

**PLAN DE ACTIVITATE A CONSILIULUI CALITĂȚII
pentru anul 2023**



Ruslan BALTAGA
Director IMSP Institutul Oncologic
2022

<i>Măsură</i>	<i>Acțiunile necesare</i>	<i>Termenii și frecvența</i>	<i>Persoana responsabilă</i>	<i>Comentarii privind rezultatele</i>
1. Implementarea Protocolelor clinice naționale prin elaborarea și implementarea Protocolelor clinice instituționale	Elaborarea proiectelor de Ordine privind grupurile de lucru întru elaborarea Protocolelor clinice instituționale.	După necesitate	Președinte CC	
	Monitorizarea activității grupurilor de lucru ce elaborează Protocoloale clinice instituționale.	În măsura necesității	Președinte CC, Membrii CC	
	Organizarea examinării proiectelor PC elaborate de către grupul de lucru în cadrul sesiunilor ordinare a Consiliului Calității	în decurs a 3 zile de la elaborarea proiectului de protocol	Președinte CC	
	Organizarea plasării Protocoloalelor 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 Protocoloalelor clinice instituționale. Instruirea personalului medical.	Simestrial	Consiliul Calității	
2. Extinderea domeniului de aplicare al Auditului medical intern	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 II	Președintele CC, Șef serviciul audit intern	
	Stabilirea priorităților și a metodelor de Audit medical intern pentru anul 2023	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 sesiunile Consiliului Calității	În decurs de 5 zile după elaborarea raportului	Consiliul Calității	

3. Implementarea sistemului de control al infecțiilor nosocomiale	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	Annual	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	Annual	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	
4. Menținerea și perfecționarea standardelor naționale și implementarea standardelor internaționale de calitate (ISO) pentru subdiviziunile instituției	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		

5. Analiza letalității și divergenței în diagnostic	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 clinice-anatomice	La necesitate	CCC	
6. Analiza utilizării preparatelor farmaceutice	Monitorizarea executării planului de acțiuni	Trimestrial	Consiliul Calității	
	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	CFPT	
	Monitorizarea executării planului de acțiuni	Trimestrial	Consiliul Calității	
7. Efectuarea sondajelor privind gradului de satisfacție al pacienților	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	
8. Sondajul personalului instituției privind gradului de satisfacție	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	
	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	
	Elaborarea planului de îmbunătățire a calității pentru anul 2024	Până la 30.12.2023	Consiliul Calității	
	Aprobarea planului de acțiuni de către conducerea instituției	Până la 31.12.2023	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	
	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	

11. Lucrul cu secțiile/cadrele medicale cu o performanță mai slabă	Artargumentarea și elaborarea Programului „Pacient oncologi în SI SIRSMA” în comun cu echipa CNAM.	Ianuarie 2023	Directorul IMSP IO, Vicedirectorii IO, Șefii secțiilor consultative, Echipa CNAM, Consiliul Calității	
12. Lucrul cu reclamațiile și sugestiile pacienților (primite în alt mod decât prin sondajul pacienților)	Elaborarea și aprobarea Regulamentului de activitatea a Consiliilor Multidisciplinare în Oncologie după localizări Monitorizarea (controlului) executării Programului de acțiuni Examinarea sugestiilor și reclamațiilor pacienților.	Simestrul II Curent	Directorul IMSP IO, Vicedirectorii IO, Consiliul Calității Consiliul Calității	
	Elaborarea propunerilor pentru a soluționa problemele depistate în urma investigării reclamațiilor pacienților.	Pe termen scurt În decurs de 1-3 zile după finalizarea investigației	Consiliul Calității	
	Monitorizarea acțiunilor întreprinse, ca răspuns la propunerile primite.	Trimestrial după aprobare	Consiliul Calității	

Președinte Consiliul Calității

Secretar Consiliul Calității


Veronica CIOBANU


Maria PÎRTAC