



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
„CENTRUL DE SĂNĂTATE SOROCA-NOUĂ „INA POPESCU””**

or. Soroca, str. D. Cantemir 27 MD:3001

Tel/Fax +37323027545

e-mail: cs.soroca-noua@ms.md

ORDIN

**Nr. 01
din ”03” ianuarie 2022**

**„Cu privire la asigurarea calității
serviciilor medicale în
IMSP „CS SOROCA-NOUA „INA POPESCU””**

Îmbunătățirea continuă a calității și sporirea accesibilității serviciilor medicale sunt obiective fundamentale ale Ministerului Sănătății stabilite în Politica Națională de Sănătate și în Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada anilor 2022-2026.

Cea mai bună soluție pentru satisfacția pacienților constă în implementarea unui sistem management al calității, care de rînd cu managementul resurselor umane, financiare și strategic, reprezintă parte integrantă a managementului general al instituției medico-sanitare și este o componentă definitorie a Ministerului Sănătății, a politicii instituționale și a strategiei de dezvoltare pentru furnizorii de servicii medicale. În contextul celor relatate, în baza Ordinului MS nr.139 din 03.03.2010,

APROB:

1. Regulamentul de activitate al Consiliului Calității IMSP „CS SOROCA-NOUA „INA POPESCU”” (anexa nr. 1)
2. Componenta Consiliului Calității IMSP „CS SOROCA-NOUĂ „INA POPESCU”” (anexa nr.2)
3. Planul anual de activitate al Consiliului calității Calității IMSP „CS SOROCA-NOUĂ „INA POPESCU””.

ORDON:

1. A asigura eficiență maximă activității Consiliului calității al IMSP „CS SOROCA-NOUĂ „INA POPESCU””.

2. Consiliul calității își va desfășura activitatea în corespundere cu Regulamentul de activitate.
3. Activitățile se vor desfășura conform Planului anual de activitate.
4. Prezentul ordin se aduce la cunoștința lucrătorilor medicali.
5. Controlul îndeplinirii Ordinului dat mi-l asum personal.

ȘEF I.M.S.P.
„CENTRUL DE SĂNĂTATE SOROCA-NOUĂ
„INA POPESCU””

NATALIA MAZUR

Regulamentul Consiliului Calității IMSP CS Soroca-Noua, „Ina Popescu”

Capitolul I

Dispoziții generale

1. Consiliul Calității IMSP, „CS Soroca-Noua, Ina Popescu” este un organ colegial intern de consultanță, creat în scopul consolidării procesului de îmbunătățire continuă a calității asistenței medicale acordată în cadrul instituției.

2. În activitatea sa, Consiliul se conduce de Regulamentul aprobat prin prezentul ordin, Regulamentul de activitate și Regulamentul intern ale instituției, de alte acte normative în domeniu și asistă administrația instituției medico-sanitare în procesul de gestionare a calității asistenței medicale.

Capitolul II

Misiunea. Funcții de bază. Atribuțiile și drepturile Consiliului

3. Consiliul are misiunea de a consolida procesul de îmbunătățire continuă a calității asistenței medicale acordată în cadrul instituției, prin luarea de decizii colegiale privind sporirea capacității de management al calității asistenței medicale.

4. Funcțiile de bază ale Consiliului sînt:

- 1) Implementarea sistemului de management al calității în cadrul instituției medico-sanitare;
- 2) Participarea la elaborarea, coordonarea realizării și implementării unei game de activități ce vizează asigurarea și îmbunătățirea calității asistenței medicale oferite în cadrul instituției, siguranței pacienților;
- 3) Înaintarea propunerilor conducerii instituției sau, după caz, Consiliului administrativ privind constituirea de structuri operaționale de monitorizare și evaluare periodică a calității serviciilor medicale sau activităților la nivelul subdiviziunilor instituției;
- 4) Elaborarea Raportului anual cu privire la asigurarea calității serviciilor medicale conform la Regulament;
- 5) Exercitarea altor funcții, stabilite în condițiile legii.

