



INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ CENTRUL DE SĂNĂTATE UNGHENI

ORDIN

Nr. 03

„02” 01 2025

„Cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a Subdiviziunii de Management al Calității serviciilor medicale”

În scopul sporirii calității asistenței medicale acordate populației pentru îmbunătățirea proceselor de gestionare a calității serviciilor, pentru a proteja interesele societății referitoare la calitatea și standardele asistenței medicale, a asigura continua îmbunătățire a serviciilor medicale pentru pacienți pentru a crea premisele instituționale de reglementare necesare îndeplinirii acestor responsabilități, în temeiul Regulamentului IMSP CS Ungheeni și Ordinul MS nr.915 din 11.11.2024 „Cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a Subdiviziunii de Management al Calității serviciilor medicale”;

ORDON:

1. Se aprobă Regulamentul Subdiviziunii de Management al Calității IMSP CS Ungheeni (anexa nr. 1)
2. Se aprobă Planul de activitate (anexa nr.2)
3. Se aprobă Organigrama Subdiviziunii de Management al Calității IMSP CS Ungheeni (anexa nr.3)
4. Pentru realizarea funcției și atribuțiilor Subdiviziunii de Management al Calității (SMC) serviciilor medicale și control intern managerial, temporar, responsabil se desemnează șeful adjunct pe probleme medicale al IMSP CS Ungheeni - Natalia Bargan.
5. Se aprobă componența Subdiviziunii de Management al Calității IMSP CS Ungheeni și a comitetelor de lucru în domeniul calității asistenței medicale după cum urmează:

1.1 Biroul permanent a Consiliului Calității IMSP CS Ungheeni:

- 1.1.1. Președintele comisiei, șef adjunct pe probleme medicale, președintele comitetului sindical – Bargan Natalia
- 1.1.2 Membru, șef IMSP CS Ungheeni - Belbas Oleg
- 1.1.3. Membru, farmacist diriginte – Andrieș Ana
- 1.1.4. Membru, medic de familie – Chirinciuc Iulia

- 1.1.5. Membru, șef laborator – Cazacenco Natalia
- 1.1.6. Membru, șef CSPT ”Impuls” – Scurtu Lilia
- 1.1.7. Membru, șef CCSM – Darii Mariana
- 1.1.8. Membru, șef CIT – Lazariuc Doina
- 1.1.9. Membru, asistent medical șef – Croitoru Victoria
- 1.1.10. Membru, șef serviciu economic – Victor Grigori
- 1.1.11. Membru, inspector serviciu personal – Covali Igor
- 1.1.12. Secretar, secretar - Vacaraș Virginia

1.2 Comitetul Formularului farmaco – terapeutic, utilizarea rațională, păstrarea, livrarea medicamentelor:

- 1.2.1. Președinte, farmacist diriginte - Andrieș Ana
- 1.2.2. Membru, farmacist – Bolocan Lilia
- 1.2.3. Membru, farmacist - Nesteriuc Olesea
- 1.2.5. Membru, asistent medical șef – Croitoru Victoria
- 1.2.6. Secretar, secretar – Vacaraș Virginia

1.3 Comitetul elaborării și implementării Protocoalelor Clinice Instituționale și la locul de lucru:

- 1.3.1. Președintele comisiei, șef adjunct pe probleme medicale, președintele comitetului sindical - Bargan Natalia
 - 1.3.2. Membru, șef laborator – Cazacenco Natalia
 - 1.3.3. Membru, medic de familie – Ușurelu Octavian
 - 1.3.4. Membru, medic de familie – Chirinciuc Iulia
 - 1.3.5. Membru, medic pediatru – Marcu Elena
 - 1.3.6. Membru, farmacist diriginte – Andrieș Ana
 - 1.3.7. Membru, asistent medical de familie – Bostan Andriana
 - 1.3.8. Membru, asistent medical șef – Croitoru Victoria
 - 1.3.9. Secretar, secretar - Vacaraș Virginia
- Alți specialiști după necesitate.

