**Raportul managerului sistemelor de management al calității**

 **despre activitatea desfășurată în anul 2019**

Activitățile realizate în perioada anului 2019 au fost desfășurate în concordanță cu reglementările în vigoare și **Planul** aprobat (în anexă).

Procedura predării-primirii fișelor medicale ale bolnavilor de staționar tratați în anul 2018 (f.003/e-2012) desfășurată în perioada 12.03- 28.06 a rezultat cu transmiterea a 27105 f/m în arhivă. În premieră, s-a efectuat evaluarea calității completării f.003/e-2012 concomitent cu instruirea medicilor în acest segment. Cele 12 cerințele înaintate au fost bazate pe acte reglementative, fiind repartizate șefilor de secții ca un suport metodic pentru activitate cotidiană. Verificarea calității completării documentației medicale a fost efectuată comisional, în prezența arhivarului și unui reprezentant din Comitetul Audit Medical Intern. Neconformitățile admise și identificate au fost corectate de către medici momentan. Raportul a fost prezentat la ședința șefilor de secții la 05.07.2019.

 Procesul pregătirii subdiviziunilor către procedura de evaluare și acreditare a IO s-a desfășurat în 3 etape: diseminarea prin email a Standardelor, în vederea ajustării conformității activității secțiilor; elaborarea proiectului ordinului intern; autoevaluarea subdiviziunilor, prin calcularea punctajului acumulat și prezentarea pachetului de acte către ANSP.

 Conformitatea întocmirii și raportării formularului Cancer Registru în segmentul tumorile pielii, melanom și ALM a fost verificată în perioada 22-26 iulie. Informația prezentată la ședința șefilor de secții la 31.07.2019, cu înaintarea propunerilor pentru perfecționarea continuității actului medical și reducerii timpului de incadrare a pacienților în tratament.

În scopul realizării chestionării trimestriale planificate a pacienților au fost intervievați în scris sau prin telefon 694 pacienţi.

Pe parcursul anului de referinţă, odată în semestru au fost chestionaţi și 464 angajați ai Institutului privind calitatea actului medical, integritatea profesională a personalului medical şi satisfacţia pacienţilor. Colectivul au expus viziunile sale, la nivelul așteptărilor personale, vis-a-vis de relațiile de colaborare internă, acțiunile întreprinse de administrație și au venit cu propunerile de îmbunătățire a calității serviciilor prestate.

 În scopul reglementării și descrierii pașilor de lucru într-un anumit segment de activitate, desfășurată după competență, au fost elaborate și aprobate 104 Proceduri Operaționale și de Sistem.

 Pentru eficientizarea activității subdiviziunilor, unificării evidenței și asigurării depline și autentice a informațiilor, care reflectă activitatea secțiilor Institutului Oncologic, optimizării numărului de registre au fost elaborate, aprobate și implementate 16 formulare de documentație internă.

 ***Concomitent, pe parcursul anului 2019 conform prevederilor fișei de post și la solicitarea conducătorului:***

Pe parcursul anului, periodic am verificat conformitatea informației plasate pe panouri informative și am actualizat la necesitate.

În conformitate cu cerințele ordinului MSMșiPS nr. 40 din 15.01.2019 «Сu privire la aprobarea Planului de acțiuni al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale pentru anul 2019» am prezentat trimestrial la MSMPS informația cu privire la progresul realizării acțiunilor prevăzute în Planul de activitate a IMSP I.O. pentru anul 2019.

În temeiul ordinului intern în februarie, în parteneriat cu Comitetul Audit medical intern a fost realizată misiunea de audit medical în Centrul Colonoscopic.

Reieșind din neconformitățile constatate în documentația medicală, în aprilie au fost re-instruiți repetat operatorii de la ghișeul nr.3 privind obținerea consimțămîntului pentru prelucrarea datelor cu caracter personal și informarea pacienților despre acordarea asistenței medicale conform poliței de asigurare și excluderea plăților neoficiale.

În perioada 10-15 august, fiind în componența grupului de lucru instituit prin dispoziție internă, am efectuat auditul documentației medicale ale pacientelor consultate de către medicul mamolog vizat într-o petiție. Misiunea a inclus și chestionarea anonimă prin telefon a 7 paciente privind integritatea profesională a personalului medical. Nota informativă a fost prezentată în ședință administrației și personalului medical nominalizat în petiție.

În luna noiembrie, pentru evaluarea activității manageriale a secției cap/git nr.2 conform agendei aprobate prin ordinul intern, am elucidat aspectele verificate cu privire la gradul realizării planului de activitate a secției pentru anul 2019, confomitatea organizării și desfășurării ședințelor matinale, documentației medicale interne, reazulatele chestionarii personalului medical. Nota informativă a fost prezentată președintelui Comisiei la 19.11.2019.

În contextul proiectării acțiunilor necesare a fi realizate pe parcursul anului 2020, în luna decembrie 2019 am oferit suport metodic șefilor subdiviziunilor în elaborarea planului de activitate.

Concomitent, lunar am efectuat garda de zi la MSMPS în cadrul serviciului de audiență a cetățenilor și telefonul liniei verde.

 **Concluzii:** Eforturile depuse în anul 2019 au fost axate pe asigurarea conformității documentaţiei procedurale sistemului de management al calității instituțional, identificarea și evaluarea riscului aferent serviciilor medicale, instruirea colaboratorilor în anumite segmente, aprecierea nivelului de satisfacție a pacienților și angajaților, susținerea cu brio a procedurii de evaluare și acreditare a instituției.

10 ianuarie 2020

Manager al SMC Ludmila Cîrciumari