5. Consiliul exercită următoarele atribuții:

- 1) Crearea unui mediu de susținere pentru implementarea politicii naționale și inițiativelor de dezvoltare pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale;

- 2) Motivarea personalului instituției în asigurarea calității asistenței medicale și participarea activă la măsurile de îmbunătățire a acesteia;
- 3) Instituirea unui sistem eficient de monitorizare și evaluare la nivel de instituție pentru a evalua în mod sistematic calitatea asistenței medicale, a analiza datele colectate și a comunica rezultatele evaluării;
- 4) Emiterea de recomandări oportune și cuprinzătoare pentru conducerea instituției cu privire la îmbunătățirea calității și eficienței asistenței medicale;
- 5) Analiza opiniilor, colectarea sugestiilor și comentariilor personalului și beneficiarilor de servicii medicale;
- 6) Monitorizarea implementării contractelor în cadrul asigurării medicale obligatorii și benevole și înaintarea recomandărilor privind îmbunătățirea performanței în baza contractelor;
- 7) Cooperarea cu Consiliile Calității ale altor instituții medico-sanitare.

6. Consiliul, în procesul de asigurare a calității serviciilor medicale la nivelul instituției medico-sanitare, se anexează pe un set de criterii și principii referitoare la următoarele aspecte:

- 1) Metodologii de monitorizare și evaluare periodică a serviciilor medicale, a altor activități ale subdiviziunilor instituției;
- 2) Metodologii de evaluare a satisfacției pacienților;
- 3) Asigurare a calității personalului medical și a altor angajați;
- 4) Evaluare a resurselor de asigurare a calității oferite angajaților și utilizarea lor eficientă;
- 5) Organizare a bazei de date care permite autoevaluarea internă;
- 6) Publicare periodică de informații cu privire la calitatea serviciilor medicale oferite. În vederea realizării sarcinilor de bază, în funcție de domeniile prioritare.

7. Consiliul este responsabil de:

1) În domeniul îmbunătățirii calității asistenței medicale:

- a) Planificarea și facilitarea implementării activităților ce țin de asigurarea și îmbunătățirea calității asistenței medicale;
- b) Analiza și recomandarea modificărilor la politicile și standardele existente ce țin de siguranța și calitatea asistenței medicale în cadrul instituției medico-sanitare;
- c) Monitorizarea activităților ce țin de calitatea asistenței medicale și siguranța pacienților;
- d) Recomandarea acțiunilor adecvate pentru evitarea rezultatelor negative și a erorilor;

e) Analiza cazurilor excepționale și efectuarea investigațiilor, pentru identificarea cauzelor și recomandarea acțiunilor corective;

f) Analiza și elaborarea recomandărilor pentru administrarea instituției în privința altor aspecte ce țin de calitatea asistenței medicale, siguranța pacienților, serviciile oferite beneficiarilor și cultura organizațională.

2) În domeniul respectării cerințelor (standartelor) de evaluare și acreditare:

a) Monitorizarea respectării standardelor de evaluare și acreditare privind calitatea și siguranța asistenței medicale;

b) Prezentarea sistematică a rapoartelor privind rezultatele monitorizării standardelor de evaluare și acreditare în adresa administrației instituției cu propunerea măsurilor de îmbunătățire a compliancei;

c) Planificarea și facilitarea implementării măsurilor de respectare a cerințelor de evaluare și acreditare;

d) Contribuirea la perfectarea actelor pentru evaluare și acreditare.

3) În domeniul realizării indicatorilor calității asistenței medicale:

a) Elaborarea și înaintarea spre aprobare a indicatorilor calității asistenței medicale la nivel de instituție, în raport cu indicatorii calității asistenței medicale de nivel național și extinderea lor în corespundere cu specificul intern;

b) Monitorizarea indicatorilor calității asistenței medicale și elaborarea rapoartelor pentru administrație;

c) Elaborarea unui sistem de stimulare a angajaților instituției în funcție de performanță, în baza realizării indicatorilor calității asistenței medicale;

d) Participarea în analize externe privind calitatea serviciilor prestate.

4) În domeniul soluționării reclamațiilor pacienților:

a) Inițierea și efectuarea sondajelor instituționale cu privire la gradul de satisfacție a pacienților;

b) Efectuarea analizei reclamațiilor și sugestiilor directe ale pacienților;

c) Elaborarea și implementarea planului de acțiuni pentru excluderea aspectelor negative care provoacă satisfacția redusă a pacienților;

d) Evaluarea îmbunătățirilor prin sondaje ulterioare.

