

**INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE EDINEȚ**

O R D I N

Nr. 9

“ 03 ” 01 2026 ”

„Privind asigurarea calității serviciilor medicale”

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.

Cea mai bună soluție pentru satisfacția 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 contextul celor relatate, în baza Ordinului MS nr. 139 din 03.03 2010.

APROB în variantă nouă :

1. Regulamentul de activitate al Consiliului calității IMSP CS Edineț (anexa nr.1)
2. Componenta Consiliului calității IMSP CS Edineț (anexa nr.2)
3. Organigrama Consiliului calității. (anexa nr. 3)
4. Planul anual de activitate al Consiliului calității IMSP CS Edineț (anexa nr.4)

ORDON:

- 1 .A asigura eficiența maximă activității Consiliul calității al IMSP CS Edineț în componența următoarelor structuri:

Comisia de elaborare a Protocoalelor Instituționale;
Comisia de Audit medical intern;
Comisia de Bioetică;
Comisia de control și supraveghere a infecțiilor asociate activității medicale;
Comisia Formularului Farmacoterapeutic.

- 2 .Consiliul calității își va desfășura activitatea în corespundere cu Regulamentul stipulat, anexa nr. 1.
- 3 .Activitățile se vor desfășura conform Planului anual de activitate, anexa nr.4.
- 4 . Cu Ordinul dat de cunoscut toți lucrătorii medicali din raion .
- 5 .Controlul îndeplinirii Ordinului dat se asumă șef adjunct d. Negrea Lilia.

**Guțan Oleg,
șef IMSP CS Edineț**

**Regulamentul
Consiliului Calității IMSP CS Edineț
Capitolul I**

Dispoziții generale

1. Consiliul Calității **IMSP CS Edineț** 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. 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.4 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 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. 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 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 complianței;
- 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;
- 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 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 inițiative 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 directorului instituției pe o perioadă de nu mai puțin de trei ani.
- 3) Structura internă a Consiliului este aprobată de directorul instituției.
- 4) Directorul instituției 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 directorul instituției.
- 7) în funcția de Președinte al Consiliului este numit directorul medical al instituției

10. Organizarea activității Consiliului:

- 1) activitatea Consiliului se bazează pe Planul anual de activitate ale Consiliului, anexa nr.4);
- 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 simestral;
 - 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 Consiliu 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.
- 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 directorul 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 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;
- 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 directorului instituției.
- 10) directorul instituției aprobă deciziile Consiliului, acestea devenind fie obligatorii, fie recomandabile 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 directorul instituției 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.

13. Evaluarea activității și performanței Consiliului:

- 1) președintele Consiliului organizează evaluarea internă a activității Consiliului;
- 2) administrația instituției, directorul 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 directorul instituției după coordonarea cu MS.
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

Negrea Lilia - șef adjunct.

Secretarul consiliului

Olari Angela – asistentă șefă.

Membrii permanenți a consiliului

Roller L. -audit intern

Sorocan E. - medic de familie.

Cara C. - șef secția asistență cu medicamente și dispozitive medicale.

Mîndreanu C. - șef laboratorului clinic

Platon A. - șef secția informatică și statistică medicală

Lupu A. – Șef secție AMP.

I. Președintele Consiliului:

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

J. . 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 hîrtie și electronic de la membrii Consiliului;
 - c) organizarea și păstrarea tuturor documentelor Consiliului pe suport de hîrtie 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.

K. I. Membrii Consiliului:

1. Pot avea obligațiuni atît pe termen lung, cît și diverse sarcini pe termen scurt.
2. Raportează direct președintelui Consiliului sau membrului Consiliului responsabil pentru acțiunea

