

COORDONAT:
Maria CUMPĂNĂ
Director adjunct, ANSP

Obiectiv general:

Asigurarea continuă a calității serviciilor medicale performante, în conformitate cu standardele și bunele practici în domeniu, acordate copiilor în cadrul instituției, centrate pe pacient și necesitățile acestuia.

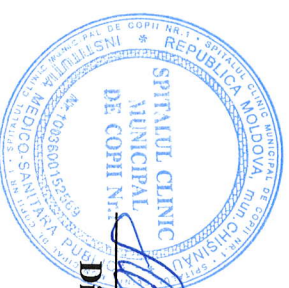
Obiective specifice:

- I. Asigurarea calității asistenței medicale acordate copiilor spitalizați pe principalele patologii de profil
- II. Monitorizarea implementării Protocoloalelor Clinice Naționale/instituționale și a Standardelor medicale de diagnostic și tratament
- III. Asigurarea serviciilor medicale centrate pe siguranța pacientului și respectarea drepturilor acestuia
- IV. Consolidarea continuă a capacităților profesionale a angajaților și gestionarea riscurilor prin analiza și diseminarea rezultatelor auditului medical

PLANUL

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

Nr d/o	Acțiuni/sub acțiuni	Termen de realizare	Responsabil de realizare	Indicator de realizare
		Obiectivul nr.1 Asigurarea implementării cadrului normativ în domeniul managementului calității		
1.1.	Monitorizarea implementării Politicii și Declarației de calitate la nivel de instituție	Permanent	Director Șefă audit intern	Angajații informați privind Politica de calitate
1.2.	Aplicarea conformă a procedurilor operaționale standard	Permanent	Șefă audit intern	Lipsa de neconformități cu privire la aplicarea POS
1.3	Instituționalizarea PCN în domeniu aprobate de către MS	Permanent	Comitetul de elaborare a PCI	Număr de PCI elaborate



APROBAT:
Aliona ROTARI
Director, IMSP SCMC nr.1

Obiectivul nr.2 Evaluarea calității serviciilor prestate în cadrul spitalului

2.1.	Planificarea și realizarea auditului medical intern (conform priorităților)	Lunar	Șefă audit medical intern Medic auditor	Plan de audit medical intern elaborat și aprobat Rata misiunilor de audit realizate din cele planificate Rata acțiunilor din planuri de îmbunătățire/remediere a neconformităților realizate	
2.2.	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	Șefă audit medical intern Medic auditor	Număr de rapoarte de analiză realizate	
2.3.	Evaluarea gradului de satisfacție a pacienților/reprezentanților legali	Semestrial	Șefă audit medical intern Medic auditor	Număr de Rapoarte de evaluare a gradului de satisfacție realizate și analizate Planuri/ nr. de măsuri de îmbunătățire realizate	
Obiectivul nr.2 Asigurarea serviciilor medicale centrate pe siguranța pacientului și respectarea drepturilor acestuia					
2.1	Asigurarea implementării conforme a Ghidului privind procedura de comunicare și consiliere a pacientului	Asigurarea informării pacienților privind drepturile acestora	Unitate Primire Urgențe Secții clinice	Șef UPU Șefii secțiilor clinice	Informații privind drepturilor pacienților prezente și vizibile pentru pacienți și vizitatori.
		Monitorizarea aplicării procedurii de obținere a acordului informat, adaptată specificului instituției	Permanent	Șefă audit intern	Lipsa de neconformități cu privire la aplicarea PSO privind obținerea acordului informat
2.2	Asigurarea îngrijirii	Elaborarea planurilor de îngrijire a pacienților pe	Pe parcursul anului		Planuri de îngrijire a pacienților pe fiecare

	pacienților în dependență de nevoile identificate	fiecare subdiviziune în dependență de nevoile identificate		Asistent medical șef	subdiviziune elaborate și aprobate
		Instruirea asistenților medicali privind implementarea planurilor de îngrijire a pacienților pe subdiviziuni în dependență de nevoile identificate	În decurs de 30 zile de la elaborare	Asistent medical șef	Planuri de îngrijire a pacienților pe subdiviziuni implementate
2.3	Asigurarea managementul durerii pacienților din instituție	Elaborarea procedurii privind managementul durerii	Iunie	Șefă audit intern Președinte Consiliului Calității Șef RTI	Procedura privind managementul durerii elaborată și aprobată
		Instruirea personalului privind aplicarea scalei durerii	În decurs de 30 zile de la elaborare	Șef RTI Vice director medical	Număr personal instruit Număr pacienți cărora li s-a aplicat scala durerii
2.4.	Elaborarea planului de măsuri conform registrului riscurilor la nivel de instituție, pe subdiviziuni		Mai	Șefă audit intern Responsabili de riscuri pe subdiviziuni	Plan de măsuri preventive și corective elaborat și aprobat spre implementare.
2.5.	Selectarea riscurilor pentru tratare și identificarea acțiunilor de prevenire și reducere/eliminare a lor		Iunie	Șefă audit intern Responsabil de riscuri pe subdiviziuni Vice director medical	Lista riscurilor pentru aplicarea măsurilor preventive și corective aprobată.
2.6.	Evaluarea riscurilor și stabilirea nivelului de prioritate a riscurilor pentru aplicarea măsurilor preventive și corective		Iulie - August	Șefă audit intern Responsabili de riscuri pe subdiviziuni Vice director medical	Prioritizarea riscurilor realizată Rata riscurilor tratate
Obiectivul nr.3 Îmbunătățirea performanței personalului medical din spital					
3.1.	Elaborarea planului de instruire externă și în cadrul instituției pentru: - personalul medical		Ianuarie	Șef serviciu resurse umane Vicedirector medical	Plan elaborat și aprobat Rata angajaților instruiți

			Asistenta medicală șef	
3.2.	Organizarea instruirilor lucrătorilor medicali în cadrul instituției	Conform planului aprobat	Șefă audit intern Vice director medical Asistenta medicală șef	Număr de instruirii organizate și desfășurate Număr de personal medical instruit Număr de personal auxiliar instruit
3.3.	Participarea lucrătorilor medicali în cadrul instruirilor externe.	Conform planului aprobat	Director Șef serviciu resurse umane	Număr de instruirii organizate și desfășurate Număr de personal medical instruit Număr de personal auxiliar instruit

Elaborat: Șefă audit intern _____