

**INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
INSTITUTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ**

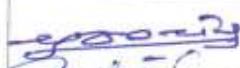


= APROBAT =
prin Ordinul IMSP IMU
nr.179 din 24 decembrie 2024

MANUALUL CALITĂȚII

TITLU: Manualul Calității

**Secția Managementul Calității
serviciilor medicale**

Acțiunea	Numele, prenumele	Funcția	Data	Semnătura
Elaborat:	Liviu Vove	Șef secție Managementul Calității serviciilor medicale	10.12.24	
Verificat:	Igor Maxim	Vicedirector medical	19.12.24	
Aprobat:	Diana Manea	Director IMSP IMU	24.12.24	

SITUAȚIA REVIZIILOR

Revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică revizia	Semnătura
Revizia 1				
Revizia 2				
Revizia 3				

CUPRINS

Nr. d/o	Denumirea componentei din cadrul Manualului Calității	Pag
1	Lista responsabililor de elaborarea, verificarea și aprobarea ediției	2
2	Cuprins	2
3	Introducere	3
4	Scurt istoric	4-6
5	Cadrul de actualitate	6
6	Structura IMSP Institutul de Medicină Urgentă	7
7	Potențial intelectual și medical	8
8	Declarația Directorului IMSP Institutul de Medicină Urgentă	9-10
9	Scop și domeniu de aplicare	10
10	Documente de referință	10-11
11	Definiții și prescurtări	11-13
12	Sistemul de Management al Calității	13-14
13	Manualul calității	14-15
14	Responsabilitatea Managementului	15-16
15	Politica referitoare la calitate	16-19
16	Vicedirector medical	19-20
17	Șeful de departament	20
18	Șeful de secție	20
19	Medicul de specialitate	21
20	Medicul de gardă	21-22
21	Asistent medical șef	22-23
22	Asistent medical superior din cadrul secției	23-24
23	Asistent medical din cadrul secției	24-25
24	Personalul medical cu studii medii de specialitate	25
25	Personalul auxiliar din cadrul secției (infermier, brancardier)	26
26	Farmacist diriginte	27
27	Șeful Serviciului resurse umane	27
28	Șefii Serviciului evidență contabilă și economist șef	27
28	Inginer șef	27-28
29	Șef Serviciu achiziții publice	28

30	Analiza efectuată de Management	28-29
31	Managementul resurselor (Resurse umane)	29-30
32	Infrastructura	30-31
33	Mediul de lucru	31
34	Realizarea Serviciului (Planificarea)	31
35	Procese referitoare la relația cu pacientul	32-34
36	Aprovizionarea	35
37	Furnizarea Serviciului	36-41
38	Anexe	42

Introducere

Evoluția sistemului de sănătate din R. Moldova se găsește spre finalul unei tranziții prelungite de la un model integrat (sistemul Semașco), în care majoritatea organizațiilor furnizoare de servicii medicale erau în proprietate publică, sub autoritatea Ministerului Sănătății, către un model contractual finanțat predominant din surse publice, în care majoritatea furnizorilor de servicii de sănătate sunt publici sau privați, încheie contracte obligatorii cu Compania Națională de Asigurări în Medicină. În contextul descentralizării administrării spitalelor și, prin aceasta, expunerii lor în fața influențelor politice locale și deciziilor, uneori arbitrar, ale managerilor care nu întotdeauna se dovedesc a fi în concordanță cu ce este necesar pentru un act medical de calitate, se simte nevoia existenței unui organism centralizat, cum ar fi *consiliul calității*, care să îndeplinească această funcție de control a calității. Managementul calității este o noțiune din ce în ce mai des folosită în discursul managerilor și responsabililor de buna desfășurare a activității medicale. Conceptele de bază ale managementului au fost descrise în diferite moduri, de mii de ani. Părintele conceptului modern de calitate, Donabedian, descrie calitatea îngrijirilor de sănătate drept: „acele îngrijiri care se așteaptă să maximizeze dimensiunea bunăstării pacienților, luând în considerare echilibrul câștigurilor și pierderilor așteptate, care apar în toate etapele procesului îngrijirilor de sănătate” (Donabedian, 2003). Organizația Mondială a Sănătății definește Calitatea sistemului de sănătate ca: „nivelul atingerii scopurilor intrinseci ale sistemului de sănătate pentru îmbunătățirea sănătății și capacității de răspuns la așteptările generale ale populației”. În acest sens, un bun management al calității constă în planificarea, aplicarea în practică, controlul și revizuirea măsurilor necesare modelării serviciilor și proceselor, astfel încât acestea să răspundă permanent tuturor nevoilor principalilor actori implicați (clienți, furnizori, finanțatori).

Obiectiv. Implementarea sistemului de management al calității în cadrul instituției, bazat pe politica și obiectivele în domeniu, întru monitorizarea, evaluarea și sporirea continuă a calității serviciilor medicale prestate pacienților.

Material și metode. Instituția Medico Sanitară Publică Institutul de Medicină Urgentă, a implementat începând cu anul 2008, sistemul de management al calității și a acumulat o anumită experiență în acest domeniu. În cadrul institutului a fost creat Consiliul Calității, care este un organ colegial intern de consultanță și are misiunea de a consolida procesul

de îmbunătățire continuă a calității asistenței medicale acordate în cadrul instituției, prin luarea de decizii colegiale privind sporirea capacității de management al calității. În activitatea sa Consiliul se conduce de Regulamentul de activitate elaborat în baza Regulamentului-cadru aprobat prin ordinul MS, alte acte normative în domeniu și asistă administrația instituției în procesul de gestionare a calității asistenței medicale. În scopul transpunerii în realitate a politicii referitoare la calitate, Consiliul Calității și-a propus câteva obiective de bază de a evidenția elementele cheie ale politicii în domeniul calității, de a concentra eforturile personalului în scopul îmbunătățirii realizărilor inclusiv:

- Promovarea eficienței a interesului personalului instituției față de calitatea asistenței și participarea la măsurile de îmbunătățire a acesteia;
- Obținerea satisfacției pacienților;
- Îmbunătățirea continuă a eficacității și eficienței proceselor din cadrul instituției;
- Instituirea unui sistem eficient de monitorizare și evaluare la nivel de instituție a calității asistenței cu comunicarea rezultatelor evaluării personalului instituției;
- Reducerea pierderilor datorate non-calității;
- Emiterea unor recomandări oportune administrației instituției cu privire la îmbunătățirea calității și eficienței utilizării serviciilor medicale existente, crearea posibilităților de instruire și perfecționare a personalului;
- Crearea și menținerea reprezentativă a imaginii instituției. Stabilirea obiectivelor în domeniul calității reprezintă una dintre cerințele standardului SR EN ISO 9001:2015. În scopul realizării obiectivelor de bază propuse, de către Consiliul Calității au fost evidențiate unele principii necesare în activitatea cotidiană, și anume: Consiliul, în procesul de asigurare a calității serviciilor se axează pe un set de criterii 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 și angajaților;
- 3) evaluare a resurselor de asigurare a calității oferite angajaților și utilizarea lor eficientă;
- 4) organizarea bazei de date care permite autoevaluarea internă;
- 5) publicare periodică pe site-ul oficial și rețelele de socializare a informațiilor cu privire la calitatea serviciilor medicale oferite, statistici, reușitele întregului colectiv.

Scurt istoric

Sistemul de asistență medicală urgentă din Republica Moldova a început să funcționeze din 4 septembrie 1944 prin crearea Stației de salvare din Chișinău, ce dispunea de o caretă trasă de doi cai pentru deservirea acienților la domiciliu și în locurile publice. În anul 1948 stația avea deja 3 automobile, 2 echipe de medici și o echipă de felceri. În 1956 în cadrul ei este organizată prima echipă de medici pediatri, iar în 1978 - prima echipa de reanimare pentru copii.

