APROBAT:
Doina RUSU
Director, IMSP IP „Chiril Draganiuc”

# PLANUL
## anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și siguranței pacienților, 2025

| 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. | Reorganizarea Subdiviziunii de Management al Calității serviciilor medicale | Ianuarie | Director | Subdiviziune reorganizată |
| 1.2. | Actualizarea și implementarea noului Regulament-cadru de organizare și funcționare a Subdiviziunii de Management al Calității serviciilor medicale | Ianuarie | Șef SMC | Regulament actualizat<br>Angajați SCM informați privind Regulamentul actualizat |
| 1.3. | Examinarea noilor Standarde de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale cu determinarea gradului de corespundere a instituției noilor standarde | Trimestrul I | Șef SMC<br>Vicedirector medical | Lista criteriilor pentru care instituția nu corespunde sau corespunde parțial elaborată |
| 1.4. | Actualizarea actelor normative instituționale de standardizate | Trimestrul II-IV | Șef SMC | Număr PO actualizate |

| Obiectivul nr.2 Asigurarea eficacității și eficienței serviciilor medicale | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2.1. | Instituționalizarea PCN pentru spectrul de servicii prestate la nivel de instituție | Monitorizarea aprobării de către MS a PCN noi | Permanent | Șef SMC | Număr de PCN instituționalizate |
| | | Revizuirea/elaborarea PCI | Timp de 30 zile de la primirea ordinului | Vicedirector medical<br>Șef SMC | Număr de PCI revizuite/nou elaborate și aprobate |
| 2.2. | Asigurarea implementării conforme a PCI la nivel de spital | Actualizarea Formularului Farmacoterapeutic și a listei medicamentelor vital – necesare și esențiale. | Trimestrul I | Farmacolog clinician<br>Șef SMC | Lista medicamentelor pe secții elaborată<br>Formular Farmacoterapeutic actualizat<br>Lista medicamentelor vital – necesare actualizată<br>Lista medicamentelor esențiale actualizată |
| | | Instruirea personalului medical privind implementarea PCI | Pe parcursul anului | Șefii secțiilor<br>Farmacolog clinician<br>Șef SMC | Activități de instruire a personalului medical privind implementarea PCI, organizate și desfășurate |
| 2.3. | Instituționalizarea și asigurarea implementării altor acte normative de standardizare | Revizuirea/elaborarea și implementarea actelor normative instituționale de standardizare (ghiduri practice, standarde medicale, algoritmi de conduită medicală) | Permanent | Șef SMC | Număr de acte instituționale de standardizare elaborate și aprobate<br>Număr de acte de standardizare revizuite/nou elaborate și aprobate |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Instruirea personalului medical privind implementarea actelor normative instituționale de standardizate (ghiduri practice, standarde medicale, algoritmi de conduită medicală) | Pe parcursul anului | Șefii secțiilor<br>Șef SMC<br>Șef SPIAAM<br>Farmacolog clinician | 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 și consiliere a pacientului | Asigurarea informării pacienților privind drepturile acestora. | La internare | Asistent medical principal | Informații privind drepturile pacienților prezente și vizibile pentru pacienți și vizitatori. |
| | | Elaborarea procedurii privind comunicarea și consilierea pacienților | Trimestrul I | Șef SMC<br>Psiholog | Procedură elaborată și aprobată |
| | | Instruirea personalului medical privind comunicarea și consilierea pacienților | Trimestrul I | Psiholog<br>Asistent medical principal | Număr personal instruit |
| | | Actualizarea procedurii privind comunicarea pacientului sau reprezentantului legal al acestuia a diagnosticului grav, veștii proaste | Trimestrul II | Șef SMC<br>Psiholog | Procedură elaborată și aprobată |
| 3.2. | | Instruirea personalului medical privind comunicarea pacientului sau reprezentantului legal al acestuia a diagnosticului grav, veștii proaste | Trimestrul II | Psiholog<br>Asistent medical principal | Număr personal instruit |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3.3. | Asigurarea dreptului pacientului de a manifesta nemulțumirea/mulțumirea | Examinarea reclamațiilor/ petițiilor/mulțumirilor pacienților | Pe parcursul anului | Cancelaria Comitetul de Bioetică și Deontologie | Număr petiții, reclamații ale pacienților/ reprezentantului legal al acestuia examinate |
| 3.4. | Asigurarea accesului sigur al pacienților, inclusiv al persoanelor cu dizabilități în scaun rulant in instituție | Monitorizarea funcționalității intrărilor, planurilor înclinate, orizontale, rampelor de acces, barelor de suport | Pe parcursul anului | Serviciul Infrastructură | Rata intrărilor, planurilor înclinate, orizontale, rampelor de acces, barelor de suport funcționale/prezente. |
| **Obiectivul nr.4 Asigurarea continuității serviciilor medicale** | | | | | |
| 4.1. | Asigurarea transferului interspitalicesc al pacienților | Aplicarea procedurii de transfer al pacientului din/în alte IMS | Pe parcursul anului | Vicedirector medical Șefii secțiilor | Nr. pacienți transferați cu respectarea procedurii |
| | | Instruirea personalului medical privind implementarea algoritmilor de conduită a pacientului | Pe parcursul anului | Șefii secțiilor | Număr de personal instruit |
| **Obiectivul nr.5 Îmbunătățirea accesibilității pacienților la servicii medicale în cadrul spitalului în timp oportun** | | | | | |
| 5.1. | Asigurarea implementării conforme a SOFP în Camera de Gardă | Asigurarea cu personal a Camerei de gardă conform normativelor în vigoare | Permanent | Director | Gradul de asigurare cu personal a Camerei de gardă |
