



**ORDIN**  
mun. Chișinău

„03” martie 2010

Nr. 139

**Privind asigurarea calității serviciilor  
medicale în instituțiile medico-sanitare**

Îmbunătățirea continuă a calității și sporirea accesibilității serviciilor medicale sunt obiectivele fundamentale ale Ministerului Sănătății stabilite în Politica Națională de Sănătate și în Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017.

Cea mai bună soluție pentru satisfacerea pacienților constă în implementarea unui sistem de management al calității, care de rînd cu managementul resurselor umane, financiare și strategic, reprezintă o parte integrantă a managementului general al unei instituții medico-sanitare și este o componentă definitorie a Ministerului Sănătății, a politicii instituționale și a strategiei de dezvoltare pentru furnizorii de servicii medicale.

În scopul sporirii calității asistenței medicale acordate populației și întru îmbunătățirea proceselor de gestionare a calității serviciilor medicale;

pentru a asista instituțiile medico-sanitare în managementul calității ca expresie a autonomiei lor instituționale și a preocupării pentru îmbunătățirea calității activităților și rezultatelor lor;

pentru a proteja interesele societății referitoare la calitatea și standardele asistenței medicale și a asigura continua îmbunătățire a serviciilor medicale pentru pacienți;

pentru a crea premisele instituționale și de reglementare necesare îndeplinirii acestor responsabilități, în temeiul prevederilor pct.8 al Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.777 din 27 noiembrie 2009,

**ORDON:**

1. Se aprobă Regulamentul-cadru al Consiliului Calității instituției medico-sanitare, conform anexei.

2. Instituțiile medico-sanitare vor dezvolta pînă la finele primului semestru al anului 2010 și vor aplica începînd cu semestrul II al anului 2010 propriul sistem de asigurare a calității (Consiliul Calității, integrat cu: sistemul de Audit medical; activitatea de implementare a Protocoalelor clinice naționale, Standardelor medicale și cea de elaborare și implementare a Protocoalelor clinice instituționale, Protocoalelor clinice a locului de lucru; activitatea de evaluare de către colegi; Comitetul de Bioetică; Comitetul Formularului Farmacoterapeutic instituțional etc.), avînd componente diferențiate, reieșind din potențialul logistic propriu, cu respectarea prevederilor prezentului ordin.

3. Se stabilește, că fiecare instituție medico-sanitară din Republica Moldova acreditată sau autorizată să funcționeze provizoriu este principalul responsabil pentru asigurarea calității serviciilor medicale.

4. Directorul/medicul șef al instituției medico-sanitare este direct responsabil pentru managementul calității instituției.

5. Consiliul Calității își desfășoară activitatea sa în conformitate cu prevederile Regulamentului-cadru, aprobat prin prezentul ordin.

6. Activitatea Consiliului Calității este condusă de un președinte, desemnat în modul stabilit în Regulamentului-cadru al Consiliului Calității și este asistat de personal, numărul și competențele căruia se stabilesc prin decizia conducătorului instituției medico-sanitare, în funcție de capacitatea instituției.

7. Directorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate (dna Maria Bolocan) va organiza controlul implementării principiilor de asigurare a calității serviciilor medicale prestate, utilizând, în cadrul evaluării și acreditării instituțiilor medico-sanitare, prevederile Regulamentului-cadru al Consiliului Calității instituției medico-sanitare, Regulamentului de Audit medical intern și altor acte normative cu referire la calitatea actului medical.