La 16 aprilie 1957, în baza Hotărârii Sovietului Miniștrilor al R.S.S.M. cu nr.191-P din 29 martie 1957 și a ordinului Ministrului Ocrotirii Sănătății nr. 88, în clădirea cu arhitectură monumentală de pe str. Kievului 157 a fost fondat Spitalul orașenesc nr.1 cu

100 de paturi pentru 3 profiluri medicale: ginecologic – 50 paturi, chirurgical – 25 paturi și terapeutic - 25 paturi. Ordinul Ministerului mai prevedea alipirea la spital a Policlinicii orașanești nr.4. Peste doi ani în structura lui a fost inclusă Stația de salvare din Chișinău și instituția a fost reprofilată în Spital orașenesc de salvare. Reforma de la 7 iunie 1987 (ordinul nr.275 al Ministrului Ocrotirii Sănătății) a consolidat statutul existent, atribuindu-i denumire de Spital Clinic de Urgență.

În perioada 1970-1971 se formează primele echipe specializate de medici cardiologi, toxicologi, traumatologi, reanimatologi pentru maturi și o echipă de medici psihiatri. Acest interval de timp a fost marcat de mai multe reorganizări cu caracter instituțional. În 1984 în cadrul Spitalului sunt inaugurate Serviciul de primiri urgente „903” și Centrul de diagnosticare electrocardiografică la distanță (ordinul M.O.S. al R.S.S.M. nr.182 din 24.03.83).

Din 2001 în spital funcționează o secție de hemodializă, asigurată de stat, cu 5 mașini de dializă pentru pacienții cu insuficiență renală cronică.

Un element cheie în acordarea serviciilor medicale îl constituie calitatea. Ameliorarea și sporirea continuă a calității serviciilor medicale prestate pacienților în cadrul instituției se face prin procedura de evaluare și acreditare. Acest sistem a fost creat și implementat de Ministerul Sănătății în 2002 în baza Legii nr. 552-XV din 18 octombrie 2001 „Privind evaluarea și acreditarea în sănătate”. Procesul de evaluare și acreditare a instituțiilor este asigurat de către Comisia Națională de Evaluare și Acreditare, instituită în conformitate cu prevederile legii menționate. În perioada examenului profesional prestatorul de servicii își demonstrează „propria capacitate funcțională, organizațională și administrativă în acordarea serviciilor, cu condiția respectării standardelor de acreditare în vigoare”. Pentru asigurarea managementului calității serviciilor medicale, în cadrul Spitalului Clinic de Urgență sunt formate la diferite etape instrumentele necesare de control și monitorizare a activității personalului medical: Consiliul calității, Serviciul de Audit medical intern, Comitetul de control intern al maladiilor nosocomiale, Comitetul formularului farmacoterapeutic, Comitetul de bioetică, Comitetul de elaborare a protocoalelor clinice instituționale.

Începând cu 2004 SCU a obținut statutul de IMSP (Instituție Medico-Sanitară Publică), în conformitate cu Legea nr.123-XV privind administrația publică locală din 18.03.2003, având ca scop principal protecția sănătății populației, profilaxia, diagnosticarea, tratamentul și reabilitarea pacienților conform Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

În anul 2005 prin Hotărârea Guvernului RM nr.891 din 17 iulie 2003 și Ordinul MS nr.97 din 12 aprilie 2005 Spitalul Clinic de Urgență este reorganizat în Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă. Tot în această perioadă cu suportul USAID a fost creat Centrul regional de formare continuă a cadrelor pentru Serviciul Medicinii de urgență.

Statutul de instituție cu prerogative de cercetări științifice în domeniul medicinei de urgență a fost atribuit la 11 aprilie 2014 prin ordinul nr. 332 al Ministerului Sănătății, când Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă a fost reorganizat în Institut de Medicină Urgentă. Noua paradigmă instituțională a permis medicilor și cercetătorilor să desfășoare o activitate științifică cu suport logistic și material garantat.



„CAMERA ÎNREGISTRĂRII DE STAT” Î.S.

EXTRAS
din Registrul de stat al persoanelor juridice

Nr. 292199 data 04.07.2014

Denumirea completă: **INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ "INSTITUTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ"**

Denumirea prescurtată: **I.M.S.P. "INSTITUTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ"**

Forma juridică de organizare: **Instituția Publică**

Numărul de identificare de stat și codul fiscal (IDNO): **1003600152606**

Data înregistrării de stat: **22.12.2003**

Modul de constituire: **nou creată.**

Sediul: **MD-2004, str. Toma Ciorbă, 1, mun. Chișinău, Republica Moldova.**

Obiectul principal de activitate:

- 1. Activitatea spitalelor de profil larg și a spitalelor specializate**
- 2. Practica stomatologică**
- 3. Alte activități de asistență medicală**

Capitalul social: **78434315,11 lei,**

Administrator: **CIOBANU GHEORGHE, IDNP 0972307012414**

Asociații:

- 1. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, IDNO 1006601000093, sediul: MD-2009, str. Alecsandri Vasile, 2, mun. Chișinău, Republica Moldova, cota 78434315,11 lei, ce constituie 100%**

Prezentul extras este eliberat în temeiul art.34 al Legii nr.220-XVI din 19 octombrie 2007 privind înregistrarea de stat a persoanelor juridice și a întreprinzătorilor individuali și confirmă datele din Registrul de stat la data de: **04.07.2014.**

Registrator

Svirepova Ludmila



A A S + E A + 0 2 3 4 7 3 8 E A

Cadrul de actualitate

Actualmente, în cadrul IMSP Institutul de Medicină Urgentă (IMSP IMU) sunt desfășurate 650 paturi medicale. Rulajul pacienților deserviți zilnic de echipele medicale de gardă constituie 250-300 pacienți (30-35% dintre ei fiind aduși cu ambulanța). Anual în IMSP IMU se adresează circa 70 - 80 mii de cetățeni, dintre care aproape 1/3 sunt spitalizați. Medicii de profil chirurgical efectuează pe an până la 25 - 35 mii de intervenții chirurgicale.

Secțiile spitalicești funcționează în regim de spitalizare **non-stop.**

Serviciul ambulator specializat funcționează după orarul: **luni – vineri 8⁰⁰ - 16³⁰.**

Finanțarea se asigură din veniturile realizate în raport cu serviciile medicale furnizate pe baza contractelor încheiate cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, bugetul local, din asocieri investiționale în profil medical sau medico-social, din donații și sponsorizări, precum și din veniturile obținute de la persoane fizice și juridice, în condițiile legii.

Structura IMSP Institutul de Medicină Urgentă

În cadrul Institutului de Medicină Urgentă funcționează Departamentul Clinic de Medicină Urgentă (DCMU) cu saloane de triere (pentru bărbați și femei, saloane de proceduri septice și aseptice, de examinare a pacienților cu traumatisme și traumatisme microchirurgicale, cabinete radiologice), 7 clinici universitare de profil medico-chirurgical: Clinica de chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiade”, USMF „Nicolae Testemițanu” - director - dr. hab. în șt. med, profesor universitar - dl Gheorghe Rojnovanu, Clinica neurologie nr.2, USMF „Nicolae Testemițanu” - director - dr. hab. în șt. med, profesor universitar academician AȘM dl Stanislav Groppa, Clinica de Ortopedie și Traumatologie „Vitalie Bețișor”, USMF „Nicolae Testemițanu” - director - dr. hab. în șt. med, profesor universitar - dl Nicolae Caproș, Clinica Anesteziologie și Reanimatologie „Valeriu Ghereg, USMF „Nicolae Testemițanu – director - dr. hab. în șt. med, profesor universitar - dl Sergiu Șandru, Clinica de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu” – director - dr.hab. în șt. med, profesor universitar dl Nicolae Chele, Clinica de Urgențe Medicale „Gheorghe Ciobanu”, USMF „Nicolae Testemițanu” - director - dr. șt. med., conferențiar universitar - dna Larisa Rezneac și 2 laboratoare științifico - ptactice.

