

**COORDONAT**

\_\_\_\_\_  
**Igor CUROV,**  
**Vicedirector medical**

**A P R O B**

\_\_\_\_\_  
**Mihai CIOCANU,**  
**Director IMSP Institutul de Medicină Urgentă**



**PLANUL DE ACȚIUNI  
PRIVIND ACTIVITATEA CONSILIULUI CALITĂȚII  
DIN CADRUL IMSP INSTITUTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ  
PENTRU ANUL 2019**

**CHIȘINĂU 2019**

Nr. d/o	OBIECTIVELE DE BAZĂ	DENUMIREA ACȚIUNILOR	TERMEN DE REALIZARE	RESPONSABILII	COMENTARIILE PRIVIND REZULTATELE OBTINUTE
1	2	3	4	5	6
1.	<b>Elaborarea, în baza Protocoalelor Clinice Naționale, a Protocoalelor clinice instituționale și Protocoalelor clinice ale locurilor de lucru și implementarea lor în practica medicală.</b>	1. Elaborarea proiectelor de Ordine privind instituirea grupurilor de lucru întru elaborarea Protocoalelor clinice instituționale și a locurilor de muncă.	După necesitate	Șef SMCSM	
		2. Monitorizarea activității grupurilor de lucru în procesul de elaborare a Protocoalelor Clinice Instituționale și a locurilor de muncă.	Pe măsura instituirii grupurilor de lucru	Șef SMCSM Membrii Consiliului Calității	
		3. Organizarea examinării proiectelor Potocoalelor elaborate de către grupurile de lucru în cadrul ședințelor ordinare ale Consiliului Calității.	În decurs de 3 zile de la elaborarea proiectului de protocol	Președintele Consiliului Calității Șef SMCSM	
		4. Organizarea plasării Protocoalelor elaborate și aprobate pe pagina WEB a IMSP Institutul de Medicină Urgentă, la rubrica activități.	În decurs de 5 zile de la aprobarea Protocolului respectiv	Serviciul tehnologii informaționale și de comunicații în sănătate	
		5. Monitorizarea utilizării Protocoalelor clinice instituționale și a Protocoalelor clinice a locurilor de lucru. Instruirea personalului responsabil.	Semestrial	Secretarul CC Membrii Consiliului Calității	
2.	<b>Elaborarea și implementarea în practică a Procedurilor Operaționale și a instrucțiunilor standardizate</b>	1. Elaborarea Procedurilor operaționale în baza Protocoalelor clinice instituționale pe compartimentele de profil.	Pe parcursul anului	Șefii de Departamente, secții și servicii	
		2. Implementarea în practică a Procedurilor operaționale elaborate și aprobate.	Pe măsura elaborării și aprobării	Șefii de Departamente, secții și servicii	
		3. Monitorizarea procesului de implementare în practică a Procedurilor operaționale și instrucțiunilor standardizate.	Pe parcursul anului	Șef SMCSM Membrii Consiliului Calității	

1	2	3	4	5	6
3.	<b>Extinderea domeniului de aplicare al Auditului medical intern</b>	1. Actualizarea Ordinului intern nr. 55 din 02.02.2011 „Cu privire la sistemul de audit intern al CNȘPMU”	Trimestrul I	Șef SMCSM Șef serviciul audit intern	
		2. Aducerea la cunoștința personalului medical a ordinului MS nr. 519 din 29.12. 2008 „Cu privire la sistemul de audit medical intern” și a ordinului intern actualizat.	Trimestrul I	Șef serviciul audit intern	
		3. Stabilirea priorităților și a metodelor de Audit medical intern pentru anul 2019.	Trimestrul I	Șef serviciul audit intern	
		4. Efectuarea controalelor și cercetărilor de Audit medical intern planificate și inopinate.	Pe parcursul anului	Colaboratorii Serviciului Audit medical intern	
		5. Examinarea rezultatelor controalelor și cercetărilor de Audit medical intern în ședințele Consiliului Calității.	În decurs de 5 zile de la prezentarea Raportului	Consiliul Calității	
4.	<b>Analiza utilizării preparatelor farmaceutice</b>	1. Examinarea rapoartelor primite de la Comitetul farmacoterapeutic al instituției, inclusiv de la farmacistul clinician.	Trimestrial	Consiliul Calității	
		2. Elaborarea planului de acțiuni reieșind din informațiile parvenite în adresa Consiliului Calității.	În decurs de 14 zile de la examinarea informațiilor parvenite.	Colaboratorii SMCSM	
		3. Monitorizarea executării planului de acțiuni.	Trimestrial	Consiliul Calității	
5.	<b>Implementarea sistemului de control al infecțiilor nosocomiale</b>	1. Instituirea Comisiei întru monitorizarea infecțiilor nosocomiale.	Lunile ianuarie-februarie	Șef SMCSM, med. epidemiolog	
		2. Asigurarea controlului îndeplinirii prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății nr.51 din 16.02.2009 „Cu privire la supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale”.	Pe parcursul anului	Consiliul Calității	
		3. Continuarea implementării în practică a sistemului de supraveghere și monitorizare epidemiologică a infecțiilor nosocomiale.	Pe parcursul anului	Consiliul Calității, Grupul de lucru, med. epidemiolog	

