

APROB

Ruslan BALTAGA  
 Director IMSP Institutul Oncologic  
 2023



**PLAN DE ACTIVITATE A CONSILIULUI CALITĂȚII  
 pentru anul 2024**

<i>Măsură</i>	<i>A acțiunile necesare</i>	<i>Termenii și frecvența</i>	<i>Persoana responsabilă</i>	<i>Comentarii privind rezultatele</i>
<b>1. Implementarea Protocoalelor clinice naționale prin elaborarea și implementarea Protocoalelor clinice instituționale și Protocoalelor clinice a locurilor de lucru</b>	Elaborarea proiectelor de Ordine privind grupurilor de lucru întru elaborarea Protocoalelor clinic instituționale și a locurilor de muncă.	După necesitate	Președinte CC	
	Monitorizarea activității grupurilor de lucru ce elaborează Protocoale clinice instituționale și la locul de muncă.	În măsura necesității	Președinte CC, Membrii CC	
	Organizarea examinării proiectelor PC elaborate de către grupul de lucru în cadrul ședințelor ordinare a Consiliului Calității	în decurs a 3 zile de la elaborarea proiectului de protocol	Președinte CC	
	Organizarea plasării Protocoalelor elaborate și aprobate pe pagina WEB a IMSP Institutul Oncologic.	În decurs a 10 zile de la adoptarea protocolului	Secretarul CC, Serviciul IT	
	Monitorizarea utilizării Protocoalelor clinice instituționale și a locurilor de muncă. Instruirea personalului medical.	Simestrial	Consiliul Calității	
<b>2. Elaborarea și implimentarea în practică a Procedurilor Operaționale și a instrucțiunilor standardizate</b>	Elaborarea proiectelor de Ordine privind grupurile de lucru întru elaborarea Protocoalelor clinic instituționale și a locurilor de muncă.	După necesitate	Șefi departamente, secții, servicii	
	Implementarea în practică a Procedurilor operaționale elaborate și aprobate.	După necesitate	Șefi departamente, secții, servicii	
	Monitorizarea procesului de implementare în practică a Procedurilor operaționale și instrucțiunilor standardizate.	Pe parcursul anului	Consiliul Calității	
<b>3. Extinderea domeniului de aplicare al Auditului medical intern</b>	Aducerea la cunoștința personalului medical a ordinului MS nr. 519 din 29.12. 2008 „Cu privire la sistemul de audit medical intern”	Trimestrul I	Serviciul audit intern	
	Actualizarea Ordinului IMSP IO cu privire la crearea grupului de Audit medical intern	Trimestrul I	Președintele CC, Șef serviciul audit intern	

	Stabilirea priorităților și a metodelor de Audit medical intern pentru anul 2024	Trimestrul I	Serviciul audit intern	
	Efectuarea controalelor și cercetărilor de Audit medical intern planificat și control inopinat	Pe parcursul anului	Serviciul audit intern	
	Revizuirea rezultatelor controalelor și cercetărilor de Audit medical intern în ședințele Consiliului Calității	În decurs de 5 zile după elaborarea raportului	Consiliul Calității	
<b>4. Implementarea sistemului de control al infecțiilor nosocomiale</b>	Organizarea activității eficiente a Comitetului de spital pentru controlul infecțiilor nosocomiale	Conform programului	Președintele Comitetului de spital	
	Stabilirea unei liste a infecțiilor nosocomiale, specifice pentru instituție	Anual	Comitetul de spital	
	Organizarea screening-ului și înregistrării infecțiilor nosocomiale	Pe parcursul anului	Comitetul de spital	
	Implementarea procedurilor de laborator pentru confirmarea cazurilor înregistrate de infecții nosocomiale	La necesitate	Comitetul de spital	
	Implementarea măsurilor profilactice și antiepidemice	La necesitate	Comitetul de spital	
	Examinarea și monitorizarea stării de sănătate a personalului	Anual	Președintele Comitetului de spital Medic epidemiolog	
	Organizarea instruirii personalului	Conform programului	Medic epidemiolog	
	Examinarea raportului cu privire la infecțiile nosocomiale primit de la Comitetul de spital cu elaborarea planului de acțiuni în perfecționarea activității	Trimestrial	Medic epidemiolog	
<b>5. Menținerea și perfecționarea standardelor naționale și Implementarea standardelor internaționale de calitate (ISO) pentru subdiviziunile instituției</b>	Inițierea activităților pentru instituirea sistemului calității în subdiviziuni	Pe parcursul anului	Consiliul Calității, Vicedirectorii, Șefi subdiviziuni	
	Instruirea personalului din laboratoare și alte subdiviziuni cu privire la implementarea standardelor naționale și internaționale de calitate	Pe parcursul anului	RMC ( <i>Reprezentant al Managementului pentru Calitate</i> ); Șefi subdiviziuni	
	Elaborarea procedurilor operaționale standard pentru toate investigațiile efectuate de laboratoarele și alte subdiviziuni ale instituției	Pe parcursul anului	RMC; Șefi subdiviziuni	
	Examinarea rezultatelor activităților de control al calității în laboratoare și alte subdiviziuni, primite de la echipa responsabilă	Trimestrial	Consiliul Calității	