Organigrama Consiliului calității

Nr d/o	Secția	membrii	Domeniul de activitate
1	Comisia de elaborare Protocoalelor Instituționale, Proceduri operaționale și standardelor medicale	Negrea Lilia Solomca Nina Cara Cristina Mîndreanu Clavdia Olari Angela	Elaborarea în baza PCN a Protocoalelor clinice instituționale , Protocoalelor clinice a locului de lucru, Procedurilor operaționale și Standardelor medicale.
2	Comisia de Audit medical intern	L.Roller Lupu Angela Postolache Eleonora Sorocan Ecaterina Negea Lilia Mîndreanu Clavdia Șcerbatiuc Olga	- monitorizarea respectării standardelor de evaluare și acreditare privind calitatea și siguranța asistenței medicale; - monitorizarea și evaluarea implementării Protocoalelor clinice instituționale și a Protocoalelor clinice a locului de lucru; - monitorizarea și evalua'rea implementării Standardelor medicale; - monitorizarea și evaluarea implementării Procedurilor operaționale; - elaborarea și înaintarea spre aprobare a indicatorilor calității asistenței medicale la nivel de instituție; - monitorizarea și evaluarea indicatorilor calității asistenței medicale și elaborarea rapoartelor pentru administrație; - analiza indicilor de sănătate publică instituționali în raport cu indicii de sănătate naționali; - asigurarea controlului calității investigațiilor de laborator.
3	Comisia de Bioetică	L.Roller Negrea Lilia Bogdan Sergiu Șcerbatiuc Olga	-respectarea legii 263 din 27.10.2005 cu privier la drepturile și responsabilitățile pacienților. - efectuarea analizei reclamațiilor și sugestiilor directe ale pacienților; - inițierea și efectuarea sondajelor instituționale cu privire la gradul de satisfacție a pacienților și personalului. - elaborarea și implementarea planului de acțiuni pentru excluderea aspectelor negative care provoacă satisfacția redusă a pacienților.
4	Comisia de control și supraveghere a infecțiilor asociate activității medicale	Negrea Lilia Olari Angela Slivciuc Ala Grăjdeanu Luminița	-controlul respectării regimului sanitaro-antiepideemic în instituțiile medicale primare din raion. -monitoriza permanentă a procesul de colectare, dezinfectare, evacuare, depozitare și evidență a deșeurilor din instituțiile medicale primare. - evaluarea cazurilor de infecții asociate activității medicale. - supravegherea și monitorizarea stării de sănătate a personalului angajat în instituție medicale.
5	Comisia Formularului Farmacoterapeutic.	Cara Cristina Lupu Angela Olari Angela	-aprobarea formularului farmacoterapeutic -complectarea și aprobarea listelor de medicamente pentru necesitatea anuală a instituțiilor medicale. -evaluarea planificată a instituțiilor medicale privind eliberarea, păstrarea și decontarea medicamentelor și consumabelor. - examinarea cazurilor de reacții adverse la medicamente și raportarea lor către Agenția medicamentului.

Planul anual de activitate al Consiliului Calității
IMSP CS Edineț

Măsura	Acțiuni generale	Termenii și frecvența	Persoana responsabilă	Comentarii privind rezultatele obținute
I. Activități generale	- elaborarea și aprobarea planului de activitate a Consiliului Calității.	Annual, trimestrial	Președintele Consiliului Calități	
	- elaborarea planului de acțiuni pentru îmbunătățirea calității serviciilor deficiente.	În 5 zile de la evaluare		
	-monitorizarea implementării planului de îmbunătățire a calității.	Permanent		
II. Comisia de elaborare Protocoalelor Instituționale, Proceduri operaționale și standardelor medicale	Elaborarea în baza PCN a Protocoalelor clinice instituționale	Permanent în dependență de PCN (elaborat termen 15 zile)	Membrii echipei de elaborarea protocoalelor	îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale.
	Elaborarea Protocoalelor clinice a locului de lucru			
	Elaborarea Procedurilor operaționale			
	Elaborarea Standardelor medicale.			
	Aprobarea și distribuirea Protocoalelor clinice instituționale. Protocoalelor clinice a locului de lucru, Procedurilor operaționale și Standardelor medicale.	În 5 zile de la elaborare		
III. Comisia de Audit medical intern	- monitorizarea și evaluarea respectării standardelor de evaluare și acreditare privind calitatea și siguranța asistenței medicale;	trimestrial	Membrii echipei de audit medical intern	Prevenirea și combaterea necoresponderilor și erorilor în activitatea de prestare a serviciilor medicale. Ajustarea standardelor de supraveghere conform PCN. Îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale.
	- monitorizarea și evaluarea implementării Protocoalelor clinice instituționale și a Protocoalelor clinice a locului de lucru;	lunar		
	- monitorizarea și evaluarea implementării Standardelor medicale;	lunar		
	- monitorizarea și evaluarea implementării Procedurilor operaționale;	lunar		
	- elaborarea rapoartelor cu privire la respectarea Protocoalelor clinice instituționale, Protocoalelor clinice a locului de lucru, Procedurilor operaționale și Standardelor medicale.	Lunar/la necesitate		
	- elaborarea și înaintarea spre aprobare a indicatorilor de calitate la nivel de instituție;	Luna ianuarie		
	- monitorizarea și evaluarea îndeplinirii indicatorilor de calitate	Lunar la data 25-30		
	-elaborarea rapoartelor cu privire la realizarea indicatorilor de calitate pentru administrația Centrului de Sănătate.	Lunar la data 1-5		