8. A recomanda Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (dl Mircea Buga, director general) de a organiza evaluarea implementării principiilor de asigurare a calității serviciilor medicale prestate, utilizând prevederile Regulamentului-cadru al Consiliului Calității instituției medico-sanitare, Regulamentului de Audit medical intern și altor acte normative cu referire la calitatea actului medical, în contextul controalelor efectuate în instituțiile medico-sanitare încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

9. Instituțiile medico-sanitare acreditate sau autorizate provizoriu, directorul Direcției sănătății a Consiliului municipal Chișinău (dna Luminița Suveică), șeful Secției sănătate a Primăriei mun. Bălți (dl Veaceslav Batîr), directorul Direcției principale a sănătății și protecției sociale UTA Găgăuzia (dl Ion Vieru), direcțiile Ministerului Sănătății: politici în managementul calității serviciilor medicale (dna Maria Cumpănă), politici în asistența medicală (dna Tatiana Zatic), politici asistența medicală femeii, copilului și grupurilor vulnerabile (dna Rodica Scutelnic), politici în sănătate publică (dna Aliona Serbulenco), prim-vice-directorul Centrului Național de Management în Sănătate (dl Oleg Barbă) vor pune în aplicare prevederile prezentului ordin în activitatea instituțiilor medico-sanitare.

10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie viceministrilor, dlor Gheorghe Țurcanu, Octavian Grama, Mihai Magdei.

**Ministru**

**Vladimir HOTINEANU**  
*semnat*

## **Regulamentul - cadru al Consiliului Calității instituției medico-sanitare**

### **Capitolul I Dispoziții generale**

1. Consiliul Calității al instituției medico-sanitare (în continuare - Consiliul) 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-cadru 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. Funcțiile 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 sunt:
  - 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 anexei nr.2 la Regulamentul-cadru;
  - 5) exercitarea altor funcții, stabilite în condițiile legii.
5. Consiliul exercită următoarele atribuții:
  - 1) crearea unui mediu de susținere pentru implementarea politicii naționale și a 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 axează 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.
7. În vederea realizării sarcinilor de bază, în funcție de domeniile prioritare, Consiliul este responsabil de:
- 1) *În domeniul facilitării 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 administrația instituției în privința altor aspecte ce țin de calitatea asistenței medicale, siguranța pacienților, serviciile oferite beneficiarilor și cultura organizațională.

- 2) *În domeniul respectării cerințelor (standardelor) 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 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 și de monitorizare a indicatorilor calității;
- g) diseminarea informației despre performanțe în cadrul instituției și 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 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. Consiliul este investit cu următoarele drepturi:

- 1) solicitarea și recepționarea datelor și informațiilor din orice subdiviziune a instituției medico-sanitare;
- 2) solicitarea implicării angajaților instituției în diverse activități din domeniul calității asistenței medicale;
- 3) înaintarea către directorul instituției/medicul șef 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 stimulentele 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, cum sunt: a) furnizarea de servicii (management); b) medicina clinică (practica medicală), inclusiv cadre didactice din instituții - baze clinice ale USMF „Nicolae Testemițanu” sau ale Colegiilor de Medicină; c) 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);
- 2) numărul membrilor permanenți ai Consiliului diferă în funcție de capacitatea instituției și de structura sa internă;
- 3) membrii Consiliului reprezintă un grup de angajați, care sunt înaintați și selectați de către adunarea generală a angajaților sau reprezentanților subdiviziunilor și sunt aprobați prin ordinul directorului instituției/medicului șef pe o perioadă de nu mai puțin de trei ani. Membrii Consiliului care dețin o funcție unică (de ex.: farmacologul, epidemiolog etc.) sunt numiți de către administrația instituției;
- 4) Consiliul integrează activitatea tuturor structurilor interne create anterior în domeniul calității asistenței medicale. Consiliul poate include comitete/grupuri sau subcomitete/grupuri tematice, care se axează pe anumite domenii și 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.);