1.4 Comitetul de bioetică, satisfacția pacienților și a personalului medical:

- 1.4.1. Președintele comisiei, șef IMSP CS Ungheni - Belbas Oleg
 - 1.4.2. Vicepreședinte, șef adjunct pe probleme medicale, președintele comitetului sindical - Bargan Natalia
 - 1.4.3. Membru, Medic de familie – Ușurelu Octavian
 - 1.4.4. Membru, șef CCSM – Darii Mariana
 - 1.4.5. Membru, jurist – Covali Igor
 - 1.4.6. Membru, asistent medical șef – Croitoru Victoria
 - 1.4.7. Secretar, șef LCD, medic laborant – Cazacenco Natalia
- Alți specialiști după necesitate.

1.5 Grupul de control și supraveghere a infecțiilor nosocomiale:

- 1.5.1. Președintele comisiei, șef adjunct pe probleme medicale, președintele comitetului sindical - Bargan Natalia
 - 1.5.2. Membru, medic audit intern - Mamaliga Constantin
 - 1.5.3. Membru, șef LCD, medic laborant – Cazacenco Natalia
 - 1.5.4. Membru, asistent medical sala de proceduri - Vitoroi Valentina
 - 1.5.5. Membru, asistent medical stationar de zi - Tîrsînă Aliona
 - 1.5.6. Membru, medic de familie - Morari Tatiana
 - 1.5.7. Membru, asistent medical șef – Croitoru Victoria
 - 1.5.8. Secretar, asistent medical triaj - Perdeleanu Alina
- Alți specialiști după necesitate.

1.6 Grupul de audit medical intern:

- 1.6.1. Președintele comisiei, audit medical intern - Mamaliga Constantin
 - 1.6.2. Membru, șef adjunct pe probleme medicale, președintele comitetului sindical - Bargan Natalia
 - 1.6.3. Membru, statistician - Culeac Lidia
 - 1.6.4. Membru, farmacist diriginte – Andrieș Ana
 - 1.6.5. Membru, medic pediatru – Marcu Elena
 - 1.6.6. Membru, asistent medical șef – Croitoru Victoria
 - 1.6.7. Secretar, secretar - Vacaraș Virginia
- Alți specialiști după necesitate.

1.7 Comitetul instruirii și aprecierii nivelului profesional al personalului medical:

- 1.7.1. Președinte, șef IMSP CS Ungheni - Belbas Oleg
 - 1.7.2. Membru, inginer SSM – Godea Serghei
 - 1.7.3. Membru, inspector serviciu personal, jurist - Covali Igor
 - 1.7.4. Membru, șef laborator – Cazacenco Natalia
 - 1.7.5. Membru, șef CSPT ”Impuls” – Scurtu Lilia
 - 1.7.6. Membru, șef CCSM – Darii Mariana
 - 1.7.7. Membru, șef CIT – Lazariuc Doina
 - 1.7.8. Membru, șef adjunct pe probleme medicale, președintele comitetului sindical – Bargan Natalia
 - 1.7.8. Secretar – asistent medical șef – Croitoru Victoria
- Alți specialiști după necesitate.

1.8 Grupul de audit medical financiar:

- 1.8.1. Președintele comisiei, contabil șef - Grecu Violeta
- 1.8.2. Membru, economist șef - Victor Grigori
- 1.8.3. Membru, sora gospodină - Braguță Lidia

1.8.4. Membru, administrator clădire - Godea Serghei

1.8.5. Membru, jurist - Covali Igor

6. Șeful adjunct pe probleme medicale, Dna Natalia Bargan, medicii de familie OMF, vor dezvolta și vor aplica în continuare propriul sistem de asigurare a calității (Consiliul Calității), integrat cu:

- Grupul de Audit medical intern;
- Comitetul de Bioetică, satisfacția pacienților și a personalului medical;
- Comitetul Formularului farmaco – terapeutic, utilizarea rațională, păstrarea, livrarea medicamentelor;
- Comitetul elaborării și implementării Protocoalelor Clinice Instituționale și la locul de lucru;
- Grupul de control și supraveghere a infecțiilor nosocomiale;
- Comitetul instruirii și aprecierii nivelului profesional al personalului medical
- Grupul de Audit medical financiar

6.1 Activitatea de evaluare de către membrii consiliului Calității cu respectarea prevederilor prezentului ordin a calității serviciilor medicale acordate populației de către personalul medical.

6.2 Se stabilește că fiecare instituție medicală din teritoriu acreditată sau autorizată să funcționeze provizoriu este responsabilă pentru asigurarea calității serviciilor medicale.