	-analiza indicilor de sănătate publică instituționali în raport cu indicii de sănătate naționali; -asigurarea controlului calității investigațiilor de laborator.	trimestrial Trimestrial/ la necesitate		
	- elaborarea planului de acțiuni în baza informației prezentate în raport.	In termen de 5 zile de la prezentarea informației		
IV. Comisia de control și supraveghere a infecțiilor asociate activității medicale	-controlul respectării regimului sanitaro-antiepidemic în instituțiile medicale primare.	trimestrial	Membrii echipei de control și supraveghere a infecțiilor asociate activității medicale	Prevenirea și combaterea infecțiilor asociate activității medicale.
	-monitorizași evaluarea procesul de colectare, dezinfectare, evacuare, depozitare și evidență a deșeurilor din instituțiile medicale primare.	trimestrial		
	-evaluarea cazurilor de infecții asociate activității medicale.	Trimestrial/La necesitate		
	- supravegherea și monitorizarea stării de sănătate a personalului angajat în instituție medicale.	permanent		
	- elaborarea rapoartelor cu privier la respectarea regimului sanitaro-antiepidemic, gestionarea deșeurilor în instituțiile medicale primare.	5 zile de la evaluarea instituțiilor medicale		
	- elaborarea planului de măsuri în îmbunătățirea calității serviciilor medicale	Timp de o săptămână de la raportare		
V. Comisiei de Bioetică	- organizarea și efectuarea sondajului gradului de satisfacție a pacienților - cetățenilor la serviciile oferite în IMP - organizarea și efectuarea sondajului personalului din IMP	de 2 ori pe an	Membrii echipei Bioetică	Obținerea informației cu privire la gradul de satisfacție a pacientului și personalului angajat în IMP.
	- elaborarea rapoartelor cu privier la rezultatele sondajului	în timp de 5 zile		
	- elaborarea și monitorizarea planului de acțiuni pentru înlăturarea neconcordanțelor	Timp de o săptămână de la raportare		
	- efectuarea analizei reclamațiilor și sugestiilor directe ale pacienților	Permanent		
VI. Comisia Formularului Farmacoterapeutic	- arobarea formularului farmacoterapeutic	anual	Membrii echipei Formularului F armacoterapeutic	Asigurarea instituțiilor medicale cu medicamente și consumabile în volum deplin stabilit de formularul național farmacoterapeutic.
	- complectarea și aprobarea listelor de medicamente pentru necesitatea anuală a instituțiilor medicale.	Luna mai		
	- evaluarea planificată a instituțiilor medicale privind eliberarea, păstrarea și decontarea medicamentelor și consumabelor.	trimestrial		
	- examinarea cazurilor de reacții adverse la medicamente și raportarea lor către Agenția medicamentului.	în decurs de 3 zile de la notificarea cazului		
	- elaborarea rapoartelor cu privier la rezultatele evaluării IMF	în decurs de 5 zile		
	- elaborarea planului de acțiuni în baza datelor din raport	Timp de 1 săptămână de la raportare		