- 5) structura internă a Consiliului este aprobată de directorul instituției/medicul șef;
- 6) directorul instituției/medicul șef 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;
- 7) fișele posturilor membrilor Consiliului sau a persoanelor implicate în activitatea Consiliului vor fi revizuite pentru a include obligațiile și responsabilitățile în această calitate;
- 8) în cazul în care un membru nu participă activ și eficient în activitatea Consiliului, acesta din urmă poate să propună schimbarea membrului respectiv;
- 9) Consiliul este constituit din: președinte, secretar și membri;
- 10) președintele Consiliului este ales de către membrii Consiliului sau poate fi numit de către administrația instituției, atribuindu-i funcția de vicedirector responsabil de managementul calității, în dependență de capacitatea instituției;
- 11) în funcția de Președinte al Consiliului poate fi numită o persoană cu experiență în domeniul managerial de nu mai puțin de 5 ani, cu instruire în domeniul managementului calității serviciilor medicale. Președintele desemnează un secretar dintre membrii Consiliului;
- 12) Consiliul poate să includă membri temporari (propuși de Consiliu), care vor colabora în anumite activități pentru o perioadă limitată de timp;
- 13) Consiliul poate să implice personal suplimentar prin constituirea echipelor tematice pentru a activa la anumite aspecte de îmbunătățire a calității asistenței medicale și domenii problematice;
- 14) participarea publicului este necesară la evaluarea reclamațiilor pacienților legate de calitatea asistenței medicale;
- 15) se recomandă ca Consiliul să invite reprezentanți ai societății civile pentru participare la identificarea problemelor, stabilirea domeniilor cu deficiențe, a opțiunilor de îmbunătățire și evaluare a schimbărilor. Implicarea publicului poate evolua într-o participare permanentă a pacienților în Consiliu.

#### 10. Președintele Consiliului:

- 1) reprezintă Consiliul în relația cu părțile interesate;
- 2) organizează activitatea Consiliului;
- 3) conduce activitatea de planificare a lucrului Consiliului și implementarea activității acestuia;
- 4) desemnează atribuțiile membrilor Consiliului;
- 5) inițiază întrunirile Consiliului;
- 6) prezidă întrunirile Consiliului;
- 7) semnează deciziile Consiliului și procesele-verbale ale ședințelor Consiliului;
- 8) este responsabil pentru rezultatele activității Consiliului;



- 9) în cazul absenței președintelui, responsabilitățile acestuia sunt delegate temporar unuia dintre membrii consiliului, prin decizia Consiliului, aprobată de către director/medicul șef.

#### 11. Membrii Consiliului:

- 1) membrii permanenți ai Consiliului:
  - a) pot avea obligațiuni atât pe termen lung, cât și diverse sarcini pe termen scurt;
  - b) raportează direct președintelui Consiliului sau membrului Consiliului responsabil pentru acțiunea respectivă;
  - c) pot fi înlocuiți în absența lor de membrii temporari, incluși în Consiliu pentru perioade predefinite;
- 2) pe lângă membrii permanenți pot fi cooptați membri temporari pentru o perioadă necesară pentru executarea unor anumite sarcini;
- 3) atribuțiile stabilite de Consiliu membrilor permanenți și temporari vor fi specificate în anexele la Fișele posturilor acestora.

#### 12. Secretarul Consiliului:

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

#### 13. Organizarea activității Consiliului:

- 1) activitatea Consiliului se bazează pe instrucțiunile, procedurile și planurile de activitate ale Consiliului (model de plan – vezi anexa nr.1);
- 2) instrucțiunile, procedurile, planurile și rapoartele de activitate sunt elaborate și aprobate de către Consiliu și coordonate cu directorul/medicul șef al instituției (în cazul în care nu sunt deja reglementate de administrația 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 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 și planificarea activității,

implementarea activității, monitorizarea și evaluarea rezultatelor întru perfecționarea activității (inițiativei);

- 5) 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;
- 6) 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 semestrial;
  - 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;
- 7) documentul de bază elaborat de 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, iar pentru instituțiile științifico-practice, inclusiv și pentru participarea la competiția de granturi pentru cercetarea științifică;
- 8) 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.

