

RAPORT ANUAL DE ACTIVITATE

Secția Managementul Calității Serviciilor Medicale

Institutul Oncologic

Perioada: 13.01.2025 – 31.12.2025

Șef secție: Ala Condrea

1. INTRODUCERE

În anul 2025, activitatea Secției de Management al Calității Serviciilor Medicale din cadrul Institutului Oncologic a avut ca obiectiv principal asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității actului medical, creșterea siguranței pacientului și alinierea activităților instituției la standardele naționale și internaționale aplicabile unităților sanitare cu profil oncologic.

Activitatea a fost orientată spre consolidarea unui sistem eficient de management al calității, cu accent pe prevenirea neconformităților, optimizarea proceselor clinice și administrative și îmbunătățirea experienței pacientului oncologic.

2. OBIECTIVE STRATEGICE 2025

- Obținerea acreditării naționale
- Pregătirea instituției pentru certificarea ISO 9001:2015
- Creșterea nivelului de siguranță a pacientului
- Implementarea și actualizarea protocoalelor clinice
- Îmbunătățirea traseului pacientului oncologic
- Asigurarea accesului la tratamente moderne și personalizate

3. ACTIVITĂȚI DESFĂȘURATE

3.1. Managementul Sistemului de Calitate

- Elaborarea și aprobarea Planului anual de activitate, prezentat Consiliului Administrativ și publicat pe pagina web a instituției
- Elaborarea Raportului anual de activitate al instituției, cu implicarea directă a specialistului în managementul calității și a personalului responsabil
- Elaborarea Raportului privind Controlul Intern Managerial
- Actualizarea documentației Sistemului de Management al Calității
- Coordonarea elaborării și înregistrării a 17 Proceduri Operaționale Standard (POS)
- Coordonarea elaborării și actualizării protocoalelor clinice
- Pregătirea documentației pentru evaluări interne și externe
- Asigurarea suportului consultativ în procesul de acreditare națională

- Asigurarea suportului consultativ în pregătirea pentru certificarea ISO 9001:2015
 - Organizarea Evaluarea și analiza gradului de satisfacție a beneficiarilor serviciilor de sănătate/pacienților și a angajaților instituției.
 - Elaborarea Raportului privind Gradul de satisfacție a pacienților și angajaților.
 - În urma acreditării naționale, a fost elaborat Planul de înlăturare a neconformităților, cu implementarea măsurilor corective conform recomandărilor CNEAS.
A fost monitorizat permanent gradul de implementare a recomandărilor primite.
-

3.2. Gestionarea petițiilor și solicitărilor pacienților

- Examinarea solicitărilor beneficiarilor serviciilor medicale privind calitatea și siguranța serviciilor
 - Participarea în grupurile de lucru pentru examinarea petițiilor (8 cazuri înregistrate în E-Cancelarie)
 - Evaluarea și analiza cazurilor
 - Implementarea măsurilor corective
 - Respectarea termenelor legale de soluționare
-

3.3. Audit medical intern

Au fost realizate audituri medicale interne conform Planului anual:

- Evaluarea procesului de examinare a adresărilor și spitalizărilor de urgență
 - Evaluarea procesului de eliberare a certificatelor de concediu medical
 - Verificarea evidenței și gestionării substanțelor stupefiante
 - Auditul procesului de internare–externare și evidența pacienților
 - Misiuni AD-HOC pentru depistarea, evaluarea , analiza, neconformităților identificate
 - Colaborarea cu auditorii externi pentru asigurarea unei evaluări eficiente
-

3.4. Evaluarea secțiilor spitalicești – profil chirurgical

Au fost evaluate secțiile: Bloc Operator, Gastroenterologie, Proctologie, Ginecologie, Mamologie, Toraco-abdominală, ALM.

Criterii evaluate:

- Management organizațional
- Respectarea regimului sanitar
- Siguranța chirurgicală a pacientului
- Traseul pacientului
- Corectitudinea completării documentației medicale
- Evidența și eliberarea dispozitivelor medicale
- Durata perioadei preoperatorii și postoperatorii
- Concordanța listei de operații (programări vs. intervenții efectuate)

- Evidența antibioticoterapiei (durată, argumentare, decontare)
 - Raportarea IAAM și codificarea DRG
-

3.5. Evaluarea secțiilor cu profil terapeutic

Au fost evaluate secțiile de:

- Oncologie medicală
- Radioterapie
- Chimioterapie

Criterii analizate:

- Corectitudinea completării documentației medicale
 - Durata spitalizării
 - Durata până la CT simulator
 - Durata până la inițierea radioterapiei
 - Respectarea regimului sanitar
-

3.6. Evaluarea fișelor pacienților decedați (2024–2025)

Au fost analizate fișele pacienților decedați pentru identificarea neconformităților în completarea documentației medicale și formularea măsurilor de remediere.

3.7. Evaluarea traseului pacientului oncologic (CCD)

Au fost evaluate următoarele domenii:

- Mamologie
- Proctologie
- Gastroenterologie
- Cap și gât
- Chimioterapie

Au fost analizate:

- Corectitudinea completării documentației
- Respectarea programărilor (pacienți programați/neprezențați/neprogramați)
- Evidența și decontarea consumabilelor per pacient
- Respectarea graficului CMDO conform regulamentului

Neconformitățile identificate au fost consemnate în note informative, transmise conducerii institutului, vice-directorilor, medicilor responsabili și asistentelor principale, cu stabilirea măsurilor corective.

4. COLABORARE INTERDEPARTAMENTALĂ

Secția a colaborat permanent cu:

- Secțiile clinice
- Compartimentele suport
- Serviciul IT
- Serviciul juridic
- Sectia IAAM

Scopul colaborării a fost optimizarea fluxurilor instituționale și creșterea conformității proceselor.

5. PLAN DE MĂSURI PENTRU ANUL 2026

- Menținerea acreditării naționale
 - Obținerea certificării ISO 9001:2015
 - Creșterea gradului de conformitate a documentației medicale
 - Consolidarea culturii siguranței pacientului
 - Reducerea duratei timpului până la inițierea tratamentului oncologic
 - Intensificarea auditului medical .
-