IMSP IMU asigură asistența metodologică a organizării și funcționării asistenței medicale de urgență și este încadrat în acordarea asistenței medicale urgente și programate populației din municipiu și întreaga republică. Subdiviziunile instituției includ următoarele discipline medicale: chirurgie, chirurgie toracică, chirurgie vasculară, ortopedie și traumatologie, microchirurgie, chirurgie spinală, neurochirurgie, chirurgie oro-maxilo-facială, neurologie, neurologie BCV, epileptologie, ginecologie, terapie generală, stomatologie, endoscopie, urologie și hemodializa.

IMSP IMU are un rol strategic de importanță majoră pentru sistemul de sănătate din republică prin locul, rolul și contribuția adusă la asanarea (redresare, îmbunătățire) și fortificare a sănătății populației.

Metode de tratament medical endoscopic: În clinică sunt folosite strategii și tactici de tratament performante: endoprotezări de șold și artoplastii la genunchi, colecistectomia celioscopică, metode endoscopice de tratament în hernia hiatală și apendicita acută, intervenții laparoscopice în sarcina ectopică ruptă, procese tumorale și inflamatorii ale organelor bazinului mic, tratări ale proceselor inflamatorii, tratamente în pancreonecroze și tumori ale suprarenalelor, intervenții la ulcerul perforat și chistul torsionat, tromboză în AVCI etc.

Infrastructura medicală și serviciile paraclinice. Institutul de Medicină Urgentă este dotat cu cabinete de diagnostic funcțional, endoscopic, BCV cu unitate STROKE, imagistică, inclusiv cabinet de tomografie computerizată și rezonanță magnetică nucleară, USG și doplerografie transcorticală, cabinete de reabilitare medicală, acupunctură și din luna ianuarie 2024 este instituit și activează Centrul Comprehensiv de Accident Vascular Cerebral.

Potențialul intelectual și medical.

În cadrul Institutului activează 2 academicieni ai AȘM, 9 profesori universitari, 7 doctori habilitați în medicină și 47 doctori în medicină.

Medicii de categorie superioară constituie - 34,98%, de categoria I – 14,25%, de categoria II – 10,01 %.

Felcerii/asistenții medicali de cat. superioară – 49,35%, de categoria 1 – 11,4% și de categoria II – 15,3%.

IMSP Institutul de Medicină Urgentă în prezent dispune de 2 laboratoare de cercetări științifice (Laboratorul „Managementul traumatismelor asociate” și laboratorul „Managementul accidentului vascular cerebral”.

Organigrama instituției cuprinde toate departamentele, secțiile și serviciile funcționale și este prezentată în **Anexa 1** a prezentului manual.

DECLARAȚIA
DIRECTORULUI „IMSP Institutul de Medicină Urgentă”
PRIVIND POLITICA ÎN DOMENIUL CALITĂȚII

„Sănătate prin calitate!”

Viziunea conducerii IMSP Institutul de Medicină Urgentă în domeniul calității este de a menține o reputație maximă a instituției în societate prin acordarea de servicii medicale de calitate la cel mai înalt nivel posibil.

Calitatea serviciilor noastre medicale constituie un exemplu atât pentru unitățile medicale naționale cât și o recomandare pentru pacienții noștri!

Misiunea noastră este de a fi *permanent un spital de avangardă în sistemul de sănătate din Moldova* orientat spre necesitățile actuale și așteptările viitoare ale pacienților, dar și de a furniza servicii medicale integrate și aliniate la principiul **„Îmbunătățirii continue”**.

Prin aceasta declarație de **politică**, mă angajez:

- să comunic angajaților orientarea către pacienți/clienti/beneficiari a importanței respectării cerințelor legale și de reglementare;
- să stabilesc politica calității serviciilor și să asigur stabilirea obiectivelor calității;
- să conduc analizele managementului calității și activităților manageriale din instituție;
- să asigur disponibilitatea resurselor (umane, materiale, financiare, medicale, non-medicale) necesare pentru buna funcționare a instituției;
- să satisfac cerințele tuturor părților interesate, începând cu pacientul și să îmbunătățesc continuu eficacitatea sistemului de management al calității.

Sistemul implementat este stabilit în conformitate cu cerințele **SR EN ISO 9001:2009** - *Sisteme de management ale calității. Cerințe*.

La proiectarea sistemului s-a ținut cont și de cerințele standardului **SR ISO IWA-1: 2009** - *Sisteme de management al calității, pentru îmbunătățiri de proces în organizațiile de servicii de sănătate*.

Acestă declarație este orientată către pacienții/clientii/beneficiarii noștri și este comunicată tuturor cadrelor medicale și nemedicale ale institutului, angajaților altor părți interesate. Declarație ce va fi analizată periodic în scopul adaptării ei în raport cu nevoile societății și orientată spre nevoile pacienților.

Pentru ca IMSP Institutul de Medicină Urgentă să devină performant pe termen lung, am luat în considerare următoarele **obiective generale** pentru părțile interesate:

Pacienții:

Orientarea către pacienți prin creșterea încrederii în serviciile noastre medicale prestate, precum și prin dezvoltarea permanentă a gamei de servicii acordate.

Angajații:

Demonstrarea calității serviciilor personalului nostru prin angajamentul său, prin creșterea gradului de integritate profesională, a competenței, instruirii și experienței.

Comunitatea:

Asigurarea cu consecvență a unui dialog deschis și pragmatic cu reprezentanții societății, munca de prevenire prin educație sanitară.

Directorul IMSP Institutul de Medicină Urgentă, vicedirectorii medicali, șefii de departamente, șefii de secții și de servicii ca reprezentanți ai managementului calității, dispun de întreaga responsabilitate și autoritate pentru asigurarea aplicării prevederilor documentelor sistemului de management al calității.

Prezenta declarație intră în vigoare la data aprobării, iar prevederile sale sunt obligatorii pentru întregul personal din cadrul IMSP Institutul de Medicină Urgentă.

SCOP ȘI DOMENIU DE APLICARE

1. SCOP:

- Descrierea sistemului de management al calității cu privire la modul de aplicare a cerințelor SR EN ISO 9001:2008 referitoare la sistemul de management al calității în cadrul IMSP Institutul de Medicină Urgentă;
- Asigurarea continuității sistemului de management al calității și a cerințelor referitoare la acesta în cazul modificării circumstanțelor actuale;
- Demonstrarea capacității de a furniza în mod consecvent servicii medicale ce întrunesc cerințele pacientului și cerințele legale și de reglementare aplicabile;
- Demonstrarea orientării spre îmbunătățirea continuă a eficacității Sistemului de Management al Calității în conformitate cu cerințele standardului SR EN ISO 9001:2009;
- Crearea unei baze documentate pentru evaluarea Sistemului de Management al Calității de către pacienți și de către organizațiile de certificare.

2. DOMENIU:

Domeniul de aplicare al Sistemului de Management al Calității este: ***serviciul medical spitalicesc și specializat de ambulatoriu; serviciu medical paraclinic: explorări funcționale și analize de laborator; serviciul de imagistică medicală; serviciul farmaceutic; transport medical; serviciile conexe actului medical.***

Prevederile prezentului manual se aplică la toate departamentele, secțiile, serviciile din cadrul instituției, pentru serviciile medicale realizate de către IMSP Institutul de Medicină Urgentă.

Nu sunt excluseri față de prevederile standardului.

DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

- Codul de deontologie medicală ;
- Codul muncii privind timpul de muncă;
- Legea ocrotirii sănătății Nr.411-XII din 28.03.1995, cu modificările ulterioare;
- Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală Nr.1585-XII din 27.02.1998, cu modificările ulterioare;
- Legii nr. 263 din 27.10. 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului cu modificările ulterioare;
- Legii nr. 264 din 27.10. 2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic, cu modificările ulterioare;

- Legea nr.663 din 23.07.2010 pentru aprobarea Regulamentului Sanitar privind condițiile de igienă pentru instituțiile medico-sanitare ;
- Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10 decembrie 2007 cu privire la aprobarea Programul Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, cu modificările ulterioare;
- Normele Metodologice de Aplicare a Programului Unic aprobate prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.596/404-A din 21.07.2016, cu modificările ulterioare;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr.405 din 05 mai 2023 „Cu privire la aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a Instituției Medico-Sanitare Publice Institutul de Medicină Urgentă”;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 631 din 23.07.2024 „Cu privire la aprobarea Organigramei Instituției Medico-Sanitare Publice Institutul de Medicină Urgentă”;
- Regulamentul de organizare și funcționare a secțiilor spitalicești și a serviciilor;
- Regulamentul intern privind organizarea și efectuarea gărzilor în instituție;
- Fișele de post a șefilor de departamente, secții, servicii și a medicului curant;
- Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1471 din 24.12.2007;
- Contractul de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală;
- Politica Națională de Sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.886 din 06.08.2007;
- Regulile sanitare, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr.1209 din 8 noiembrie 2007;
- SR EN ISO 9001:2009;
- Protocoalele Clinice instituționale pe profiluri;
 - Ordinul MS nr.660 din 05 august 2024, „Cu privire la aprobarea Standardelor de evaluare și acreditare în sănătate;
- Ordinul comun al MS și CNAM nr.560/148-A din 23.06.2023 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr.828 din 31.10.2011 „Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară”;
- Hotărâre de Guvern nr. 1020 din 29.12.2011 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare, cu modificările ulterioare.

DEFINIȚII ȘI PRESCURTĂRI

DEFINIȚII:

În cuprinsul manualului sunt valabile definițiile din standardul SR EN ISO 9000: 2009, dintre care amintim:

Acțiune corectivă = acțiune de eliminare a cauzei unei neconformități defectate sau a altei situații nedorite;

Acțiune preventivă = acțiune de eliminare a cauzei unei neconformități potențiale sau a altei posibile situații nedorite;

Analiza efectuată de management = evaluare oficială efectuată de managementul de la nivelul cel mai înalt asupra stadiului și adecvării sistemului de management al calității în raport cu politica în domeniul calității și cu obiectivele;

Asigurarea calității = parte a managementului calității concentrată pe furnizarea încrederii că cerințele referitoare la calitate vor fi îndeplinite;

Audit = proces sistematic, independent și documentat în scopul obținerii de dovezi de audit și evaluarea lor cu obiectivitate pentru a determina măsura în care sunt îndeplinite criteriile de audit;

Calitate = măsura în care un ansamblu de caracteristici întrunesc îndeplinesc cerințele;

Capabilitate = abilitatea unei organizații, sistem sau proces, de a realiza un serviciu care va îndeplini cerințele pentru serviciu;

Cerință = nevoie sau așteptare care este declarată, în general implicită sau obligatorie;

Client = organizație sau persoană care primește un serviciu;

Dovadă obiectivă = date care susțin că ceva există sau este adevărat;

Furnizor = organizație sau persoană care furnizează un serviciu;

Inspecție = evaluare a conformității prin observare și judecare însoțite după caz, de măsurare, încercare sau comparare cu un calibru;

Încercare = determinarea uneia sau mai multor caracteristici în conformitate cu o procedură;

Înregistrare = document prin care se declară rezultate obținute sau furnizează dovezi ale activităților realizate;

Managementul calității = activități coordonate pentru a orienta și controla o organizație în ceea ce privește calitatea;

Managementul la cel mai înalt nivel = persoană sau grup de persoane de la cel mai înalt nivel care orientează și controlează o organizație;

Manualul calității = document care descrie sistemul de management al calității al unei organizații;

Neconformitate = neîndeplinirea unei cerințe;

Obiectiv al calității = ceea ce se urmărește sau este avut în vedere referitor la calitate;

Planificarea calității = parte a managementului calității concentrată pe stabilirea obiectivelor calității și care specifică procesele operaționale și resursele aferente necesare pentru a îndeplini obiectivele calității;

Politica referitoare la calitate = intenții și orientări generale ale unei organizații referitoare la calitate, așa cum sunt exprimate oficial de managementul la cel mai înalt nivel;

Procedură = mod specificat de desfășurare a unei activități sau a unui proces;

Proces = ansamblul de activități corelate sau în interacțiune care transformă intrări în ieșiri;

Serviciu = rezultat al unui proces (servicii, software, hardware, materiale procesate);

Proiectare și dezvoltare = ansamblu de procese care transformă cerințe în caracteristici specificate sau în specificații ale unui serviciu, proces sau sistem;

Serviciu = rezultatul cel puțin al unei activități necesare a fi realizate la interfața dintre furnizor și client și este în general imaterial;

Specificație = document care stabilește cerințe;

Trasabilitate = abilitatea de a regăsi istoricul, realizarea sau localizarea a ceea ce este luat în considerare (pentru serviciu – originea materialelor și componentelor, istoricul procesării, distribuția și localizarea serviciului după livrare);

Verificare = confirmare, prin furnizare de dovezi obiective că au fost îndeplinite cerințele specificate.

PRESCURTARI

EO	= Entitate organizațională
MC	= Manualul calității
FO	= Foaia de observație
PCmed.	= Protocol clinic medical
PO	= Procedură operațională
PS	= Procedură de Sistem
IL	= Instrucțiune de lucru
RM	= Reprezentantul Managementului pentru Calitate
RN	= Raport de Neconformitate
IMU	= Institutul de Medicină Urgentă

SISTEMUL DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII GENERALITĂȚI

IMSP Institutul de Medicină Urgentă are stabilit, documentat și implementat un sistem de Management al Calității serviciilor medicale propriu care este menținut și îmbunătățit continuu în conformitate cu cerințele standardului internațional de referință SR EN ISO 9001:2009 și a Ordinului Ministerului Sănătății nr.915 din 11 noiembrie 2024 „Cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a Subdiviziunii de Management al Calității serviciilor medicale”.

În acest sens în cadrul IMSP Institutul de Medicină Urgentă:

- sunt identificate procesele aplicate în sistemul de Management al Calității, fiind clasificate în următoarele categorii de procese management;
 - de bază medical;
 - suport medical;
 - suport nemedical;
 - analize, măsurări, îmbunătățiri.
- a) este stabilită succesiunea și interacțiunea acestor procese, în harta proceselor;
 - b) sunt stabilite criteriile și metodele necesare pentru a asigura că atât operarea cât și controlul acestor procese să fie efective;
 - c) este asigurată disponibilitatea resurselor și informațiilor necesare pentru a susține operarea și monitorizarea acestor procese;
 - d) procesele sunt monitorizate, măsurate și analizate, de responsabilii de procese, de auditul medical intern, precum și de management, prin intermediul analizelor periodice;
 - e) pentru obținerea rezultatelor planificate și îmbunătățirea continuă a acestor procese se implementează acțiunile necesare.

Aceste procese sunt conduse de responsabili de procese desemnați de conducerea IMSP IMU în conformitate cu organigrama în vigoare.

Atunci când IMSP Institutul de Medicină Urgentă alege să subcontracteze unele procese, care afectează conformitatea serviciului cu cerințele, spitalul asigură controlul asupra acestor procese. Controlul unor astfel de procese subcontractate este tratat atât în procedura “Aprovizionare- Achizitii publice”, cât și contractele bilaterale existente pentru serviciu.

Principalele procese procurate din exterior sunt: mentenanța echipamentelor, analize medicale, servicii ale personalului medical, verificări de echipamente de monitorizare și măsurare.