7 Subdiviziunii de Management al Calității IMSP CS Ungheni își va desfășura activitatea în conformitate cu prevederile Regulamentului.

8 Se abrogă ordinele emise anterior în privința componenței nominale a SMC și a Comitetelor/grupurilor de lucru în domeniul calității asistenței medicale.

9 Președintele SMC IMSP CS Ungheni va aduce la cunoștință ordinul la ședința de lucru săptămânală, iar angajaților nominalizați în Consiliu, Comitete și Grupuri de lucru, sub semnătură.

10 Șeful IMSP CS Ungheni este direct responsabil pentru managementul calității instituției.

11 Controlul executării prezentului ordin se atribuie șefului adjunct pe probleme medicale, Dnei Natalia Bargan.

Șef IMSP CS Ungheni



Oleg BELBAS

COORDONAT:
Consiliul Raional Ungheni



Corina SLUPEȚCAIA

APROBAT:
Șef IMSP CS Ungheni



Oleg BELBAS

Regulamentul Subdiviziunii de Management al Calității (SMC) IMSP Centrul de Sănătate Ungheni

Capitolul I Dispoziții generale

1. Subdiviziunea de Management al Calității al IMSP Centrul de Sănătate Ungheni (în continuare SMC) este un organ colegial intern de consultație, creat în scopul consolidării procesului de îmbunătățire continuă a calității asistenței medicale acordată în cadrul instituției.

2. În activitatea sa SMC se conduce de prezentul Regulament, elaborat în baza Ordinului MS nr. 139 din 03.03.2010, 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. Funcțiile de bază. Atribuțiile și drepturile SMC

1. Subdiviziunea de Management al Calității al IMSP Centrul de Sănătate Ungheni are misiunea de a consolida procesul de îmbunătățire continuă a calității asistenței medicale acordată în cadrul IMSP Centrul de Sănătate Ungheni, prin luarea de decizii colegiale privind sporirea capacității de management al calității asistenței medicale.

2. Funcțiile de bază ale SMC sunt:

a) implementarea sistemului de management al calității în cadrul IMSP CS Ungheni;

b) 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;

c) 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;

d) elaborarea Raportului anual cu privire la asigurarea calității serviciilor medicale conform anexei nr.2 la Regulament;

e) exercitarea altor funcții, stabilite în condițiile legii.

3. SMC exercită următoarele atribuții:

a) crearea unui mediu de susținere pentru implementarea politicii naționale și a inițiativelor de dezvoltare pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale la nivel de raion;

b) motivarea personalului instituției în asigurarea calității asistenței medicale și participarea activă la măsurile de îmbunătățire a acesteia;

c) 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;

d) emiterea de recomandări oportune cuprinzătoare pentru conducerea instituției cu privire la îmbunătățirea calității eficienței asistenței medicale;

e) analiza opiniilor, colectarea sugestiilor comentariilor personalului și beneficiarilor de servicii medicale;

f) monitorizarea implementării contractelor în cadrul asigurării medicale obligatorii benevole, înaintarea recomandărilor privind îmbunătățirea performanței în baza contractelor;

g) cooperarea cu Consiliile Calității ale altor instituții medico-sanitare.

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

a) metodologii de monitorizare evaluare periodică a serviciilor medicale, a altor activități ale subdiviziunilor instituției;

b) metodologii de evaluare a satisfacției pacienților;

c) asigurare a calității personalului medical a altor angajați;

d) evaluare a resurselor de asigurare a calității oferite angajaților utilizarea lor eficientă;

e) organizare a bazei de date care permite autoevaluarea internă;

f) publicare periodică de informații cu privire la calitatea serviciilor medicale oferite,

5. În vederea realizării sarcinilor de bază, în funcție de domeniile prioritare, SMC este responsabil de:

1. În domeniul facilitării îmbunătățirii calității asistenței medicale:

a) planificarea facilitarea implementării activităților ce țin de asigurarea și îmbunătățirea calității asistenței medicale;

b) analiza, recomandarea modificărilor la politicile standardele existente ce țin de siguranța calitatea asistenței medicale în cadrul IMSP Centrul de Sănătate Ungheni;

c) monitorizarea activităților ce țin de calitatea asistenței medicale siguranța pacienților;

d) recomandarea acțiunilor adecvate pentru evitarea rezultatelor negative a erorilor;

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

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

2. În domeniul respectării cerințelor (standardelor) de evaluare acreditate:

a) monitorizarea respectării standardelor de evaluare acreditate privind calitatea siguranța asistenței medicale;

b) prezentarea sistematică a rapoartelor privind rezultatele monitorizării standardelor de evaluare acreditate în adresa administrației instituției cu propunerea măsurilor de îmbunătățire a complianței;

c) planificarea facilitarea implementării măsurilor de respectare a cerințelor de evaluare acreditate;

d) contribuirea la perfectarea actelor pentru evaluare acreditate.