5) În domeniul promovării principiilor medicinei bazate pe dovezi:

a) Implementarea Protocoalelor clinice naționale și Standardelor medicale:

- Organizarea activității de implementare a Protocoalelor clinice

naționale cu elaborarea în baza acestora a Protocoalelor clinice instituționale cu elaborarea în baza acestora a Protocoalelor clinice a locului de lucru;

- Monitorizarea și evaluarea implementării Protocoalelor clinice instituționale și a Protocoalelor clinice a locului de lucru;

- Analiza opiniilor angajaților și pacienților vis-a-vis de implementarea Protocoalelor clinice a locului de lucru;

- Monitorizarea și evaluarea implementării Standardelor medicale;

b) Extinderea accesului la sursele de informare și informația despre medicina bazată pe dovezi (sesiuni de informare, crearea bibliotecilor Protocoalelor clinice etc.).

6) În domeniul consolidării practicilor interne (instituționale) de evaluare și analiza calității asistenței medicale:

a) Implementarea sistemului de Audit medical intern;

b) Efectuarea analizei practicilor interne existente de evaluare a calității asistenței medicale (analiza mortalității, analize ale cazurilor de infecții nozocomiale, analize ale fișelor medicale etc.) pentru a decide asupra instruirii unui sistem modern de evaluare a calității asistenței medicale în corespundere cu cerințele sistemului de Audit medical aprobat;

c) Analiza rapoartelor naționale cu privire la utilizarea serviciilor și calitatea lor în vederea propunerii priorităților în evaluarea calității asistenței medicale;

d) Analiza cerințelor și practicilor cu privire la asistența medicală "axată pe pacient";

e) Înaintarea propunerilor pentru introducerea unor modificări /îmbunătățiri și metode pentru aceasta;

f) Evaluarea sistemului informațional al instituției – capacitatea de evaluare a calității asistenței medicale și de monitorizare a indicatorilor calității;

g) Disemnarea informației despre performanțe în cadrul instituției și în comunitate.

7) În domeniul relațiilor de colaborare interprofesională:

a) Implicarea în instruirea angajaților referitor la prioritățile actuale naționale privind calitatea asistenței medicale și siguranța pacienților;

b) Utilizarea evaluărilor de către colegi pentru aprecierea calității asistenței medicale și introducerea autoevaluării personalului ca parte a sistemului de Audit intern;

c) Monitorizarea percepțiilor și gradului de satisfacție al personalului medical și supravegherea activităților ce țin de relațiile între medici;

d) Asigurarea rolului de mediator în dezbaterile între angajați referitor la aspectele de calitate a asistenței medicale.

8) În domeniul relațiilor de colaborare interprofesională:

- 1) Solicitarea și recepționarea datelor și informațiilor din orice subdiviziune a instituției medico-sanitare;
- 2) Solicitarea implicării angajaților instituției în diverse activități în domeniul calității asistenței medicale;
- 3) Înaintarea către șeful IMSP a propunerilor și planurilor de asigurare și îmbunătățire a calității asistenței medicale;
- 4) Realizarea implementării planului instituției cu privire la îmbunătățirea calității asistenței medicale și recepționarea rapoartelor privind implementarea de la șefii de subdiviziuni;
- 5) Propunerea programelor instituționale de achiziție a dispozitivelor medicale și produselor farmaceutice etc., pentru a asigura menținerea și/sau îmbunătățirea calității asistenței medicale;
- 6) Participarea la identificarea necesităților de instruire a angajaților instituției medico-sanitare și la elaborarea planului de instruire profesională continuă a acestora;
- 7) Înaintarea de propuneri privind invitarea specialiștilor din alte instituții pentru schimb de experiență;
- 8) Participarea la elaborarea metodelor și luarea deciziilor privind remunerarea angajaților în baza performanței lor în domeniul asigurării calității asistenței medicale;
- 9) Înaintarea de propuneri administrației instituției privind oferirea stimulentei financiare și non-financiare pentru angajații a căror inițiativă și idei au contribuit la îmbunătățirea calității asistenței medicale;
- 10) Înaintarea de propuneri administrației instituției privind aplicarea sancțiunilor angajaților care nu respectă cerințele de îmbunătățire a calității asistenței medicale și acțiunile planificate;
- 11) Consiliului i se pot delega și alte drepturi, conform deciziei administrației instituției.

Capitolul III

Structura.Organizarea activității Consiliului

9. Structura Consiliului:

- 1) Consiliul este constituit din membri permanenți, care dețin funcții-cheie în activitatea instituției;
- 2) Membrii consiliului sînt numiți prin ordinul șefului IMSP pe o perioadă de nu mai puțin de trei ani;

- 3) Structura internă a Consiliului este aprobată de șeful IMSP.
- 4) Șeful IMSP asigură Consiliului asistența administrativă și operațională a tuturor subdiviziunilor instituției, inclusiv acces la datele și informațiile necesare și planifică sursele financiare și timpul necesar pentru aceste activități;
- 5) Consiliul este constituit din: președinte, secretar și membri;
- 6) Președintele Consiliului este numit prin ordin de către șeful IMSP.