| | | Instruirea personalului privind aplicarea algoritmului de triaj și | Semestrial | Vicedirector medical Șef 0ATI și BO | Număr de instruiri a personalului realizate |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | acordarea asistenței medicale de urgență în Camera de gardă | | | Număr de personal instruit |
| | | Asigurarea cu echipamente/consumabile necesare a Camerei de gardă conform cerințelor în vigoare | Permanent | Director<br>Șef serviciu achiziții<br>Farmacist diriginte | Gradul de asigurare cu echipamente/consumabile necesare a Camerei de gardă |
| 5.2. | Asigurarea implementării conforme a criteriilor de organizare și funcționare a Biroului de internare | Asigurarea cu personal a Biroului de internare conform normativelor în vigoare | Permanent | Director | Gradul de asigurare cu personal a Camerei de gradă |
| | | Asigurarea cu echipamente necesare a Biroului de internare conform cerințelor în vigoare | Permanent | Director<br>Șef serviciu achiziții | Gradul de asigurare cu echipamente necesare a Biroului de internare |
| 5.3. | 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 |
| 5.4. | Organizarea simulărilor privind acordarea asistenței medicale în situații de urgență medicală. | | Semestrial | Vicedirector medical<br>Șef ATI și BO<br>Șef SMC<br>Asistent medical principal | Număr de simulări organizate și desfășurate |
| **Obiectivul nr.6 Asigurarea siguranței pacienților în cadrul spitalului conform obiectivelor internaționale de siguranță** | | | | | |
| 6.1. | Reevaluarea riscurilor clinice și IAAM cu stabilirea nivelului de prioritate a riscurilor pentru aplicarea măsurilor preventive și corective | | Trimestrul I | Șefii secțiilor<br>Angajații SMC<br>Șef SPIAAM | Prioritizarea riscurilor realizată |
| 6.2. | Actualizarea registrului riscurilor clinice și IAAM la nivel de instituție, pe subdiviziuni | | Trimestrul I | Șefii secțiilor<br>Angajații SMC | Registre ale riscurilor actualizate și aprobate |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Șef SPIAAM | |
| 6.3. | Elaborarea și implementarea planului de măsuri preventive și corective privind riscurile clinice | Trimestrul I | Șefii secțiilor<br>Șef SMC<br>Șef SPIAAM | Plan de măsuri preventive și corective elaborat și aprobat spre implementare. |
| 6.4. | Elaborarea și implementarea procedurii privind gestionarea reacțiilor adverse la medicamente | Trimestrul II | Farmacolog clinician<br>Șef SMC | Procedură elaborată și aprobată<br>Nr. reacții adverse identificate și raportate |
| 6.5. | Elaborarea și implementarea procedurii privind utilizarea rațională a preparatelor antimicrobiene | Trimestrul III | Farmacolog clinician<br>Șef SPIAAM<br>Șef SMC | Procedură elaborată și aprobată |
| 6.6. | Elaborarea și implementarea procedurilor standardizate privind investigarea erupțiilor de IAAM | Trimestrul I-IV | Șef SPIAAM<br>Șef SMC | Procedură elaborată și aprobată<br>Nr. erupții identificate și raportate |
| 6.7. | Elaborarea și implementarea procedurii standardizate privind supravegherea IAAM și RAM | Trimestrul I-IV | Șef SPIAAM<br>Șef SMC | Procedură elaborată și aprobată<br>Nr. IAAM identificate și raportate |
| 6.8. | Elaborarea și implementarea procedurilor privind precauțiile standard | Trimestrul I-IV | Șef SPIAAM<br>Șef SMC | Procedură elaborată și aprobată |
| **Obiectivul nr.7 Evaluarea calității serviciilor prestate în cadrul spitalului** | | | | |
| 7.1. | Planificarea și realizarea auditului medical intern | Conform planului | Șef SMC | Plan de audit medical intern elaborat și aprobat.<br>Rata misiunilor de audit realizate din cele planificate |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7.2. | Evaluarea și analiza cazurilor de revenire a pacienților în Camera de Gardă în primele 24 de ore după plecare | Trimestrial | Șef SMC | Rata pacienților reveniți în CG în primele 24 de ore după plecare<br>Număr de măsuri corective realizate |
| 7.3. | Evaluarea și analiza cazurilor de revenire a pacienților externați din secția ATI în primele 48 ore cu aceleași simptome/diagnostic | Trimestrial | Șef SMC | Rata pacienților reveniți în SAR în primele 48 ore cu aceleași simptome/ diagnostic<br>Număr de măsuri corective realizate |
| 7.4. | Evaluarea gradului de satisfacție a pacienților. | Semestrial | Șef SMC<br>Șefii secțiilor<br>Asistent medical principal | Număr de Rapoarte de evaluare a gradului de satisfacție realizate și analizate<br>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:<br>- personalul medical<br>- personalul nemedical | Trimestrul IV | Șef serviciu resurse umane<br>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<br>Șef SMC<br>Asistent medical principal | Număr de instruiri organizate și desfășurate<br>Număr de personal medical instruit<br>Număr de personal nemedical instruit |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8.3. | Participarea personalului medical /nemedical în cadrul instruirilor externe. | Conform planului aprobat | Director<br>Șef serviciu resurse umane | Număr de personal medical instruit<br>Număr de personal nemedical instruit |
| 8.4. | Evaluarea gradului de satisfacție a angajaților. | Anual | Șef SMC<br>Șefii secțiilor<br>Asistent medical principal | Raport de evaluare a gradului de satisfacție realizat și analizat<br>Număr de măsuri de îmbunătățire realizate |

**Elaborat:**

**Șef SMC** **Mihaela MANEA**