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 și 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 cu informarea părților implicate în elaborarea acestora; - monitorizarea și evaluarea implementării Standardelor medicale;

- colaborarea cu Comitetul Formularului Farmacoterapeutic instituțional;

b) extinderea accesului la sursele de informare și informația despre medicina bazată pe dovezi:

- facilitarea accesului la sursele de informație privind medicina bazată pe dovezi (sesiuni de informare, crearea bibliotecilor Protocoalelor clinice etc.).

6. În domeniul consolidării practicilor interne (instituționale) de evaluare și analiză a 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 nosocomiale, analize ale fișelor medicale etc.) pentru a decide asupra instituirii 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 de monitorizare a indicatorilor calității;

g) diseminarea informației despre performanțe în cadrul instituției în comunitate (plasarea informației respective pe pagina WEB a instituției).

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 introducerea autoevaluării personalului ca parte a sistemului de Audit intern;

c) monitorizarea percepțiilor 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. SMC este investit cu următoarele drepturi:

a) Solicitarea și recepționarea datelor informațiilor din orice subdiviziune a instituției medico-sanitare;

b) solicitarea implicării angajaților instituției în diverse activități din domeniul calității asistenței medicale;

c) înaintarea către șeful instituției a propunerilor planurilor de asigurare și îmbunătățire a calității asistenței medicale;

d) realizarea implementării planului instituției cu privire la îmbunătățirea calității asistenței medicale recepționarea rapoartelor privind implementarea de la șefi de subdiviziuni;

e) propunerea programelor instituționale de achiziție a dispozitivelor medicale și produselor farmaceutice etc., pentru a asigura menținerea sau îmbunătățirea calității asistenței medicale;

f) participarea la identificarea necesităților de instruire a angajaților instituției medico-sanitare la elaborarea planului de instruire profesională continuă a acestora;

g) înaintarea de propuneri privind invitarea specialiștilor din alte instituții pentru schimb de experiență;

h) participarea la elaborarea metodelor luarea deciziilor privind remunerarea angajaților în baza performanței lor în domeniul asigurării calității asistenței medicale;

i) înaintarea de propuneri administrației instituției privind oferirea stimulențelor financiare non-financiare pentru angajații a căror inițiative idei au contribuit la îmbunătățirea calității asistenței medicale;

j) înaintarea de propuneri administrației instituției privind aplicarea sancțiunilor angajaților care nu respectă cerințele de îmbunătățire a calității asistenței medicale și acțiunile planificate;

k) SMC i se pot delega alte drepturi, conform deciziei administrației instituției.

Capitolul III

Structura.

Organizarea activității SMC

1. Structura SMC:

a) Consiliul este constituit din membri permanenți, care dețin funcții-cheie în activitatea instituției, cum sunt:

- furnizarea de servicii (management);
- medicina clinică (practica medicală);
- practica paraclinică (farmacolog sau farmacist, asistent medical, management), asistent medical (practica clinică), epidemiolog, statistician,

economist, jurist, psiholog, specialist în resurse umane, reprezentant al serviciului de gospodărie);

b) membrii Consiliului și comitetelor de lucru sunt numiți în funcție prin ordinul șefului din rândul de subdiviziunii, specialiștilor cu experiență în domeniul de activitate, cu spirit inovator de echipă, reprezentanți ai tuturor profilurilor instituției;

c) SMC integrează activitatea tuturor structurilor interne create anterior în domeniul calității asistenței medicale. SMC poate include comitete/grupuri sau subcomitete /grupuri tematice, care se axează pe anumite domenii funcții (Grupul de elaborare a Protocoalelor clinice instituționale, Protocoalelor clinice a locului de lucru, Grupul de Audit medical, Comitetul de Bioetică, Comitetul Formularului Farmacoterapeutic etc.);

d) Structura internă a SMC este aprobată de șeful instituției;

e) Șeful asigură SMC acces la informație;

f) posturilor membrilor SMC sau a persoanelor implicate în activitatea SMC vor fi revizuite pentru a include obligațiile și responsabilitățile în această calitate;

g) în cazul în care un membru nu participă activ eficient în activitatea SMC, acesta din urmă poate să propună schimbarea membrului respectiv;

h) SMC și comitetele de lucru este constituit din: președinte, secretar, membri;

i) funcția de președinte al SMC se atribuie șefului adjunct pe probleme medicale.