1	2	3	4	5	6
		4. Examinarea și monitorizarea stării de sănătate a angajaților instituției.	Pe parcursul anului	Consiliul Calității Medic pentru org. dispensarizării angajaților	
		5. Examinarea raportului cu privire la infecțiile nosocomiale primit de la echipa de control.	În decurs de 3 zile de la prezentarea Raportului	Consiliul Calității	
		6. Elaborarea planului de acțiuni în urma examinării raportului.	În decurs de 5 zile de la examinarea Raportului	Grupul de lucru	
		7. Monitorizarea implementării planului de acțiuni.	Trimestrial	Grupul de lucru	
6.	<b>Desfășurarea Auditului medical intern și măsurile întreprinse ca urmare a acestor constatări</b>	1. Organizarea și efectuarea Auditului medical intern.	Lunar	Colaboratorii Serv. Audit medical intern	
		2. Examinarea rezultatelor Auditului medical intern din cadrul instituției.	Nu mai târziu de 5 zile de la prezentarea raportului	Consiliul Calității	
		3. Elaborarea planului de acțiuni în urma examinării rapoartelor prezentate de colaboratorii Serv. Audit. medical intern.	În decurs de o săptămână de la examin. raportului	Colaboratorii Serviciului Auditului medical intern	
		4. Monitorizarea executării planului de acțiuni.	Trimestrial	Consiliul Calității	
7.	<b>Implementarea standardelor internaționale (ISO) pentru laboratorul clinic diagnostic și a celui microbiologic</b>	1. Crearea unei echipe pentru instituirea sistemului calității în laboratoare.	Trimestrul I	Șef SMCSM, Consiliul Calității	
		2. Examinarea rezultatelor activităților de control al calității în laboratoare.	Trimestrial și la necesitate	Consiliul Calității	
		3. Elaborarea planului de acțiuni în urma rapoartelor prezentate.	În decurs de 5 zile de la examinarea raportului	Consiliul Calității	
		4. Monitorizarea implementării planului de acțiuni.	Trimestrial	Consiliul Calității	

