

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA NA ROK 2026

Bonifraterskie Centrum Medyczne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział III w Krakowie nieustannie podejmuje działania mające na celu doskonalenie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych. Program Poprawy Jakości na rok 2026 stanowi element funkcjonującego w Szpitalu Systemu Zarządzania Jakością i jest realizowany zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wymaganiami standardów akredytacyjnych.

Naszym priorytetem jest zapewnienie pacjentom bezpiecznej, skutecznej i wysokiej jakości opieki medycznej. Działania podejmowane w ramach Programu mają na celu ciągłe doskonalenie procesów klinicznych i organizacyjnych, ograniczanie ryzyka występowania zdarzeń niepożądanych oraz zwiększenie satysfakcji pacjentów.

Program ma na celu:

- poprawę bezpieczeństwa pacjentów oraz jakości udzielanych świadczeń,
- doskonalenie dokumentacji medycznej i organizacji procesu leczenia,
- ograniczenie liczby zdarzeń niepożądanych i powikłań związanych z udzielaniem świadczeń,
- rozwój kompetencji personelu poprzez szkolenia i działania edukacyjne,
- zwiększenie satysfakcji pacjentów poprzez analizę ich opinii i wdrażanie działań doskonalących,
- monitorowanie efektów leczenia oraz jakości opieki medycznej,
- przygotowanie szpitala do spełnienia wymogów standardów akredytacyjnych.

Program obejmuje kluczowe obszary działalności:

- bezpieczeństwo pacjenta,
- jakość opieki nad pacjentem,
- jakość dokumentacji medycznej,
- analizę działalności klinicznej oraz efektów leczenia,
- monitorowanie zdarzeń niepożądanych i realizację działań naprawczych,
- profilaktykę zakażeń oraz bezpieczeństwo farmakoterapii,

- diagnostykę i procesy terapeutyczne,
- rozwój kompetencji personelu,
- analizę opinii i satysfakcji pacjentów,
- realizację projektów poprawy jakości,
- wdrażanie i monitorowanie standardów akredytacyjnych.

L.p.	CEL	OBSZAR POPRAWY JAKOŚCI	PLANOWANIE DZIAŁANIA W 2026 ROKU	TERMIN REALIZACJI	ODPOWIEDZIALNOŚĆ
1.	Poprawa jakości dokumentacji i bezpieczeństwa leczenia	Dokumentacja medyczna	- monitorowanie jakości dokumentacji medycznej, - analiza kompletności i zgodności z obowiązującymi przepisami oraz standardami akredytacyjnymi, - przygotowanie do pełnej dokumentacji elektronicznej	I-II kwartał 2026 r.	Komitet ds. Jakości, zespół ds. analizy jakości i dokumentacji medycznej
2.	Przygotowanie szpitala do akredytacji oraz ujednolicenie jakości świadczeń	Standardy akredytacyjne	- wdrożenie nowych standardów akredytacyjnych - wizyty w komórkach organizacyjnych - ocena stopnia realizacji	I-IV kwartał 2026 r.	Komitet ds. Jakości
3.	Ograniczanie ryzyka występowania zdarzeń niepożądanych	Bezpieczeństwo pacjenta	- analiza zdarzeń niepożądanych, - wdrażanie działań zapobiegawczych,	I-IV kwartał 2026 r.	Komitet ds. Jakości Pełnomocnik SZJ i Akredytacji Kierownicy Oddziałów/ Pielęgniarki Oddziałowe
4.	Poprawa dostępności, jakości oraz organizacji udzielania świadczeń	Opieka nad pacjentem	- analiza odmów hospitalizacji oraz przyczyn odmów hospitalizacji	styczeń 2026 r.	Kierownik Izby Przyjęć
5.	Uwzględnianie opinii pacjentów w doskonaleniu jakości	Satysfakcja pacjentów	- analiza ankiet satysfakcji pacjentów w hospitalizowanych, ambulatoryjnych - wdrażanie działań doskonalących	I kwartał 2026 r.	Pełnomocnik SZJ i Akredytacji
6.	Podnoszenie kompetencji personelu	Kompetencje personelu	- szkolenia z zakresu RKO oraz jakości i bezpieczeństwa opieki	marzec- kwiecień 2026 r.	Pełnomocnik SZJ, firma zewnętrzna

7.	Poprawa jakości procesu leczenia	Analiza działalności klinicznej	- analiza zgonów, zgonów okołoperacyjnych, reoperacji, rehospitalizacji, przedłużonych pobytów, skutków znieczuleń	Marzec- wrzesień 2026 r.	Komitet ds. Jakości Kierownicy Oddziałów
8.	Zwiększanie bezpieczeństwa pacjentów	Profilaktyka przeciwwzakrzepowa	- analiza skuteczności profilaktyki przeciwwzakrzepowo-zatorowej - monitorowanie powikłań	II kwartał 2026 r.	Lekarz, WOCHNA
9.	Doskonalenie postępowania w stanach nagłych	Resuscytacja	- analiza resuscytacji krążeniowo-oddechowej	lut-y-wrzesień 2026 r.	Anestezjologdy
10.	Poprawa jakości żywienia klinicznego	Powikłania żywieniowe	- monitorowanie i analiza powikłań związanych z leczeniem żywieniowym	lut-y 2026 r.	Zespół ds. żywienia
11.	Poprawa bezpieczeństwa pacjentów	Projekty poprawy jakości	realizacja projektów dotyczących: - zmniejszenia ryzyka upadków - ograniczenia zakażeń miejsca operowanego - powołanie i funkcjonowanie ZWR	I kwartał 2026 r.	Komitet ds. Jakości Anestezjologdy
12.	Poprawa jakości diagnostyki	Diagnostyka obrazowa	- uruchomienie cyklicznych konsultacji radiologicznych oraz Modernizacja Zakładu Diagnostyki Obrazowej	I kwartał 2026 r.	Lekarz Zakład Diagnostyki Obrazowej
13.	Poprawa bezpieczeństwa farmakoterapii	Farmakoterapia	Analiza zleceń lekarskich pod kątem interakcji lekowych oraz poprawności ordynacji leków	III kwartał 2026 r.	Zespół ds. farmakoterapii – farmaceuta kliniczny
14.	Zwiększenie dostępności nowoczesnych metod leczenia	Rozwój infrastruktury	- utworzenie Sali hybrydowej - zakup robota medycznego	- II kwartał 2026 r. - III kwartał 2026 r.	-Kierownik KWCHNIA/Kierownik Działu Techniczno-gospodarczego - Zarząd BCM
15.	Budowanie przejrzystości działań szpitala	Informacja dla pacjentów	Publikowanie informacji o działaniach na rzecz jakości oraz wynikach badań satysfakcji	II kwartał 2026 r.	Pełnomocnik SZJ i Akredytacji

Zatwierdził:

dr n. med. Piotr Gieźda
Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandeo
w Krakowie

dr n. med. Piotr Gieźda
Dyrektor