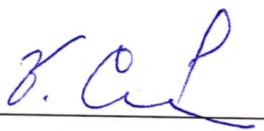

	Elaborarea planului de acțiuni pe baza raportului	În decurs de o săptămână după ascultarea raportului	RMC; Coordonator al SMC	
	Monitorizarea implementării planului de acțiuni	Trimestrial	Consiliul Calității	
<b>6. Analiza letalității și divergenței în diagnostic</b>	Examinarea cazurilor cu complicații letale înregistrate în instituție. Elaborarea măsurilor de ameliorarea a asistenței medicale	La necesitate	CCC	
	Examinarea cazurilor de divergență în diagnostic a cancerului în cadrul Conferinței clinic-anatomice	La necesitate	CCC	
	Monitorizarea executării planului de acțiuni	Trimestrial	Consiliul Calității	
<b>7. Analiza utilizării preparatelor farmaceutice</b>	Examinarea rapoartelor primite de la Comitetul farmacoterapeutic al instituției cu concluzii și măsuri de perfecționare a activității	Trimestrial	Consiliul Calității	
	Instruirea personalului responsabil cu privire la planul de acțiuni și cerințele de executare a acestuia	În decurs de două săptămâni de la elaborarea planului de acțiuni	CFFT	
	Monitorizarea executării planului de acțiuni	Trimestrial	Consiliul Calității	
<b>8. Efectuarea sondajelor privind gradului de satisfacție al pacienților</b>	Organizarea și desfășurarea sondajului privind gradului de satisfacție al pacienților	Trimestrial	Grupul de lucru	
	Analiza datelor și crearea raportului privind rezultatele	În decurs de 3 zile de la prezentarea rezultatelor	Grupul de lucru	
	Examinarea și discutarea rezultatelor studiilor interne ale opiniei și gradului de satisfacție al pacienților	În decurs de două săptămâni după aprobarea raportului	Consiliul Calității	
	Elaborarea planului de acțiuni în baza informației din raport	În decurs de o săptămână de la examinarea rezultatelor (raportului)	Consiliul Calității	
	Instruirea personalului responsabil în conformitate cu planul de acțiuni și a cerințelor de executare a acestuia	În decurs a 10 zile de la elaborarea planului	Consiliul Calității	
<b>9. Sondajul personalului instituției privind gradul de satisfacție</b>	Definirea obiectivelor evaluării sondajului	Cu 2-3 zile înainte de efectuarea sondajului	Consiliul Calității	
	Organizarea și efectuarea sondajului privind gradul de satisfacție a angajaților	Simestrial	Grupul de lucru	
	Elaborarea și prezentarea rezultatelor sondajului.	În conformitate cu planul	Grupul de lucru	

	Examinarea (audierea și discutarea) rezultatelor sondajului personalului	În conformitate cu planul	Consiliul Calității	
	Elaborarea planului de acțiuni în baza rezultatelor evaluării sondajului		Grupul de lucru	
	Aprobarea planului de către conducerea instituției	În decurs de 3 zile de la prezentarea planului	Directorul IMSP IO	
	Monitorizarea executării planului de acțiuni	Trimestrial după aprobare	Consiliul Calității	
<b>10. Elaborarea și implementarea planului de îmbunătățire a calității</b>	Elaborarea planului de îmbunătățire a calității pentru anul 2025	Până la 30.12.2024	Consiliul Calității	
	Aprobarea planului de acțiuni de către conducerea instituției	Până la 31.12.2024	Directorul IMSP IO	
	Instruirea personalului responsabil cu privire la planul de îmbunătățire a calității	În decurs de două săptămâni de la aprobarea planului	Consiliul Calității	
	Monitorizarea implementării planului de îmbunătățire a calității	Trimestrial după aprobare	Consiliul Calității	
<b>12. Monitorizarea indicatorilor calității asistenței medicale</b>	Aprobarea setului de indicatori ai calității asistenței medicale	Noiembrie anual	Directorul IMSP IO	
	Asigurarea procedurilor de colectare și procesare a datelor	În decurs de două săptămâni de la determinarea indicatorilor calității asistenței medicale	Serviciul de statistică medical	
	Elaborarea raportului cu privire la indicatorii calității asistenței medicale	Trimestrial	Vicedirectorii	
	Examinarea și discutarea rapoartelor cu privire la indicatorii calității asistenței medicale	O dată în trimestru	Consiliul Calității	
	Elaborarea planului de acțiuni în baza informației din raportul privind indicatorii calității asistenței medicale	În decurs de o săptămână de la examinarea raportului	Consiliul Calității	
	Aprobarea planului de către conducerea instituției și monitorizarea executării planului de acțiuni privind îmbunătățirea indicatorilor calității asistenței medicale	Trimestrial	Directorul IMSP IO	

<b>13. Lucrul cu secțiile/cadrele medicale cu o performanță mai slabă</b>	Primirea și examinarea sistematică a rapoartelor cu privire la secțiile/cadrele medicale cu o performanță mai slabă (din toate sursele de date: Audit medical, indicatorii calității asistenței medicale, sondaje etc.)	În fiecare trimestru dacă nu este stabilit mai frecvent	Consiliul Calității	
	Elaborarea planului de acțiuni în baza rapoartelor și a instruirii personalului responsabil	În decurs de 3-5 zile după examinarea rapoartelor	Consiliul Calității	
	Monitorizarea (controlului) executării planului de acțiuni	Curent	Consiliul Calității	
<b>Lucrul cu reclamațiile și sugestiile pacienților (primite în alt mod decât prin sondajul pacienților)</b>	Examinarea sugestiilor și reclamațiilor pacienților.	Pe măsura înregistrării	Consiliul Calității	
	Elaborarea propunerilor pentru a soluționa problemele depistate în urma investigării reclamațiilor pacienților.	În decurs de 1-3 zile după finisarea investigării	Consiliul Calității	
	Monitorizarea acțiunilor întreprinse, ca răspuns la propunerile primite.	Trimestrial după aprobare	Consiliul Calității	

Președinte Consiliul Calității

Secretar Consiliul Calității

  
 \_\_\_\_\_ Veronica CIOBANU  
  
 \_\_\_\_\_ Maria PÎRȚAC