#### 14. 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 directorul instituției/medicul șef;
- 3) directorul instituției/medicul șef și/sau adjuncții lui pot participa la întrunirile Consiliului;
- 4) 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;
- 5) deciziile Consiliului sunt adoptate cu 2/3 din voturile membrilor, care participă la ședință;
- 6) președintele Consiliului are drept de vot decisiv în cazul parității voturilor;
- 7) Consiliul întocmește procese-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 și discursurilor din cadrul întrunirii;

- e) problemele propuse spre votare și rezultatele votului;
  - f) deciziile luate în ședință;
  - g) lista recomandărilor pentru administrația instituției, termenii de realizare și persoanele responsabile pentru fiecare activitate;
  - h) sarcinile desemnate de Consiliu membrilor săi;
- 8) procesele verbale se aduc la cunoștința angajaților instituției la întruniri și sunt plasate pe panoul informativ al Consiliului sau sistemul informațional al instituției;
  - 9) în cadrul fiecărei ședințe se verifică mersul executării deciziilor și recomandărilor aprobate anterior;
  - 10) recomandările și deciziile propuse de Consiliu sunt prezentate spre aprobare directorului instituției/medicului șef;
  - 11) directorul instituției/medicul șef aprobă deciziile Consiliului, acestea devenind fie obligatorii, fie recomandabile pentru personalul instituției, în dependență de natura acestora.

#### 15. 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 directorul instituției/medicul șef 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 ședințe 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 diseminat 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.

16. Evaluarea activității și performanței Consiliului:

- 1) președintele Consiliului organizează evaluarea internă a activității Consiliului;
- 2) administrația instituției directorul/medicul șef 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**

17. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare elaborează Regulamentul Consiliului Calității instituției respective, în baza Regulamentului-cadru aprobat prin prezentul ordin, ținând cont de specificul instituției.
18. Regulamentele și instrucțiunile interne ale instituției cu privire la Consiliu se aprobă de directorul instituției/medicul șef.
19. Activitatea desfășurată în cadrul Consiliului presupune un volum suplimentar de lucru, care este reflectat în anexele la Fișele posturilor membrilor acestuia.
20. Remunerarea membrilor Consiliului 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.
21. Administrația instituției creează Consiliului condiții adecvate de activitate pentru desfășurarea eficientă a activităților planificate (un oficiu pentru întrunirea membrilor lui și minim: un computer cu o imprimantă; o linie de telefon; conectare la Internet; mobilă și echipament de birou; acces rapid la aparatele de copiere și video ale instituției).
22. Administrația instituției este responsabilă pentru instalarea unui panou informativ al Consiliului în vederea postării informațiilor despre componența Consiliului, planurile, activitățile, evenimentele, rezultatele sale, în calitate de metodă de comunicare. Acest panou trebuie plasat la un loc vizibil și se va utiliza conform statutului de către personal și pacienții instituției.

**Plan de activitate a Consiliului Calității (model)**

<b>MĂSURĂ</b>	<b>ACȚIUNILE NECESARE</b>	<b>TERMENII și FRECVENȚA</b>	<b>PERSOANA RESPONSABILĂ</b>	<b>DATA ÎNTRUNIRILOR (DACĂ SUNT FIXATE)</b>	<b>COMENTARIILE PRIVIND REZULTATELE OBTINUTE</b>
<b>1. Implementarea Protocoalelor clinice naționale prin elaborarea și implementarea Protocoalelor clinice instituționale și Protocoalelor clinice a locurilor de lucru</b>	1. Studierea proiectelor Protocoalelor clinice naționale (plasate pe pagina web a MS). Elaborarea și prezentarea comentariilor	Pe măsura aprobării noilor protocoale			
	2. Ținerea evidenței privind Protocoalelor clinice naționale aprobate	Continuă			
	3. Constituirea grupurilor de lucru pentru elaborarea și aprobarea Protocoalelor clinice instituționale	După necesitate			
	4. Consultarea grupurilor de elaborare a protocoalelor cu privire la procedurile lor interne de lucru	Pe măsura constituirii grupurilor de lucru			
	5. Monitorizarea (controlul) activității grupurilor de lucru ce elaborează Protocoale clinice instituționale	În măsura necesității			
	6. Organizarea examinării proiectelor protocoalelor de către personalul instituției	În decurs de 1-3 zile de la elaborarea proiectului de protocol			
	7. Tipărirea și distribuirea protocoalelor adoptate la	În decurs de o săptămână de la			