2. Președintele SMC:

a) reprezintă Consiliul în relația cu părțile interesate;

b) organizează activitatea SMC;

c) conduce activitatea de planificare a lucrului SMC și implementarea activității acestuia;

d) desemnează atribuțiile membrilor SMC;

e) inițiază întrunirile SMC;

f) prezidă întrunirile SMC;

g) semnează deciziile SMC, procesele-verbale;

h) este responsabil pentru rezultatele activității SMC;

i) în cazul absenței președintelui responsabilitățile acestuia sunt delegate temporar unuia dintre membrii consiliului, prin decizia SMC, aprobată de către șef.

3. Membrii SMC:

a) membrii permanenți ai SMC:

- pot avea obligațiuni atât pe termen lung, cât și diverse sarcini pe termen scurt;

- raportează direct președintelui SMC sau membrului responsabil pentru acțiunea respectivă;

- pot fi înlocuiți în absența lor de membrii temporari, incluși în Consiliu pentru perioade predefinite;

b) pe lângă membrii permanenți pot fi captați membri temporari pentru o perioadă necesară pentru executarea unor anumite sarcini.

4. Secretarul SMC:

- a) este numit de președintele SMC;
- b) este responsabil de:
 - întocmirea proceselor-verbale ale ședințelor și monitorizarea realizării deciziilor luate;
 - acumularea documentelor pe suport de hârtie electronic de la membrii Consiliului;
 - organizarea și păstrarea tuturor documentelor SMC pe suport de hârtie și electronic, plasarea lor pe panoul informativ al SMC și pe pagina WEB a instituției;
 - pregătirea documentelor SMC pentru distribuie administrației și personalului instituției;
 - monitorizarea procesului de colectare a datelor aferente aspectelor tehnice;
 - alte sarcini atribuite de președintele SMC.

5. Organizarea activității SMC:

a) activitatea SMC se bazează pe instrucțiunile, procedurile și planurile de activitate ale SMC;

b) instrucțiunile, procedurile, planurile rapoartele de activitate sunt elaborate și aprobate de către SMC, coordonate cu șeful în cazul în care nu sunt deja reglementate de administrația instituției;

c) SMC 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 aprobă planuri de activitate pentru subcomitete grupuri tematice pentru anumite perioade de timp;

d) SMC gestionează orice activitate atribuită prin prezentul ordin, însumând toate funcțiile necesare ale unui ciclu de management: identificarea problemei și acordul cu privire la soluționarea acesteia, stabilirea planificarea activității, implementarea activității, monitorizarea evaluarea rezultatelor pentru perfecționarea activității (inițiativei);

e) SMC raportează o dată în trimestru sau mai frecvent, după caz, în fața administrației personalului instituției, privind rezultatele activității sale. Raportarea prevede o reacție de răspuns din partea administrației cu privire la procesul de comunicare dintre administrație personal;

f) Rapoartele interne (instituționale) ale SMC axate pe aspecte ce țin de calitate includ:

- raportul cu privire la indicatorii calității asistenței medicale în format tabel (care va include evaluarea calității clinice, siguranța pacienților serviciile prestate pacienților) - trimestrial sau semestrial;

- percepțiile gradului de satisfacție a pacienților - raport anual detaliat;
- cultura organizațională - raport anual detaliat;
- în cazul sarcinilor de un anumit tip, care solicită un alt program de evaluare a proceselor a rezultatelor poate fi necesară raportarea mai frecventă;

g) documentul de bază elaborat de SMC este Raportul anual cu privire la asigurarea calității, care este o precondiție obligatorie pentru orice demers de obținere a finanțării de bază sau a finanțării complementare;

h) un exemplar al Raportului anual cu privire la asigurarea calității este înaintat fondatorului, cu plasarea acestuia pe pagina WEB a instituției.

