

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI

2026

	IMIĘ I NAZWISKO	STANOWISKO SŁUŻBOWE	PODPIS
OPRACOWAŁ	KAJA BACHAŃSKA	PEŁNOMOCNIK ZARZĄDU DS. ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ	<i>na oryginalnie</i>
ZATWIERDZIŁ	MARCELINA KOSTRAKIEWICZ	PREZES ZARZĄDU	<i>na oryginalnie</i>

PRZYJĘTE W TEKŚCIE SKRÓTY:

MAVIT podmiot leczniczy: "CENTRUM MEDYCZNE MAVIT" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
(000000008103)

Centrum Medyczne MAVIT podejmuje nieustanne działania w zakresie doskonalenia jakości świadczonych usług, które bezpośrednio przekładają się na skuteczność, bezpieczeństwo i jakość leczenia pacjentów. MAVIT zgodnie z przyjętymi misją, wizją oraz wartościami:

MISJA:	POMAGAMY LUDZIOM W DŁUŻSZYM, ZDROWSZYM I SZCZĘŚLIWSZYM ŻYCIU ORAZ CZYNIMY ŚWIAT LEPSZYM
WIZJA:	SŁUCHAMY NASZYCH PACJENTÓW, DBAMY O KAŻDEGO Z NICH
WARTOŚCI:	ODWAGA: wykorzystuj możliwości i twórz nowe rozwiązania TROSKA: działaj z empatią i szacunkiem ODPOWIEDZIALNOŚĆ: bądź odpowiedzialny za swoje decyzje i działania

stawia sobie za cel nie tylko realizację podstawowych zadań medycznych, ale także dążenie do spełniania najwyższych standardów jakościowych.

Program poprawy jakości ma na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów i personelu, ograniczenie liczby zdarzeń niepożądanych, podnoszenie kwalifikacji kadry medycznej, zwiększenie satysfakcji pacjentów i ich rodzin oraz optymalizację procesów wewnętrznych i zarządzania. Obejmuje kluczowe obszary działalności:

- Jakość dokumentacji medycznej;
- Opieka nad pacjentem;
- Procedury diagnostyczne i terapeutyczne;
- Organizacja pracy;
- Badanie doświadczeń i opinii pacjentów;
- Badanie opinii personelu;
- Farmakoterapia;
- Antybiotykoterapia;
- Prawa Pacjenta;
- Kontrola zakażeń;
- Kwalifikacje personelu;
- Analiza wskaźników klinicznych;
- Dostępność usług.

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA										
PROBLEM					PROPONOWANE ROZWIĄZANIE	DZIAŁANIA				
LP.	OBSZAR O NIŻSZEJ OD SPODZIEWANEJ JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWIE	PROBLEM	WAGA PROBLEMU	PRIORYTET	CEL	DZIAŁANIA	MIERNIK	ODPOWIEDZIALNOŚĆ	PLANOWANY TERMIN REALIZACJI	
1	Jakość dokumentacji medycznej	Braki w wypełnialności oceny ryzyka żylnych chorób zakrzepowo-zatorowych podczas przyjęcia do szpitala	1	Krytyczny	Zwiększenie wypełnialności oceny ryzyka żylnych chorób zakrzepowo-zatorowych podczas przyjęcia do szpitala	1. Aktualizacja dokumentacji medycznej	Kontrola poprawności i kompletności dokumentacji medycznej	Dyrektorzy Medyczni Koordynator Działu Dokumentacji Medycznej	31.12.2026	
2	Jakość dokumentacji medycznej	Nieprawidłowe wypełnianie Okołooperacyjnej karty kontrolnej	1	Krytyczny	Merytorycznie poprawne wypełnianie Okołooperacyjnej karty kontrolnej	1. Szkolenie personelu	Kontrola poprawności i kompletności dokumentacji medycznej Lista uczestników szkolenia	Dyrektorzy Medyczni Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Koordynator Działu Dokumentacji Medycznej	31.12.2026	
3	Jakość dokumentacji medycznej	Długo nieaktualizowane zgody na zabiegi / badania	1	Krytyczny	Aktualne zgody na zabiegi / badania	1. Opracowanie nowego wzoru zgody na zabieg / badanie 2. Opracowanie pisemnych informacji nt. zabiegów / badania	Analiza dokumentacji medycznej	Dyrektorzy Medyczni Koordynator Działu Dokumentacji Medycznej	30.06.2026	
4	Jakość dokumentacji medycznej	Długo nieaktualizowana lista procedur wymagających pisemnej zgody na zabieg / badanie	1	Krytyczny	Aktualna lista procedur wymagających pisemnej zgody na zabieg / badanie	1. Aktualizacja listy procedur wymagających pisemnej zgody na zabieg / badanie	Zarządzenie Spółki	Dyrektorzy Medyczni Koordynator Działu Dokumentacji Medycznej	31.12.2026	
5	Farmakoterapia	Brak listy leków LASA (look-alike-sound-alike)	0,5	Średni	Zapobieganie pomyłkom leków wyglądających podobnie lub o podobnie brzmiącej nazwie	1. Stworzenie listy leków LASA. 2. Standaryzacja postępowania z lekami LASA	Analiza incydentów klinicznych PPJ Aktualizacja procedury FA-02 w zakresie postępowania z lekami LASA	Dział Farmacji Dyrektorzy Medyczni Dyrektor ds. Pielęgniarstwa	31.12.2026	
6	Analiza wskaźników klinicznych	Wysoki wskaźnik błędów przedlaboratoryjnych	0,75	Wysoki	Zmniejszenie wskaźnika błędów przedlaboratoryjnych	1. Szkolenie personelu 2. Analiza procesu przesyłania danych do Diagnostyki	Analiza błędów przedlaboratoryjnych	Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Dział IT	31.12.2026	
7	Kwalifikacje personelu	Niski wskaźnik ilości szkoleń wewnętrznych oraz liczby przeszkolonych pracowników	0,5	Średni	Podnoszenie kwalifikacji kadry medycznej i personelu	1. Wdrożenie platformy szkoleniowej 2. Opracowanie materiałów szkoleniowych	Lista uczestników szkolenia	Dział personalny Dział IT	30.06.2026	