DOCUMENTAȚIA SISTEMUL DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII

Generalități

Documentația sistemului de management al calității a IMSP Institutul de Medicină Urgentă cuprinde:

- a) Declarația privind Politica în domeniul calității și obiectivele calității la nivel de organizație cuprinse în MC-01;
- b) Manualul Calității –01;
- c) Procedurile documentate cerute de standardul de referință SR EN ISO 9001:2009, care au aplicabilitate în întreg sistemul de management al calității și care sunt:
 - POS - Controlul documentelor
 - POS - Controlul înregistrărilor
 - POS - Auditul intern
 - POS - Controlul produsului și/sau serviciului neconform
- d) Alte documente necesare organizației pentru a asigura planificarea efectivă, operarea și controlul proceselor:
 - PO - Proceduri operaționale;
 - IL - Instrucțiuni de lucru;
 - PCI - Protocoale Clinice Instituționale;
 - FM - Fișa medical a bolnavului de staționar;
 - Documente de proveniență externă (cerințe legale și de reglementare, coduri de bună practică, manuale, prescripții, contracte cadru, alte reglementări specifice) necesare desfășurării proceselor.
- e) Înregistrări ale calității, cerute de standard, precum și cele proprii efectuate pe parcursul desfășurării proceselor.

Manualul Calității

Manualul Calității IMU include:

- a) domeniul sistemului de Management al Calității;
- b) referiri la proceduri documentate stabilite pentru sistemul de Management al Calității;
- c) descrierea interacțiunii dintre procesele sistemului de management al calității.

Manualul a fost elaborat de specialiști din instituție, evaluat în ședința Consiliului Calității și este aprobat de către directorul IMSP Institutul de Medicină Urgentă.

În continuare fiecare angajat își poate aduce aportul la creșterea nivelului calitativ al tuturor documentelor din cadrul IMSP IMU, începând cu Manualul Calității.

Revizuirea manualului și a procedurilor documentate se efectuează ori de câte ori este nevoie.

Controlul documentelor

Documentele sistemului de Management al Calității al IMU sunt ținute sub control conform procedurii Operaționale Standardizate POS— Controlul documentelor, care stabilește cum se realizează:

- a) aprobarea documentelor înainte de emitere, pentru a confirma că sunt adecvate;
- b) analizarea și actualizarea, când este necesar, și reaprobarea documentelor;
- c) asigurarea că sunt identificate modificările și stadiul reviziei curente a documentelor;
- d) asigurarea că versiunile relevante a documentelor aplicabile sunt disponibile în punctele de utilizare;
- e) asigurarea că documentele rămân vizibile și ușor identificabile;
- f) asigurarea că documentele de origine externă sunt identificate, iar difuzarea controlată;
- g) prevenirea utilizării neatenționate a documentelor **perimate** și identificarea corespunzătoare a acestora, dacă acestea sunt păstrate pentru orice scop.

Controlul înregistrărilor

Prin Procedura Operațională Standardizată POS- – Controlul înregistrărilor, se asigură controlul:

- a) identificării și acurateței înregistrărilor;
- b) disponibilității și al păstrării înregistrărilor;
- c) protejării înregistrărilor;
- d) regăsirii înregistrărilor (trasabilitatea cu documentul aplicabil);
- e) arhivării și eliminării înregistrărilor.

Procedurile din sistem prevăd înregistrările necesare aplicării și controlului proceselor respective.

RESPONSABILITATEA MANAGEMENTULUI

ANGAJAMENTUL MANAGEMENTULUI

Managerul prezintă dovezi ale angajamentului sau privind dezvoltarea, implementarea și îmbunătățirea continuă a eficacității IMSP Institutul de Medicină Urgentă prin:

- înțelegerea necesităților și a așteptărilor actuale și de perspectivă ale pacienților;
- comunicarea în cadrul instituției a importanței satisfacerii cerințelor pacienților, precum și a cerințelor legale și de reglementare;
- promovarea de politici și obiective pentru creșterea conștientizării, motivării și implicării personalului în satisfacerea cerințelor pacientului;
- asigurarea faptului că sunt stabilite obiectivele calității;
- conducerea analizelor efectuate de management;
- asigurarea disponibilității resurselor.

Comunicarea importanței satisfacerii cerințelor pacienților și a părților interesate este realizată prin:

- Declarația privind politica în domeniul calității;
- Obiectivele calității;
- Documentele IMSP Institutul de Medicină Urgentă;
- Conducerea analizelor efectuate de management;
- Instruirea personalului;
- Afișe amplasate în zone din spital unde aceste cerințe sunt implementate;
- Disponibilitatea resurselor privind realizarea adecvată a comunicării.

Celelalte moduri de furnizare a dovezilor sunt prezentate prin intermediul proceselor IMSP Institutul de Medicină Urgentă descrise în prezentul manual.

ORIENTAREA CĂTRE PACIENT

Orientarea către pacient este realizată prin:

- Identificarea necesităților și așteptărilor pacientului.
- Documentarea necesităților și așteptărilor pacientului în vederea stabilirii cerințelor acestuia.
- Clarificarea cerințelor comunicate de pacient.
- Analiza și implementarea cerințelor.
- Măsurarea satisfacției pacientului.
- Implementarea acțiunilor ce vizează îmbunătățirea continuă a satisfacerii necesităților și a așteptărilor pacientului.
- Implementarea acțiunilor ce vizează îmbunătățirea continuă a performanțelor serviciului în raport cu necesitățile/așteptările pacientului și a obiectivelor organizației.

POLITICA REFERITOARE LA CALITATE

Așa cum este exprimată prin Declarația Managerului - politica referitoare la calitate este adecvată la scopul instituției și include angajamentul pentru satisfacerea cerințelor și pentru îmbunătățirea continuă a eficacității IMSP Institutul de Medicină Urgentă.

Aplicarea politicii referitoare la calitate, asigură cadrul necesar pentru stabilirea și analiza obiectivelor calității atât la nivel de spital cât și la nivelul funcțiilor relevante din spital, fiind comunicată tuturor acestor funcții și tuturor compartimentelor funcționale prin Manualul Calității, din care face parte integrantă.

Rezultatele auditurilor interne stă la baza analizei periodice efectuate de management pentru adecvarea continuă a politicii referitoare la calitate.

Politica IMSP Institutul de Medicină Urgentă referitoare la calitate este cunoscută și promovată de întregul personal, reprezentând un punct de reper în analiza performanțelor acestuia și face parte din cultura scrisă a organizației.

PLANIFICAREA

Obiectivele generale prezentate în declarația managerului sunt dezvoltate prin planificarea **obiectivelor specifice** care sunt stabilite:

- Pentru funcții și niveluri organizatorice relevante, respectiv director și șefii de departamente/secții/servicii.
- În concordanță cu politica referitoare la calitate.

Pentru fiecare obiectiv este stabilită ținta obiectivului printr-un indicator măsurabil.

La stabilirea obiectivelor sunt luate în considerare, următoarele:

- Politica Ministerului Sănătății;
- Necesitățile curente și viitoare ale instituției;
- Rezultatele analizelor efectuate de management;
- Performanțele actuale ale proceselor și serviciilor;
- Nivelul de satisfacție al pacientului și a părților interesate;
- Resursele necesare pentru implementarea obiectivelor.

Obiectivele și activitățile planificate sunt analizate operativ pentru adecvanță și continuitate precum și cu ocazia analizelor managementului, fiind stabilite acțiuni în consecință.

Planificarea sistemului de management al calității

Planificarea în cadrul IMSP Institutul de Medicină Urgentă include obiectivele, scopurile planificate, responsabilitățile, termenele, resursele, stadiul și termenii realizării. Operativ, planificarea în cadrul IMSP Institutul de Medicină Urgentă include planificarea tuturor proceselor, precum: resursele, aprovizionarea, realizarea serviciilor, instruirea, auditurile, analizele managementului.

RESPONSABILITATE, AUTORITATE ȘI COMUNICARE

Responsabilitatea și autoritatea personalului care coordonează procesele și influențează calitatea sunt definite și comunicate prin următoarele documente menținute sub control:

- Regulamentul de Organizare și Funcționare
- Regulamentul de Ordine Interioară
- Organigrama
- Manualul Calității
- Fișele de post
- Decizii
- Documentele IMSP Institutul de Medicină Urgentă.