	locurile de lucru relevante (la tot personalul implicat)	adoptarea protocolului			
	8. Organizarea cursurilor de instruire pentru personalul instituției privind conținutul și utilizarea Protocolului clinic instituțional	În decurs de o săptămână de la aprobarea protocolului de către instituție			
	9. Elaborarea instrumentelor (formelor) administrative de monitorizare a utilizării protocoalelor Instruirea personalului responsabil	În decurs de două săptămâni de la aprobarea protocolului			
	10. Elaborarea și aprobarea instrumentelor (formelor) clinice de monitorizare a utilizării protocolului Instruirea personalului responsabil	În decurs de o lună de la aprobarea protocolului de către instituție			
	11. Monitorizarea administrativă a implementării protocoalelor aprobate	Trimestrial			
	12. Monitorizarea clinică a implementării protocoalelor aprobate	Trimestrial			
<b>2. Extinderea domeniului de aplicare al Auditului medical intern</b>	1. Aducerea la cunoștința personalului medical a ordinului MS nr. 519 din 29.12. 2008 „Cu privire la sistemul de audit medical intern”				
	2. Constituirea grupului de Audit medical intern				

	3. Instruirea grupului de Audit medical intern				
	4. Stabilirea priorităților și a metodelor de Audit medical intern pentru anul _____				
	5. Efectuarea controalelor și cercetărilor de Audit medical intern planificat				
	6. Efectuarea controalelor și cercetărilor de Audit medical intern neplanificat				
	7. Revizuirea rezultatelor controalelor și cercetărilor de Audit medical intern	În decurs de 5 zile după elaborarea raportului			
<b>3. Implementarea sistemului de control al infecțiilor nosocomiale</b>	1. Organizarea echipei pentru controlul infecțiilor nosocomiale				
	2. Stabilirea unei liste a infecțiilor nosocomiale, specifice pentru instituție				
	3. Organizarea screening-ului și înregistrării infecțiilor nosocomiale				
	4. Implementarea procedurilor de laborator pentru confirmarea cazurilor înregistrate de infecții nosocomiale				
	5. Instituirea unui sistem de supraveghere și monitorizare epidemiologică				
	6. Implementarea măsurilor profilactice și antiepidemice				

	7. Examinarea și monitorizarea stării de sănătate a personalului				
	8. Organizarea instruirii personalului				
	9. Examinarea raportului cu privire la infecțiile nosocomiale primit de la echipa de control al infecțiilor nosocomiale	Trimestrial			
	10. Elaborarea planului de acțiuni pe baza raportului				
	11. Monitorizarea implementării planului de acțiuni				
<b>4. Implementarea standardelor internaționale (ISO) pentru laboratoare și alte subdiviziuni</b>	1. Crearea unei echipe pentru instituirea sistemului calității în laboratoare și alte subdiviziuni				
	2. Instruirea personalului din laboratoare și alte subdiviziuni cu privire la implementarea standardelor internaționale (ISO)				
	3. Elaborarea de către echipa desemnată a: Manualului de calitate pentru laboratoare și alte subdiviziuni; Procedurilor operaționale standard pentru toate investigațiile efectuate de laboratoarele și alte subdiviziuni ale instituției				