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA									
PROBLEM					PROPONOWANE ROZWIĄZANIE	DZIAŁANIA			
LP.	OBSZAR O NIŻSZEJ OD SPODZIEWANEJ JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWIE	PROBLEM	WAGA PROBLEMU	PRIORYTET	CEL	DZIAŁANIA	MIERNIK	ODPOWIEDZIALNOŚĆ	PLANOWANY TERMIN REALIZACJI
8	Jakość dokumentacji medycznej	Nieaktualizowany moduł zleceń	0,25	Niski	Moduł zleceń odpowiadający potrzebom personelu	1. Aktualizacja modułu zleceń	Analiza modułu Kontrola poprawności i kompletności dokumentacji medycznej	Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Dział IT Koordynator Działu Dokumentacji Medycznej	30.06.2026
9	Analiza wskaźników klinicznych	Wysoki wskaźnik ilości odmów hospitalizacji oraz błędnych przyczyn odmowy	0,25	Niski	Zmniejszenie wskaźnika ilości odmów hospitalizacji oraz błędnych przyczyn odmowy	1. Aktualizacja dokumentacji medycznej 2. Edukacja pacjentów 3. Szkolenie personelu	Kontrola poprawności i kompletności dokumentacji medycznej Lista uczestników szkolenia	Dyrektorzy Medyczni Koordynator Działu Dokumentacji Medycznej	31.12.2026
10	Opieka nad pacjentem	Niski wskaźnik edukacji zdrowotnej pacjentów oraz opiekunów prawnych	0,75	Wysoki	Zwiększenie działań na rzecz edukacji zdrowotnej Poprawa ścieżki obsługi pacjentów małoletnich Poprawa komunikacji z opiekunami prawnymi	1. Opracowanie materiałów edukacyjnych 2. Organizacja spotkań edukacyjnych dla pacjentów oraz opiekunów prawnych	Analiza materiałów edukacyjnych Liczba uczestników oraz odbiór organizowanych spotkań edukacyjnych	Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Dyrektor Operacyjny Spółki Dyrektor Szpitala	31.12.2026
11	Organizacja pracy	Niska świadomość związana z cyberbezpieczeństwem	0,25	Niski	Zwiększenie świadomości personelu związanej z cyberbezpieczeństwem	1. Szkolenie personelu	Analiza przeprowadzanych testów czujności personelu na ataki phishingowe Lista uczestników szkolenia	Dział IT	31.12.2026
12	Badanie doświadczeń i opinii pacjentów	Niski wskaźnik zwrotności ankiet badania opinii i doświadczeń pacjenta po zakończonej hospitalizacji (z wykorzystaniem ankiety wymaganej w ustawie o jakości i bezpieczeństwie pacjenta)	0,5	Średni	Minimum 1% zwrotności ankiet	1. Wprowadzenie możliwości wypełnienia ankiety w wersji papierowej 2. Aktualizacja strony internetowej (czytelniejszy komunikat dla pacjentów)	Analiza zwrotności ankiet badania opinii i doświadczeń pacjenta po zakończonej hospitalizacji	Dyrektor Działu Obsługi Pacjenta	31.12.2026

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA									
PROBLEM					PROPONOWANE ROZWIĄZANIE	DZIAŁANIA			
LP.	OBSZAR O NIŻSZEJ OD SPODZIEWANEJ JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWIE	PROBLEM	WAGA PROBLEMU	PRIORYTET	CEL	DZIAŁANIA	MIERNIK	ODPOWIEDZIALNOŚĆ	PLANOWANY TERMIN REALIZACJI
13	Dostępność usług	Brak dostosowania strony internetowej do wymogów dostępności cyfrowej (w tym przystosowania dla osób z niepełnosprawnością)	0,5	Średni	Dostosowanie strony internetowej do wymogów dostępności cyfrowej (w tym przystosowanie strony internetowej dla osób z niepełnosprawnością)	1. Aktualizacja strony internetowej	Analiza strony internetowej Analiza opinii pacjentów	Dział Marketingu Dział IT Dyrektor Działu Obsługi Pacjenta	30.06.2026
14	Dostępność usług	Brak na stronie internetowej szpitala praktycznych informacji związanych z hospitalizacją	0,25	Niski	Publikacja na stronie internetowej szpitala praktycznych informacji związanych z hospitalizacją	1. Aktualizacja strony internetowej	Analiza strony internetowej Analiza opinii pacjentów	Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Dyrektor Działu Obsługi Pacjenta Dział Marketingu	30.06.2026
15	Organizacja pracy	Występowanie błędów w procesie skanowania dokumentacji medycznej, w tym m.in. niska jakość sporządzanych odwzorowań cyfrowych	0,5	Średni	Ograniczenie występowania błędów w procesie skanowania dokumentacji medycznej	1. Przesunięcie skanowania na back office	Analiza ilości występujących błędów w procesie skanowania	Dział Dokumentacji Medycznej	31.12.2026