Principalele responsabilități sunt:

MANAGERUL

- stabilește politica calității în IMSP Institutul de Medicină Urgentă și inclusiv obiectivele și angajamentele în domeniul calității;

- conduce și efectuează analiza instituției și dispune măsurile care se impun în urma acestei analize, privind îmbunătățirea calității;
- oficializează prin aprobare Manualul Calității, procedurile de sistem, procedurile, protocoalele instituționale, după care devin instrumente de lucru obligatorii pentru întreg personalul;
- asigură condițiile adecvate pentru menținerea și dezvoltarea IMSP Institutul de Medicină Urgentă pe întregul domeniu de aplicare;
- numește prin decizie Reprezentantul Managementului pentru Calitate;
- asigură comunicarea în IMSP Institutul de Medicină Urgentă a importanței satisfacerii cerințelor pacienților, altor părți interesate, precum și a cerințelor legale și de reglementare.
- se asigură de existența compatibilității între responsabilitățile vizând calitatea, prevăzute în fișa postului și cele din documentele IMSP Institutul de Medicină Urgentă aferente șefilor de entități organizaționale;
- asigură disponibilitatea resurselor necesare implementării politicii și obiectivelor stabilite.

REPREZENTANTUL MANAGEMENTULUI PENTRU CALITATE (RMC)

- se asigură că procesele necesare în cadrul IMSP Institutul de Medicină Urgentă sunt stabilite, implementate și menținute;
- se asigură că modul de funcționare al IMSP Institutul de Medicină Urgentă permite îndeplinirea obiectivelor stabilite în politica în domeniul calității;
- se asigură că este promovată în cadrul organizației conștientizarea cerințelor pacientului;
- coordonează activitățile specifice, beneficiind de sprijinul managerului;
- identifică necesarul de resurse materiale și financiare pentru menținerea și dezvoltarea instituției și obține aprobarea managerului pentru asigurarea acestor resurse;
- identifică necesarul de instruire în domeniul calității și îl propune spre aprobare managerului;
- este coordonatorul funcției audit intern;
- raportează managerului despre funcționarea IMSP Institutul de Medicină Urgentă și despre orice necesitate de îmbunătățire.
- informează în scris conducerea instituției asupra aspectelor privind respectarea documentelor sistemului de management sau necesității întreprinderii de acțiuni corective sau preventive.

Responsabilul Sistemului de Management al Calității (RSMC)

- Coordonează proiectarea și implementarea RSCM la nivelul instituției în numele reprezentantului managementului pentru calitate.
- Elaborează/coordonează elaborarea manualului calității, procedurile sistemului calității, procedurile operaționale din domeniul calității, colaborează la elaborarea procedurilor/instrucțiunilor operaționale/de lucru și a protocoalelor instituționale;

- Răspunde de gestionarea Manualului de Management al Calității și a documentelor asociate, precum și de actualizare a acestora;
- Ține evidența tuturor documentelor sistemului de management al calității, a actualizărilor aplicabile, precum și a codificării acestora;
- Inițiază acțiuni corective și preventive pentru rezolvarea problemelor referitoare la calitate, păstrează evidența și urmărește stadiul implementării pentru toate acțiunile corective și preventive inițiate în urma auditurilor interni/externi în cadrul IMSP Institutul de Medicină Urgentă.
- Elaborează programul anual de audit și urmărește desfășurarea acestuia;
- Participă la efectuarea instruirilor personalului în domeniul sistemului de Management al Calității;
- Raportează Reprezentantului managementului RSMC modul în care funcționează IMSP Institutul de Medicină Urgentă și necesitățile de îmbunătățire, propune soluții de rezolvare;
- Colectează, analizează, sintetizează date pentru analizele managementului;
- Urmărește implementarea prevederilor documentelor elaborate cu sprijinul compartimentelor implicate și a finalizării acțiunilor corective și preventive stabilite.

Responsabilul SMC din EO (entitățile organizaționale)

Asigură interfața între Reprezentantul Managementului și RSMC cu EO (secția/compartimentul) în care activează în privința proiectării, implementării, auditării, certificării și îmbunătățirii SMC **Responsabilul de proces.**

- Răspunde de toate activitățile și deciziile legate de procesul pentru care a primit decizie.
- Coordonează identificarea, documentarea, implementarea și îmbunătățirea procesului pentru care este responsabil.
- Conduce analizele procesului realizate de echipa de proces.
- Inițiază acțiuni corective și preventive privind procesul pentru care este responsabil.

Vicedirector Medical

- Coordonează activitatea medicală și de cercetare din IMSP Institutul de Medicină Urgentă;
- Întreprinde măsurile necesare și urmărește realizarea indicatorilor de performanță ai managementului instituției privind acordarea asistenței medicale de specialitate și de urgență;
- Coordonează fișa postului pentru personalul medical superior;
- Coordonează îmbunătățirea standardelor clinice și a modelelor de practică în scopul acordării de servicii medicale de calitate în scopul creșterii gradului de satisfacție al pacienților;
- Coordonează monitorizarea și evaluarea activității medicale desfășurate în instituție în scopul creșterii performanțelor profesionale și utilizării eficiente a resurselor alocate;

- Aprobă protocoalele de practică medicală la nivelul IMSP Institutul de Medicină Urgentă și monitorizează procesul de implementare a lor;
- Asigură respectarea normelor de etică profesională și deontologie medicală;
- Intocmește planul de formare și perfecționare a personalului medical;
- Coordonează și răspunde de elaborarea planului de dezvoltare a instituției.

Șeful de departament

- coordonează, activitatea secțiilor din subordine în scopul îndeplinirii integrale, cantitative și calitative a sarcinilor profesionale la nivelul prevederilor actelor normative în vigoare;
- periodic analizează evenimentele desfășurate în secțiile din subordine stabilind măsurile ce se impun;
- colaborează cu șefii altor departamente din cadrul instituției în vederea stabilirii diagnosticului și aplicării tratamentului corespunzător;
- evaluează și monitorizează aplicarea cu consecvență a documentelor sistemului de management al calității în secțiile din subordine;
- organizează activitatea didactică și științifică desfășurată în secțiile din subordine;
- întocmește fișele anuale de apreciere a activității întregului personal din subordine.

Șeful de secție

- coordonează, îndrumă și răspunde de întreaga activitate din secția pe care o conduce în scopul îndeplinirii integrale, cantitative și calitative a sarcinilor profesionale la nivelul impus de cerințele actuale;
- organizează raportul de gardă, în care analizează evenimentele din secție în ultimele stabilind măsurile necesare;
- În scopul ridicării pregătirii profesionale și a practicării cu competență egală a tuturor profilelor de activitate din secție, programează activitatea tuturor medicilor din secție, astfel ca fiecare medic să lucreze periodic în diversele compartimente ale acesteia;
- colaborează cu medicii șefi ai altor secții și laboratoare, în vederea stabilirii diagnosticului și aplicării tratamentului corespunzător;
- controlează și răspunde de:
 - aplicarea cu consecvență a documentelor sistemului de management al calității;
 - completarea foilor de observație clinică a pacienților în primele 24 de ore de la internare și de înscriere zilnică a tratamentului aplicat;
 - aplicarea măsurilor de protecția muncii și respectarea normelor PSI , în secție
 - respectarea regimului de odihnă, servirea mesei și primirea vizitatorilor de către bolnav.
- controlează calitatea, exactitatea și modul de păstrare în secție a documentelor de spitalizare (foaia de observație, fișa de anestezie, foaia de temperatură, buletine de analiză, bilet de trimitere etc);
- organizează și răspunde de activitatea didactică și științifică desfășurată în secție;
- întocmește fișele anuale de apreciere a activității întregului personal din subordine;