	4. Examinarea rezultatelor activităților de control al calității în laboratoare și alte subdiviziuni, primite de la echipa responsabilă de calitate în laboratoare și alte subdiviziuni	Trimestrial			
	5. Elaborarea planului de acțiuni pe baza raportului	În decurs de o săptămână după ascultarea raportului			
	6. Monitorizarea implementării planului de acțiuni				
<b>5. Analiza letalității</b>	1. Examinarea (audierea) rapoartelor de la grupul de analiză a letalității în instituție	Trimestrial			
	2. Elaborarea și aprobarea planurilor de acțiuni în baza datelor din raport	În decurs de o săptămână de la evaluare			
	3. 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			
	4. Monitorizarea (controlul) executării planului de acțiuni	Trimestrial după aprobare			
<b>6. Analiza utilizării preparatelor farmaceutice</b>	1. Examinarea rapoartelor primite de la Comitetul farmacoterapeutic al instituției	Trimestrial			
	2. Elaborarea planului de acțiuni în baza datelor din raport	În decurs de o săptămână de la examinarea			

		raportului			
	3. 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			
	4. Monitorizarea (controlul) executării planului de acțiuni	Trimestrial după aprobare			
<b>7. Evaluarea rezultatelor sondajului național cu privire la gradul de satisfacție al pacienților și măsurile luate ca urmare a evaluării</b>	1. Examinarea rezultatelor sondajului național cu privire la gradul de satisfacție al pacienților	În decurs de 2 săptămâni de la primirea rezultatelor			
	2. Elaborarea planului de acțiuni în baza constatărilor din raport	În decurs de o săptămână de la examinarea raportului			
	3. 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			
	4. Monitorizarea (controlul) executării planurilor de acțiuni	Trimestrial după aprobare			
<b>8. Efectuarea sondajelor gradului de satisfacție al pacienților</b>	1. Organizarea și efectuarea sondajului				
	2. Analiza datelor și raportului privind rezultatele				
	3. Examinarea și discutarea rezultatelor studiilor interne ale opiniei și gradului de satisfacție al pacienților	În decurs de două săptămâni după aprobarea raportului			
	4. Elaborarea planului de acțiuni în baza informației din raport	În decurs de o săptămână de la examinarea			

		rezultatelor (raportului)			
	5. Instruirea personalului responsabil în conformitate cu planul de acțiuni și a cerințelor de executare a acestuia	În decurs de 2 săptămâni după elaborarea planului			
<b>9. Evaluarea rezultatelor Auditului medical extern și măsurile întreprinse ca urmare a acestor constatări</b>	1. Examinarea rezultatelor Auditului medical extern al instituției	Nu mai târziu de 5 zile de la examinarea raportului			
	2. Elaborarea planului de acțiuni în baza rezultatelor Auditului medical extern	În decurs de o săptămână de la examinarea raportului			
	3. 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			
	4. Monitorizarea (controlul) executării planului de acțiuni	Trimestrial după aprobare			
<b>10. Sondajul personalului instituției</b>	1. Definierea obiectivelor evaluării (sondajului)	Anual			
	2. Efectuarea sondajului	Nu mai rar de 1 pe an			
	3. Elaborarea și prezentarea rezultatelor evaluării sau sondajului (raportului)	În conformitate cu planul			
	4. Examinarea (audierea și discutarea) rezultatelor evaluării sau sondajului personalului	În conformitate cu planul			
	5. Elaborarea planului de				

	acțiuni în baza rezultatelor evaluării sau sondajului				
	6. Aprobarea planului de către administrație				
	7. Monitorizarea (controlul) executării planului de acțiuni	Trimestrial după aprobare			
<b>11. Elaborarea și implementarea planului de îmbunătățire a calității</b>	1. Elaborarea planului de îmbunătățire a calității pentru anii _____	Până la _____			
	2. Aprobarea planului de acțiuni de către conducerea instituției	Până la _____			
	3. Instruirea personalului responsabil cu privire la planul de îmbunătățire a calității	În decurs de două săptămâni de la aprobarea planului			
	4. Monitorizarea (controlul) implementării planului de îmbunătățire a calității	Trimestrial după aprobare			
	5. Elaborarea sau revizuirea (dacă a fost elaborat pentru 2 ani) planului pentru anul următor	Până la _____			
<b>12. Monitorizarea indicatorilor calității asistenței medicale</b>	1. Aprobarea setului de indicatori ai calității asistenței medicale pentru instituție în baza actelor normative ale MS				
	2. Asigurarea procedurilor de colectare și procesare a datelor	În decurs de două săptămâni de la determinarea indicatorilor calității asistenței			