10. Organizarea activității Consiliului:

- 1) Activitatea Consiliului se bazează pe Planul anual de activitate ale Consiliului
- 2) Planurile și rapoartele de activitate sunt elaborate și aprobate de către Consiliu și coordonate cu directorul instituției;
- 3) Consiliul activează în baza planurilor de activitate operaționale. Planul de activitate anual este structurat pe planuri trimestriale pentru a asista implementarea unor anumite sarcini. De asemenea, se elaborează și aprobă și planuri de activitate pentru subcomitete și grupuri tematice pentru anumite perioade de timp;
- 4) Consiliul raportează o dată în trimestru sau mai frecvent, după caz, în fața administrației și personalului instituției, privind rezultatele activității sale. Raportarea prevede și o reacție de răspuns din partea administrației cu privire la procesul de comunicare dintre administrație și personal;
- 5) Rapoartele interne (instituționale) ale Consiliului axate pe aspecte ce țin de calitate includ:
 - a) raportul cu privire la indicatorii calității asistenței medicale în format tabel (care va include evaluarea calității clinice, siguranța pacienților și serviciile prestate pacienților) – trimestrial sau simestrial;
 - b) percepțiile și gradul de satisfacție a pacienților – raport anual detaliat;
 - c) cultura organizațională – raport anual detaliat;
 - d) în cazul sarcinilor de un anumit tip, care solicită un alt program de evaluare a proceselor și a rezultatelor poate fi necesară raportarea mai frecventă;
- 6) Documentul de bază elaborat de către Consiliu este Raportul anual cu privire la asigurarea calității, care este o condiție obligatorie pentru orice demers de obținere a finanțării de bază sau a finanțării complementare.
- 7) Un exemplar al Raportului anual cu privire la asigurarea calității este înaintat fondatorului și CNMS, cu plasarea acestuia pe pagina WEB a instituției medico-sanitare.

11. Organizarea ședințelor Consiliului:

- 1) Consiliul se întrunește în ședințe lunar. În cazul unor sarcini sau probleme urgente poate fi necesară organizarea unor întruniri suplimentare;
- 2) Întrunirile sistematice ale Consiliului sînt inițiate de președintele Consiliului conform programului de activitate, iar întrunirile neprogramate pot fi inițiate de președintele Consiliului, la cererea a cel puțin trei membri ai Consiliului sau propuse de șeful instituției;
- 3) Întrunirea Consiliului se consideră validă în prezența a cel puțin 2/3 din numărul total al membrilor acestuia. Fiecare membru al Consiliului are dreptul la un vot;
- 4) Deciziile Consiliului sunt adoptate cu 2/3 din voturile membrilor, care participă la ședință;
- 5) Președintele Consiliului are drept de vot decisiv în cazul parității voturilor;
- 6) Consiliul întocmește procesele – verbale ale întrunirilor structurate după cum urmează:
 - a) Data (zi/lună/an) și locul întrunirii;
 - b) Participanții;
 - c) Ordinea de zi;
 - d) Scurt rezumat al rapoartelor discursurilor din cadrul întrunirii;
 - e) Problemele propuse spre votare și rezultatele votului;
 - f) Deciziile luate în ședință;
 - g) Lista recomandărilor pentru administrarea instituției, termenii de realizare și persoanele responsabile pentru fiecare activitate;
 - h) Sarcinile desemnate de Consiliu membrilor săi.
- 7) Procesele verbale se aduc la cunoștința angajaților instituției la întruniri și sunt plasate pe panoul informativ al Consiliului sau sistemul informațional al instituției;
- 8) În cadrul fiecărei ședințe se verifică mersul executării deciziilor și recomandărilor aprobate anterior;
- 9) Recomandările și deciziile propuse de Consiliu sunt prezentate spre aprobare șefului IMSP;
- 10) Șeful IMSP aprobă deciziile Consiliului, acestea devenind fie obligatorii, fie recomandările pentru personalul instituției, în dependență de natura acestora.