Medicul de specialitate

- acordă asistență medicală de specialitate pacienților din saloanele care i-au fost repartizate, precum și pacienților din celelalte secții de profil, cu ocazia efectuării gărzilor și contravizitelor;
- examinează pacienții imediat la internare completând foaia de observație în primele 24 de ore sau imediat (în caz de urgență), formulând diagnosticul stabilit pe baza examenului clinic și stabilind tratamentul adecvat;
- prezintă medicului șef de secție, de cel puțin 2 ori pe săptămână, în cadrul vizitelor programate, situația fiecărui bolnav și solicită sprijinul acestuia de câte ori este necesar;
- raportează șefului de secție cazurile deosebite precum și neconcordanțele de diagnostic sau erorile de diagnostic la pacienții internați în saloanele repartizate și care au fost tratați sau trimiși de alte secții;
- întocmește și semnează condica de medicamente pentru acienți; supraveghează tratamentele medicale executate de personalul mediu sanitar și regimul alimentar zilnic al acienților;
- raportează cazurile de infecție intraspitalicească din secție, cazurile de boli infecțioase, profesionale, potrivit dispozițiilor în vigoare;
- întocmește formele de externare ale acienților pe care i-a îngrijit, formulează diagnosticul final, întocmește epicriza, redactează certificatul de concediu medical
- redactează și semnează certificatul de deces după ce a participat la autopsia decedaților, redactează orice act medical aprobat de conducerea spitalului în legătură cu acienții pe care îi are sau i-a avut în îngrijire;
- indică transfuzia și cantitatea necesară, care urmează a se administra, consemnând sub semnătură și proprie răspundere în foaia de observație; urmărește transfuzia administrată acienților;
- urmărește evoluția transfuzională și posttransfuzională (timp de 48 ore) a acienților, răspunzând de măsurile luate în cazul apariției reacțiilor posttransfuzionale;
- semnalează din timp medicului șef de secție orice deficiență în aprovizionarea cu medicamente și materiale necesare;
- controlează și răspunde de perfectă stare de curățenie în saloane, grupuri sanitare; de bună întreținere a aparatelor, instrumentelor, obiectelor de inventar precum și a instalațiilor de orice fel;
- desfășoară activitatea de cercetare medicală și învățământ medical în conformitate cu sarcinile stabilite de șeful departamentului și a șefului de secție.

Medicul de gardă:

- controlează la intrarea în gardă prezența la serviciu a personalului medico sanitar și existența mijloacelor necesare asigurării asistenței de urgență;
- supraveghează tratamentele medicale executate de personalul mediu și cazurile grave existente în secție sau internate în timpul gărzii;
- înscrie în registrul de consultații orice bolnav și răspunde de luarea primelor măsuri terapeutice;

- întocmește foaia de observație verificând identitatea celor internați sau consultați;
- anunță managerul spitalului și medicul șef secție, cazurile cu implicații medico-legale orice eveniment deosebit ca și în caz de incendiu sau alte calamități intervenite în timpul găzii;
- întocmește raportul de gardă la terminarea serviciului.

Asistent medical șef

- Coordonează, controlează și răspunde de întreaga activitate desfășurată în unitate de personalul mediu și auxiliar sanitar.
- Întreprinde măsurile necesare și urmărește realizarea indicatorilor de performanță ai managementului spitalului privind acordarea asistenței medicale de specialitate și de urgență;
- Întocmește fișa postului pentru asistentele superioare ale secțiilor, laboratoarelor, departamentelor, serviciilor medicale. Răspunde de asigurarea unui comportament corespunzător al personalului din subordine.
- Participă la concursurile de ocupare a posturilor pentru personalul mediu sanitar.
- Coordonează, controlează și răspunde de activitatea desfășurată de asistenții superiori în sensul în care, organizează periodic întâlniri de lucru în care analizează activitatea și face raportări scrise managerului, cu propuneri concrete de remediere a deficiențelor și îmbunătățire a activității;
- Ia măsuri menite să asigure respectarea programului de activitate de către personalul mediu și auxiliar sanitar și corecta îndeplinire a sarcinilor de serviciu.
- Ia măsurile necesare pentru a asigura respectarea programului de activitate de către personalul mediu și auxiliar sanitar și corecta îndeplinire a sarcinilor de serviciu în termen.
- Ia măsurile necesare pentru asigurarea condițiilor corespunzătoare de muncă, prevenirea accidentelor și îmbăcățirilor profesionale.
- Coordonează activitatea de desfășurare a stagiului de pregătire practică a elevilor din Colegiul de Medicină USMF N. Testimiteanu, asigurând condiții optime de desfășurare a stagiului.
- Se implică în mod concret în luarea măsurilor corespunzătoare pentru asigurarea stării de igienă a pacienților, secțiilor, compartimentelor și altor spații din unitate precum și pentru cunoașterea de către pacienți, a drepturilor și obligațiilor ce le au conform legislației în vigoare.
- Verifică și asigură utilizarea în condiții corespunzătoare a instrumentarului și apărăturii din dotarea spitalului.
- Ia masuri de asigurare a echipamentului de protecție și utilizarea corectă a lui.
- Ia masuri pentru respectarea circuitelor funcționale ale spitalului de către personalul sanitar mediu și auxiliar.
- Se preocupă de formarea profesională continuă a personalului din subordine și organizează participarea personalului la programe de perfecționare.

- Verifică programarea și efectuarea concediilor personalului din subordine astfel încât să nu fie afectată activitatea medicală.
- Îndeplinește toate sarcinile ce îi revin privind normele de supraveghere și control a infecțiilor nosocomiale.

Asistent medical superior din cadrul secției

- Organizează și răspunde de întreaga activitate în secția pe care o conduce;
- Răspunde de calitatea actului medical acordat de personalul din subordine;
- Coordonează și controlează indicii de utilizare a patului și numărul de zile de spitalizare a pacienților;
- Contribuie la îmbunătățirea managementului economic al secției prin măsuri de organizare și planificare;
- Coordonează, controlează și răspunde de îndeplinirea promptă și corectă a sarcinilor de muncă;
- Coordonează, controlează și răspunde de calitatea activității desfășurate de personalul aflat în subordine, de respectarea de către aceștia a normelor de protecție a muncii, precum și a normelor etice și deontologice;
- Evaluează și apreciază individual și global activitatea și comportamentul personalului din secție conform Regulamentului de ordine interioară a Instituției;
- Răspunde de respectarea deciziilor, a prevederilor din fișa de post cât și regulamentul de funcționare a personalului aflat în subordine;
- Respectă normele igienico-sanitare și de protecția muncii și mediului și controlează respectarea acestor norme de către tot personalul din subordine;
- Respectă reglementările în vigoare privind prevenirea, controlul și combaterea infecțiilor nosocomiale și controlează respectarea acestor norme de către tot personalul din subordine;
- Respectă secretul profesional și codul de etică al asistentului medical și controlează respectarea acestor norme de către tot personalul din subordine;
- Se preocupă de actualizarea cunoștințelor profesionale și de utilizarea echipamentelor prin studiu individual sau alte forme de educație continuă;
- Stabilește graficul de lucru și sarcinile personalului din subordine, cu avizul șefului de secție și a șefului de department;
- Organizează împreună cu șeful secției și asistentul medical șef, testări profesionale periodice și acordă calificative anuale, pe baza rezultatelor obținute la testare;
- Controlează activitatea de educație pentru sănătate desfășurată de asistenții medicali;
- Supraveghează și asigură acomodarea și integrarea personalului nou încadrat, în vederea respectării sarcinilor din fișa postului;
- Informează șeful de secție și asistentul medical șef despre evenimentele petrecute în timpul turelor;
- Realizează autoinventarierea periodică a dotării secției conform normelor stabilite.