		medicale			
	3. Elaborarea raportului cu privire la indicatorii calității asistenței medicale	Trimestrial			
	4. Examinarea (audierea și discutarea) rapoartelor cu privire la indicatorii calității asistenței medicale	O dată în trimestru			
	5. Elaborarea planului de acțiuni în baza informației din raportul privind indicatorii calității asistenței medicale	În decurs de o săptămână de la examinarea raportului			
	6. Aprobarea planului de către conducerea instituției				
	7. Monitorizarea (controlul) executării planului de acțiuni privind îmbunătățirea indicatorilor calității asistenței medicale	Trimestrial după aprobare			
	8. Întreprinderea măsurilor	După necesitate			
<b>13. Lucrul cu secțiile/cadrele medicale cu o performanță mai slabă</b>	1. Primirea și examinarea sistematică a rapoartelor cu privire la secțiile/cadrele medicale cu o performanță mai slabă (din toate sursele de date: Audit medical, indicatorii calității asistenței medicale, sondaje etc.)	În fiecare trimestru dacă nu este stabilit mai frecvent			
	2. Elaborarea planului de acțiuni în baza rapoartelor și a instruirii personalului responsabil	În decurs de 3-5 zile după examinarea rapoartelor			
	3. Monitorizarea (controlului)	Curent			

	executării planului de acțiuni				
	4. Examinarea rezultatelor executării planului de acțiuni și corectarea măsurilor după necesitate	Lunar			
	5. Întreprinderea măsurilor în privința personalului privind executarea planului de acțiuni	După necesitate			
<b>14. Lucrul cu reclamațiile pacienților (primate în alt mod decât prin sondajul pacienților)</b>	1. Examinarea reclamațiilor pacienților și investigarea reclamațiilor întemeiate	Pe măsura apariției			
	2. Elaborarea propunerilor pentru a soluționa problemele depistate în urma investigării reclamațiilor pacienților	În decurs de 1-3 zile după finisarea investigării			
	3. Aprobarea hotărârilor de către administrație				
	4. Instruirea personalului responsabil în corespundere cu recomandările aprobate	În decurs de 2 săptămâni după aprobarea planului			
	5. Monitorizarea acțiunilor întreprinse, ca răspuns la propunerile primite	Trimestrial după aprobare			
<b>ALTELE</b>					

**Notă:** Toate grupele tematice (comitete, subcomitete, comisii etc.) sunt integrate și activează în cadrul Consiliului Calității, din aceste considerente Planul conține o listă mai extinsă de măsuri în astfel de grupe și, astfel, include toate direcțiile de activități ale Consiliului. Fiecare grupă tematică (comitete, subcomitete, comisii etc.) poate să dispună de un plan propriu mai detaliat.

Conținutul Planului de activități al Consiliului Calității este determinat atât de actele normative ale MS, care prevăd efectuarea unor măsuri și activități concrete, în vederea îmbunătățirii calității în instituții, cât și de necesitățile și abordările fiecărei instituții aparte. Reieșind din condițiile expuse, componentele Planului propus se aprobă de instituția concretă.