1	2	3	4	5	6
8.	<b>Analiza letalității</b>	1. Examinarea rapoartelor prezentate de către grupul de analiză a letalității în instituție.	Trimestrial	Consiliul Calității	
		2. Elaborarea și aprobarea planurilor de acțiuni în urma examinării rapoartelor prezentate.	În decurs de o săptămână de la evaluare	Grupul de analiză a letalității	
		3. Monitorizarea executării planului de acțiuni.	Trimestrial	Consiliul Calității	
9.	<b>Efectuarea sondajelor privind gradul de satisfacție al pacienților</b>	1. Organizarea și desfășurarea sondajului privind gradul de satisfacție al pacienților.	Semestrial	Colaboratorii SMCSM	
		2. Examinarea raportului privind rezultatele sondajului.	În decurs de 3 zile de la prezentarea rezultatelor	Secția monitorizare și evaluare a serviciilor medicale	
		3. Elaborarea planului de acțiuni în baza informației expuse în raport.	În decurs de o săptămână de la examin. raportului	Secția monitorizare și evaluare a serviciilor medicale	
		4. Monitorizarea executării planului de acțiuni.	Semestrial	Consiliul Calității	
10.	<b>Efectuarea sondajelor privind gradul de satisfacție al angajaților instituției</b>	1. Aprecierea obiectivelor sondajului.	Cu 2-3 zile până a desfășura sondajul	Consiliul Calității	
		2. Organizarea și desfășurarea sondajului privind gradul de satisfacție al angajaților instituției.	Semestrial	Secția monit. și evaluare a serviciilor medicale	
		3. Elaborarea și prezentarea raportului privind rezultatele sondajului.	Semestrial	Secția monitorizare și evaluare a serviciilor medicale	
		4. Elaborarea planului de acțiuni în urma examinării rapoartelor prezentate.	În decurs de 5 zile de la examinarea raport.	Secția monitorizare și evaluare a serviciilor medicale	
		5. Aprobarea planului de acțiuni de către conducerea instituției.	În decurs de 3 zile de la prezentarea planului	Directorul IMSP IMU	
		6. Monitorizarea executării planului de acțiuni.	Trimestrial	Consiliul Calității	

1	2	3	4	5	6
11.	<b>Monitorizarea indicatorilor calității asistenței medicale prestate pacienților</b>	1. Aprobarea setului de indicatori ai calității asistenței medicale caracteristici pentru IMSP Institutul de Medicină Urgentă în baza Ordinului MS nr.139 P §9 din 17 septembrie 2018 „Cu privire la modificarea anexelor nr.1 și nr.2 al Ordinului nr.1038 din 23 decembrie 2016	Trimestrul I	Consiliul Calității	
		2. Asigurarea procedurilor de colectare și procesare a datelor.	În decurs de două săptămâni de la determinarea indicatorilor calității asistenței medicale	Consiliul Calității Șefii de departamente, secții și servicii	
		3. Elaborarea raportului cu privire la indicatorii calității asistenței medicale în cadrul Departamentelor, inclusiv a secțiilor și serviciilor.	Trimestrial	Șef SMCSM, Șefii de departamente secții și servicii	
		4. Examinarea rapoartelor cu privire la indicatorii calității asistenței medicale.	Trimestrial	Consiliul Calității	
		5. Elaborarea planului de acțiuni reieșind din informațiile prezentate privind indicatorii calității asistenței medicale.	În decurs de 5 zile de la examinarea Raportului	Șefii de departamente secții și servicii	
		6. Monitorizarea executării planului de acțiuni privind îmbunătățirea indicatorilor calității asistenței medicale prestate.	Trimestrial	Consiliul Calității	
12.	<b>Lucrul cu reclamațiile și sugestiile pacienților (primate în alt mod decât prin sondajul pacienților)</b>	1. Examinarea sugestiilor și reclamațiilor pacienților.	Pe măsura înregistrării	Consiliul Calității	
		2. Elaborarea propunerilor pentru a soluționa problemele depistate în urma investigării reclamațiilor pacienților.	În decurs de 1-3 zile după finisarea investigării	Consiliul Calității	
		3. Monitorizarea acțiunilor întreprinse, ca răspuns la propunerile primite.	Trimestrial după aprobare	Consiliul Calității	

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>13.</b>	<b>Elaborarea și implementarea planului de îmbunătățire a calității</b>	1. Elaborarea planului de îmbunătățire a calității pentru anul de activitate 2020.	Luna decembrie a. 2019	Colaboratorii SMCSM	
		2. Aprobarea planului de acțiuni de către conducerea IMSP Institutul de Medicină Urgentă.	În decurs de 7 zile de la prezentarea planului	Directorul IMSP IMU	
		3. Instruirea personalului responsabil cu privire la planul de îmbunătățire a calității.	În decurs de două săptămâni de la aprobarea planului	Consiliul Calității Colaboratorii SMCSM	
		4. Monitorizarea implementării planului de îmbunătățire a calității serviciilor medicale în cadrul IMSP Institutul de Medicină Urgentă.	Trimestrial după aprobare	Consiliul Calității Colaboratorii SMCSM	

**Șef Serviciul Managementul  
Calității serviciilor medicale**

**Liviu VOVC**