6. Organizarea ședințelor SMC:

a) SMC se întrunește în ședințe lunar. În cazul unor sarcini sau probleme urgente poate fi necesară organizarea unor întruniri suplimentare;

b) întrunirile sistematice ale SMC sunt inițiate de președintele SMC conform programului de activitate, iar întrunirile neprogramate pot fi inițiate de președintele SMC, la cererea a cel puțin trei membri ai SMC sau propuse de șeful instituției;

c) șeful instituției și/sau adjuncții lui pot participa la întrunirile SMC;

d) întrunirea SMC se consideră validă în prezența a cel puțin 2/3 din numărul total al membrilor acestuia. Fiecare membru al SMC are dreptul la un vot;

e) deciziile SMC sunt adoptate cu 2/3 din voturile membrilor, care participă la ședință;

f) președintele SMC are drept de vot decisiv în cazul parității voturilor;

g) SMC întocmește procese-verbale ale întrunirilor, structurate după cum urmează:

- data (zi/lună/an) locul întrunirii;
- participanții;
- ordinea de zi;
- scurt rezumat al rapoartelor discursurilor din cadrul întrunirii;
- problemele propuse spre votare rezultatele votului;
- deciziile luate în ședință
- lista recomandărilor pentru administrația instituției, termenii de realizare și persoanele responsabile pentru fiecare activitate;
- sarcinile desemnate de Consiliu membrilor săi;

h) procesele verbale se aduc la cunoștința angajaților instituției la întruniri și sunt plasate pe panoul informativ al SMC sau sistemul informațional al instituției;

i) în cadrul fiecărei întruniri se verifică mersul executării deciziilor recomandărilor aprobate anterior;

j) recomandările și deciziile propuse de SMC sunt prezentate spre aprobare șefului instituției;

k) șeful instituției aprobă deciziile SMC, acestea devenind fie obligatorii, fie recomandabile pentru personalul instituției, în dependență de natura acestora.

7. Comunicarea SMC cu personalul instituției:

a) administrația instituției determină metodele de comunicare directă cu SMC. Acestea pot să implice: întruniri evaluări sistematice, participarea administrației instituției la ședințele de lucru ale SMC, emiterea de documente cu recomandări pentru administrația instituției etc.;

b) administrația instituției își asumă responsabilitatea să analizeze recomandările și deciziile propuse de SMC, pentru emiterea deciziilor la momentul oportun demararea anumitor activități;

c) SMC coordonează cu șeful instituției metodele, mijloacele și formele de comunicare cu personalul instituției;

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

e) SMC ține ședințe speciale de informare, 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;

f) SMC emite un chestionar privind colectarea opiniilor, sugestiilor și comentariilor personalului cu privire la domeniul de aplicare al activității instituției. Chestionarul este diseminat și comunicat personalului instituției;

g) SMC este obligat să răspundă la fiecare întrebare, comentariu sau sugestie primită de la personalul instituției cu privire la activitatea instituției;

h) SMC comunică cu alte comitete de lucru ale instituției, în modul stabilit de administrația instituției, pentru a participa în comun la activități, în vederea soluționării problemelor de interes reciproc;

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

8. Evaluarea activității performanței SMC:

a) președintele SMC organizează evaluarea internă a activității Consiliului;

b) administrația instituției, șeful, stabilește metodele procesul prin care va evalua activitățile de performanță a SMC;

c) activitățile rezultatele performanței SMC pot fi evaluate din exterior în modul stabilit.

Capitolul IV Dispoziții speciale

1. Remunerarea membrilor SMC se efectuează în conformitate cu prevederile Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1593 din 29.12.2003, în limita alocațiilor financiare destinate salarizării.