I  
**Raport de activitate al Consiliului Calității**  
(completați în format electronic, dacă este posibil)

denumirea instituției medico-sanitare

pentru perioada: \_\_\_\_\_, anul \_\_\_\_\_

**A. PROBLEMELE PRIORITARE SOLUȚIONATE ÎN TRIMESTRUL DE RAPORTARE  
(ENUMERAȚI)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SECȚIUNEA 1: ELABORAREA ȘI UTILIZAREA PROTOCOALELOR CLINICE INSTITUȚIONALE/ALE LOCULUI DE LUCRU**

1.1. Numărul și denumirea Protocoalelor clinice elaborate (conform numărului de ordine al Protocolului clinic național respectiv):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.2. Numărul de personal (pe categorii) instruit cu privire la utilizarea Protocoalelor clinice naționale/instituționale/ale locului de lucru

Medici: \_\_\_\_\_

Asistente medicale: \_\_\_\_\_

Alt personal: \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

1.3. Au fost Protocoalele clinice instituționale distribuite la întreg personalul relevant  Da  Nu

1.4. Au fost colectate comentariile personalului cu privire la Protocoalele clinice  Da  Nu

Dacă da, descrieți pe scurt, care sunt acestea:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SECȚIUNEA 2: STABILIREA CERINȚELOR FAȚĂ DE CALITATEA SERVICIILOR. EVALUAREA ȘI ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII**

2.1. S-a efectuat Auditul fișelor medicale?  Da  Nu

Dacă da, câte au fost auditate pe parcursul trimestrului? \_\_\_\_\_

2.2. Au fost depistate probleme? Specificați:

2.2.1. La diagnostic  Da  Nu

2.2.2. La prescrierea medicamentelor  Da  Nu

2.2.3. La promptitudinea și succesiunea etapelor de tratament  Da  Nu

2.2.4. În perioada post-operatorială  Da  Nu

2.2.5. La îndreptarea pacienților la alți specialiști  Da  Nu

2.2.6. La rezultatele tratamentului pentru sănătatea pacientului  Da  Nu

2.2.7. La calitatea înregistrării și păstrării fișelor medicale  Da  Nu

Alte probleme (vă rugăm specificați)

2.3. Au fost modificate procedurile de Audit medical (a crescut numărul auditurilor? Auditurile s-au axat pe o anumită categorie de medici? S-a efectuat evaluarea de către colegi? etc.)?  Da  Nu

Dacă răspunsul este „da”, vă rugăm să specificați detaliile modificărilor:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.4. Ce acțiuni au fost întreprinse în rezultatul Auditurilor medicale interne (instruirea suplimentară a personalului etc.)?

2.5. Consiliul Calității a studiat rezultatele Sondajului național privind gradul de satisfacție al pacienților efectuat de MS?  Da  Nu

2.6. A efectuat instituția Dvs sondaje proprii privind gradul de satisfacție al pacienților?  Da  Nu  
Dacă da, ce acțiuni a recomandat Consiliul Calității pentru a remedia problemele identificate?

2.7. În instituția Dvs se efectuează monitorizarea implementării Protocolelor clinice naționale/ale locului de lucru?  Da  Nu

Dacă da, ce acțiuni a recomandat Consiliul Calității pentru a remedia problemele identificate?

2.8. A fost instituția Dvs supusă Auditului medical extern de către Centrul Național de Management în Sănătate?  Da  Nu

Dacă da, ce acțiuni a recomandat Consiliul Calității pentru a remedia problemele identificate?

2.9. A examinat Consiliul Calității în mod direct reclamațiile pacienților?  Da  Nu

Dacă da, ce acțiuni au fost întreprinse pentru a soluționa reclamațiile pacienților?

2.10. Enumerați indicatorii de monitorizare a calității utilizați în prezent de Consiliul Calității (utilizați o foaie suplimentară dacă este necesar):

2.11. Alte acțiuni ale Consiliului Calității sau desfășurate la inițiativa lui, legate de îmbunătățirea calității:

**B: NOI SARCINI DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A CALITĂȚII (PENTRU URMĂTOARELE 6 LUNI )**

3.1. Care noi obiective, ce țin de îmbunătățirea calității, le planificați pentru următoarele 6 luni (în comparație cu această jumătate de an)

Președintele Consiliului Calității:

semnătura

Data