcursul anului	Președinte al Consiliului Calității Coordonator al Comitetului de elaborare a PCI 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					
	Asigurarea informării pacienților privind drepturile acestora.	Pe parcursul anului	Asistent medical principal	Informații drepturile prezente și vizibile pentru pacienți și vizitatori.	privind pacienților și vizitatori.
3.1	Asigurarea conformă a Ghidului privind procedura de comunicare și consiliere a pacientului .	Trimestrul III	Președinte al Consiliului Calității Șef SMC	Procedură privind instruirea pacienților și însoțitorilor elaborată și aprobată	
	Instruirea personalului medical privind implementarea procedurii.	Trimestrul III	Șef SMC Vicedirector medical	Număr personal instruit în implementarea procedurii Număr pacienți cărora li s-a procedura	
3.2	Asigurarea managementul durerii din IMS	Trimestrul I	Șef ATI Șef SMC Președinte al Consiliului Calității	Procedură privind managementul durerii elaborată și aprobată	
	Implementarea procedurii privind managementul durerii	Trimestrul II	Șef ATI Vicedirector medical	Număr personal instruit în implementarea procedurii Număr pacienți cărora li s-a aplicat scala durerii	
Obiectivul nr.4 Asigurarea continuității serviciilor medicale					
4.1	Asigurarea transferului interspitalicesc al pacienților	Trimestrul III	Șef SMC Președinte al Consiliului Calității Șef ATI	Procedură elaborată și aprobată	
	Implementarea procedurii de transfer al pacienților în/din alte IMS	Trimestrul III	Șef SMC Președinte al Consiliului Calității Asistent medical principal	Număr de personal instruit în implementarea 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	Permanent	Director	Gradul de asigurare cu personal a Secției de internare
	Instruirea personalului privind aplicarea algoritmului de triaj în Secția de internare	cu	Semestrial	Vicedirector medical Șef ATI	Număr de instruiți a personalului realizate Număr de personal instruit
	Asigurarea echipamente/consumabile necesare a Secției de internare conform cerințelor în vigoare	Asigurarea 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	Asigurarea 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 și implementarea procedurii privind managementul rezultatelor critice de laborator	Trimestrul I	Șef SMC Președinte al Consiliului Calității Șef LCD	Procedură documentată elaborată și aprobată spre implementare. Număr de personal instruit	Procedură documentată elaborată și aprobată spre implementare. Număr de personal instruit
6.2	Elaborarea și implementarea procedurii privind managementul medicamentelor cu risc înalt	Trimestrul II	Șef SMC Președinte al Consiliului Calității	Procedură documentată elaborată și aprobată spre implementare. Număr de personal instruit	Procedură documentată elaborată și aprobată spre implementare. Număr de personal instruit
6.3	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	Șef SMC Președinte al Consiliului Calității	Rata pacienților eligibili cărora li s-a aplicat Lista OMS privind siguranța chirurgicală.	Rata pacienților eligibili cărora li s-a aplicat Lista OMS privind siguranța chirurgicală.
6.4	Elaborarea și implementarea procedurii privind gestionarea (identificare, înregistrare, raportare,	Trimestrul II	Șef SMC Responsabil de managementul riscurilor	Număr de EAAAM identificate și raportate.	Număr de EAAAM identificate și raportate.

	rezolvare) evenimentelor adverse asociate asistenței medicale (EAAAM))		Vicedirector medical Șef serviciu juridic Șef serviciu dezvoltare infrastructură	Rata EAAAM rezolvate
6.5	Elaborarea și implementarea procedurilor documentate aferente managementului riscului infecțiilor asociate asistenței medicale (de ex: managementul deșeurilor, etc).	Trimestrul III	Șef SMC Responsabil de managementul riscurilor Președintele al Consiliului Calității Medic epidemiolog	Număr de proceduri documentate elaborate și aprobate implementare Număr de personal instruit
6.6	Elaborarea și implementarea procedurii privind managementul riscului cauzat de medicamente aduse de către pacient/rude pentru autoadministrare.	Trimestrul III	Șef SMC Responsabil de managementul riscurilor Președintele al Consiliului Calității	Procedură documentată elaborată și aprobată spre implementare. Număr de personal instruit
6.7	Elaborarea și implementarea procedurii privind managementul riscului lezării pacientului ca rezultat al căderii	Trimestrul II	Șef SMC Responsabil de managementul riscurilor Vicedirector medical Șef serviciu juridic Șef serviciu dezvoltare infrastructură	Procedură documentată elaborată și aprobată spre implementare. Număr de personal instruit Rata pacienților cu risc identificat
6.8	Elaborarea și implementarea procedurii de identificare, evaluare și raportare a riscurilor de incendii și altor situații de urgență legate de exploatarea surselor de gaze și oxigen medical.	Trimestrul I	Șef SMC Responsabil de managementul riscurilor Vicedirector medical Șef serviciu dezvoltare infrastructură	Procedură documentată elaborată și aprobată spre implementare. Număr de personal instruit.
6.9	Elaborarea și implementarea procedurilor privind securitatea și sănătatea personalului.	Trimestrul III	Șef SMC Responsabil de managementul riscurilor Vicedirector medical	Procedură documentată elaborată și aprobată spre implementare.

			Şef serviciu dezvoltare infrastructură	Număr de personal instruit.
6.10	Elaborarea și implementarea procedurilor privind prevenirea pneumoniilor asociate VAP.	Trimestrul III	Şef SMC Şef ATI Președinte al Consiliului Calității	Proceduri elaborate și implementate Număr de personal instruit
6.11	Elaborarea și implementarea procedurilor privind calitatea dispozitivelor medicale.	Trimestrul IV	Şef SMC Responsabil de managementul riscurilor Vicedirector medical Şef serviciu juridic Şef serviciu dezvoltare infrastructură	Proceduri elaborate și implementate Număr de personal instruit
Obiectivul nr.7 Evaluarea calității serviciilor prestate în cadrul spitalului				
7.1.	Planificarea și realizarea auditului medical intern	Conform planului	Şef SMC Audit medical	Plan de audit medical intern elaborat și aprobat. Rata misiunilor de audit realizate din cele planificate
7.2	Evaluarea și analiza cazurilor de revenire a pacienților externați din SATI în primele 48 ore cu aceleași simptome/diagnostic	În decurs de 24 ore de la raportarea cazului	Şef SMC Audit medical Medic epidemiolog	Rata pacienților reveniți în SATI în primele 48 ore cu aceleași simptome/diagnostic Număr de măsuri corective realizate
7.3.	Analiza cazurilor de revenire a pacienților în UPU în primele 24 de după plecare.	În decurs de 24 ore de la raportarea cazului	Şef SMC Audit medical	Procedură actualizată și aprobată
7.4.	Evaluarea gradului de satisfacție a pacienților.	Semestrial	Şef SMC	Număr de Rapoarte de evaluare a gradului de

		Asistent medical principal	satisfacție analizate Planuri de măsuri de îmbunătățire realizate	și realizate Număr de îmbunătățiri 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 2021 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 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

M. Manea

Mihaela MANEA