12. Comunicarea Consiliului cu personalul instituției:

- 1) Administrația instituției determină metodele de comunicare directă cu Consiliul. Acestea pot să implice: întruniri și evaluări sistematice, participarea

administrației instituției la ședințele de lucru ale Consiliului, emiterea de documente cu recomandări pentru administrația instituției etc.;

2) Administrația instituției își asumă responsabilitatea să analizeze recomandările și deciziile propuse de Consiliu, pentru emiterea deciziilor la momentul oportun și demararea anumitor activități;

3) Consiliul coordonează cu șeful IMSP metodele, mijloacele și formele de comunicare cu personalul instituției;

4) Consiliul organizează întruniri sistematice cu personalul instituției pentru a prezenta activitățile anterioare, prezente, curente și viitoare și a comunica inițiativele și rezultatele ce implică întreaga instituție;

5) Consiliul ține ședințele speciale de informare, ședințe de generare a ideilor, întâlniri tematice cu un număr selectat de membri ai instituției pentru a aborda problemele, planurile și inițiativele relevante legate de calitatea asistenței medicale;

6) Consiliul emite un chestionar privind colectarea opiniilor, sugestiilor și comentariilor personalului cu privire la domeniul de aplicare al activității Consiliului. Chestionarul este desemnat și comunicat personalului instituției;

7) Consiliul este obligat să răspundă la fiecare întrebare, comentariu și/sau sugestie primită de la personalul instituției cu privire la activitatea Consiliului;

8) Consiliul comunică cu alte Consilii ale instituției, în modul stabilit de administrația instituției, pentru a participa în comun la activități, în vederea soluționării problemelor de interes reciproc;

9) Consiliul participă la pregătirea răspunsului în scris pacienților ale căror sugestii, opinii și/sau reclamații au fost evaluate.

13. Evaluarea activității și performanței Consiliului:

- 1) Președintele Consiliului organizează evaluarea internă a activității Consiliului;
- 2) Administrația instituției stabilește metodele și procesul prin care va evalua activitățile și performanța Consiliului;
- 3) Activitățile și rezultatele performanței Consiliului pot fi evaluate din exterior în modul stabilit.

Capitolul IV

Dispoziții speciale

1. Regulamentul și organigrama Consiliului se aprobă de șeful IMSP.
2. Remunerarea membrilor Consiliului se efectuează trimestrial în conformitate cu prevederile Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul

asigurărilor obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr.1593 din 29.12.2003, în limita alocațiilor financiare destinate salarizării, în dependență de volumul de lucru efectuat.

Componenta nominală a Consiliului Calității

Președintele Consiliului Calității – Mazur Natalia – șef

Secretarul Consiliului Calității – Muradu Emilia– a/medical de familie superior

Membrii Consiliului calității:

- Evstratova Liudmila – medic de familie
- Tomac Aurelia – a/medical de familie
- Chiroasca Adela – a/medical de familie

I. Președintele Consiliului Calității:

- 1) reprezintă Consiliul în relația cu părțile interesate;
- 2) organizează activitatea Consiliului Calității
- 3) conduce activitatea de planificare a lucrului Consiliului și implementarea activității acestuia;
- 4) desemnează atribuțiile membrilor Consiliului Calității;
- 5) inițiază întrunirile Consiliului Calității;
- 6) prezidă întrunirile Consiliului Calității;
- 7) semnează deciziile Consiliului Calității și procesele-verbale ale ședințelor;
- 8) este responsabil pentru rezultatele activității Consiliului Calității;
- 9) în cazul absenței președintelui, responsabilitățile acestuia sînt delegate temporar unuia dintre membrii Consiliului, prin decizia Consiliului, aprobată de către șef.

II. Secretarul Consiliului

- 1) este numit de președintele Consiliului Calității;
- 2) este responsabil de :
 - a) întocmirea proceselor – verbale ale ședințelor și monitorizarea realizării deciziilor luate;
 - b) acumularea documentelor pe suport de hîrtie și electronic de la membrii Consiliului Calității;
 - c) organizarea și păstrarea tuturor documentelor Consiliului Calității pe suport de hîrtie și electronic și plasarea pe panoul informativ al Consiliului Calității și pagina WEB a instituției;
 - d) pregătirea documentelor Consiliului Calității pentru distribuire administrației și personalului instituției;

- e) monitorizarea procesului de colectare a datelor aferente aspectelor tehnice;
- f) alte sarcini atribuite de președintele Consiliului Calității.

III. Membrii Consiliului :

1. Pot avea obligațiuni atât pe termen lung, cât și diverse sarcini pe termen scurt.
2. Raportează direct președintelui Consiliului Calității sau membrului Consiliului Calității responsabil pentru acțiunea respectivă.