Anexa nr.2
la ordinul nr 03 din „02” / 01 / 2025

„APROB”
Șef IMSP CS UNGHENI
Oleg BELBAS

PLANUL DE ACTIVITATE AL SUBDIVIZIUNII DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII ÎN CADRUL IMSP CENTRUL DE SĂNĂȚATE UNGHENI PENTRU ANII 2025 - 2029

Nr.	Măsura	Acțiunile necesare	Persoanele responsabile	Data înțrunirilor	Rezultatele obținute
1	Implementarea protocoalelor clinice naționale, instituționale, standardizate	I. Monitorizarea activității grupului de lucru ce elaborează Protocoalele clinice instituționale	N.Bargan	la necesitate	
		II. Monitorizarea administrativă și clinică a implementării protocoalelor instituționale și standardizate aprobate	N.Bargan C.Mamaliga	trimestrial	
		I. Controlul implementării standardelor medicale de către medicii de familie	N.Bargan C.Mamaliga	trimestrial	
2	Implementarea standardelor medicale internaționale pentru laboratorul din instituție	II. Elaborarea procedurilor operaționale standard pentru toate investigațiile efectuate de laborator	N.Cazacenco	la necesitate	
		III. Examinarea rezultatelor activităților de control al calității în laborator	N.Cazacenco	lunar	

3	Analiza letalității în instituție (HG nr. 1182/2010)	I. Examinarea cazurilor de deces în vârstă aptă de muncă, la domiciliu sisteme	N.Bargan C.Mamaliga	trimestrial	
		II. Elaborarea aprobarea planului de acțiuni pentru micșorarea mortalității în vârstă aptă de muncă	N.Bargan C.Mamaliga I.Chirinciuc	anual	
4	Analiza utilizării preparatelor farmaceutice	I. Examinarea rapoartelor primite de la comitetul farmacoterapeutic al instituției	I.Andrieș	trimestrial	
		II. Elaborarea planului de acțiuni și monitorizarea executării lui	N.Bargan I.Andrieș	trimestrial	
5	Examinarea (prin sondaje) a gradului de satisfacție al pacienților	I. Organizarea efectuării sondajului gradului de satisfacție al pacienților	N.Bargan C.Mamaliga	semestrial	
		II. Analiza datelor raportului privind rezultatele, discuția aprecierea gradului de satisfacție a pacienților	N.Bargan C.Mamaliga I.Chirinciuc I.Culeac	semestrial	
6	Evaluarea rezultatelor auditului medical intern măsurile întreprinse ca urmare a acestor constatări	I. Examinarea rezultatelor Auditului medical intern al instituției	N.Bargan C.Mamaliga I.Chirinciuc I.Culeac	timp de 6 zile	
		II. Elaborarea planului de acțiuni în baza rezultatelor Auditului medical intern	N.Bargan C.Mamaliga	trimestrial semestrial anual	
		III. Monitorizarea executării planului de acțiuni	N.Bargan C.Mamaliga I.Chirinciuc I.Culeac	trimestrial semestrial anual	

7 Monitorizarea indicatorilor calității asistenței medicale	I. Controlul calității dărilor de seamă prezentate	N.Bargan C.Mamaliga I.Culeac	semestrial anual	
	II. Controlul calității respectării de către medici a următoarelor acte normative: - standardele de supraveghere a gravidelor (Ordinul MS nr.311/2023) și copiilor în I an de viață în condiții de ambulator (Ordinul MS nr.491/2005)	N.Bargan C.Mamaliga	Lunar	
	- privind normele metodologice de aplicare a Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (Ordinul MS/CNAM nr.1089/288-A din 2024)	Medicii de familie	Zilnic	
	- controlul calității îngrijirilor medicale la domiciliu	Medicii de familie	semestrial	
	- cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (Ordinul MS/CNAM nr.1093/286-A din 2024) cu modificările ulterioare)	N.Bargan C.Mamaliga I.Andrieș	lunar	
	- cu privire la monitorizarea și evaluarea prevederilor Programului Conduită Integrată a Maladiilor la Copii în republică (Ordinul MS nr.446/2007)	N.Bargan	trimestrial	
	- cu privire la implementarea Instrucțiunii privind modul de eliberare a certificatului de concediu medical (Ordinul MS nr.175/2005) cu modificările ulterioare - cu privire la examinarea medicală profilactică a populației (Ordinul MS nr.629/2013)	Membrii comisiei Membrii comisiei	semestrial semestrial	

COORDONAT:
CONSILIER REGIONAL UNGHENI
CORINA SLUPEȚCAIA



ORGANIGRAMA

Subdiviziunea de Management al Calității Serviciilor Medicale IMSP Centrul de Sănătate Ungheni

APROBAT:
ȘEF IMSP CS UNGHENI
OLG BELBAS