- Analizează și propune nevoile de perfecționare pentru categoriile de personal din subordine și le comunică șefului de secție și asistentului medical șef;
- Organizează instruirile periodice ale întregului personal din subordine privind respectarea normelor de protecție a muncii, prevenirea și raportarea infecțiilor nozocomiale și respectarea normelor AES;
- Asigură păstrarea secretului profesional;
- Întocmește graficul concediilor de odihnă și răspunde de respectarea acestor programări cu asigurarea înlocuirii personalului pe durata concediului;
- Supraveghează activitatea și asigură acomodarea și integrarea personalului nou încadrat, în vederea respectării sarcinilor din fișa postului;
- Răspunde de aprovizionarea cu instrumentar, lenjerie și alte materiale sanitare necesare;
- Asigură procurarea medicamentelor curente pentru aparatul de urgență al secției, controlează modul în care medicația este ridicată de la farmacie, pastrată și distribuită de către asistentele din secție;
- Răspunde de întocmirea situației zilnice a mișcării acienților și asigură predarea acestora la serviciul internări;
- Organizează și participă zilnic la raportul asistenților medicali din secție, la raportul de gardă al medicilor și la ședințele săptămânale organizate de directorul de îngrijiri medicale;
- În cazul constatării unor acte de indisciplină la personalul din subordine în cadrul secției, decide asupra modului de rezolvare și sau sancționarea persoanei vinovate și informează medicul șef de secție, asistentul medical șef.

Asistent medical din cadrul secție

- Îndeplinește toate sarcinile legate de pacienți primite de la asistenta superioară, medicul curant sau medicul șef de secție;
- Părăsește secția numai după predarea individuală a fiecărui pacient și completarea raportului de tură;
- Repartizează pacienții noi internați în saloane după asigurarea toaletei personale și îmbrăcarea cu echipamentul de spital sau personal conform prevederilor regulamentului de ordine interioară;
- Verifică documentele și completează datele referitoare la identitatea pacienților (IDNP, serie, număr buletin, carnet de pensionar etc);
- Preia îmbrăcăminte și obiectele personale ale bolnavului pe bază de inventar, îmbrăcăminte va fi dusă la depozitul special de haine, iar obiectele de valoare vor fi depuse (la solicitarea) bolnavului la locul stabilit de conducerea spitalului sau predate rudelor contra semnătură și doar conform solicitării pacientului informând despre acesată acțiune asistentul medical superior al secției;
- Instruiește bolnavul cu privire la regulamentul de ordine interioară;

- Observă simptomele și starea bolnavului, monitorizează funcțiile vitale, le înregistrează în documentul de observație și informează medicul de salon despre evoluția bolii;
- Are obligația de a deconta în obiectele sanitare, consumabil, materialele și medicamentele consumate în timpul turei sale;
- Pregătește condițiile necesare pentru examenul și tratamentul medical și ajută medicul la realizarea acestora;
- Pregătește bolnavul pentru diferite examinări și organizează transportul lui (atunci când este cazul);
- Notează indicațiile date de medic, le execută și le înscrie în raportul de tură ;
- Recoltează produsele biologice solicitate de medic, le trimite la laborator și se ocupă de recuperarea rezultatelor pe care le atașează foi de observație ;
- Aduce de la farmacie medicația prescrisă în condicile de medicamente;
- Efectuează tratamentele prescrise de medic;
- Pregătește materialele și instrumentele pentru sterilizare și le transportă și de la stația de sterilizare;
- Se îngrijește de păstrarea curățeniei, aerisirea și încălzirea salonului;
- Răspunde de respectarea orelor de somn și de odihnă, de păstrarea liniștii necesare pentru confortul psihic al pacienților, de interzicerea fumatului în secție;
- Răspunde de alimentația pacienților conform prescripțiilor medicale și asistă la servirea mesei de către personalul responsabil;
- Desfășoară activități de educație pentru sănătate cu pacienții și familiile acestora;
- Supraveghează orele de vizită ale aparținătorilor în vedere respectării odihnei, igienei și disciplinei, conform regulamentului de ordine interioară a spitalului;
- Pregătește pacientul pentru externare;
- În caz de deces se îngrijește de transportul cadavrului la secția de Morfopatologie a spitalului (inventariază obiectele personale, completează actul de identificare al cadavrului pe care îl fixează pe picior);
- Respectă secretul profesional și Codul de Etică al asistentului medical;
- Respectă și apară drepturile pacientului.

Personalul medical cu studii medii de specialitate

- efectuează, sub îndrumarea și controlul direct al medicului, tratamente și îngrijiri medicale, recoltări de probe, analize de laborator și alte prestații medicale;
- asigură igiena individuală și îngrijirea permanentă a bolnavului, administrează alimentația și medicamentele prescrise;
- supraveghează în permanență starea acienților și informează medicul asupra evoluției bolii;
- răspunde de buna păstrare a aparaturii, utilajelor și instrumentarului și execută pregătirea și sterilizarea instrumentarului, cu respectarea normelor tehnice sanitare.

Personalul auxiliar din secție

Infirmiera din secție:

- Pregătește patul și schimbă lenjeria bolnavului;
- Respectă regulamentul de ordine interioară a unității;
- Respectă programul de lucru (ora venirii și plecării din unitate);
- Respectă normele de protecție a muncii folosind echipamentul de protecție (manuși, bonetă, mască);
- Efectuează sau ajută la efectuarea toaletei zilnice a bolnavului imobilizat, cu respectarea regulilor de igienă;
- Răspunde de folosirea și păstrarea în bune condiții a materialelor de curățenie;
- Ajută la curățarea, spălarea și dezinfectarea truselor cu instrumente medicale și a casoletelor;
- Efectuează zilnic curățenie în condiții corespunzătoare a spațiului repartizat și răspunde de starea de igienă a sălilor de operație, saloane, coridoarelor, pereților, mobilierului și a ferestrelor;
- Participă la pregătirea pacientului;
- Ajută pacienții deplasabili la efectuarea toaletei zilnice;
- Ajută asistenta la transportul casoletelor și truselor de instrumente;
- Ajută acienții pentru efectuarea nevoilor fiziologice (plosca, urinar, tăvițe renale etc.);
- Asigură curățenia, dezinfecția și păstrarea recipientelor utilizate, în locuri și condițiile stabilite (în secție);
- Transportă lenjeria murdară (de pat și a acienților), în containere speciale la spălătorie și o aduce curățată în containere speciale, cu respectarea circuitelor conform reglementărilor Regulamentului de Ordine Interioară;
- Se preocupă de actualizarea cunoștințelor profesionale, prin studiu individual sau alte forme de educație continuă și conform cerințelor postului;
- Respectă confidențialitatea tuturor aspectelor legate de locul de muncă indiferent de natura acestora, orice declarație publică cu referire la locul de muncă este interzisă.

Brancardierul:

- Se ocupă de transportul pacienților;
- Se ocupă de funcționarea, curățenia și dezinfectarea cărucioarelor de transport și a brancardelor, și cunoaște soluțiile dezinfectante și modul de folosire;
- Efectuează transportul cadavrelor respectând circuitele, însoțit de asistenta medicală, cu documentele de identificare;
- La transportul cadavrelor vor folosi obligatoriu echipament special de protecție (un halat de protecție, mănuși de cauciuc etc.) conform ordonanței în vigoare;
- Va ajuta la fixarea/poziționarea extremităților, segmentelor fracturate, aplicarea aparatelor gipsate, inclusiv în cadrul serviciului de gardă;
- Transportă pacienții la sala de operație, la cabinetele de explorări funcționale conform recomandărilor medicale.

Farmacistul diriginte:

- coordonează activitatea farmaciei, conform cu prevederile legale și cu deciziile managementului;
- face parte din comisia de evaluare stabilită de conducerea spitalului în vederea achiziționării de medicamente;
- organizează recepția cantitativă și calitativă a produselor farmaceutice, precum și depozitarea și conservarea acestora;
- Răspunde de efectuarea corectă și la timp a lucrărilor de gestiune.

Șeful Serviciului Resurse Umane

- întocmește statul de funcțiuni conform normelor de structura aprobate; contractele salariaților; statele de plată în conformitate cu legislația în vigoare; dosarele cerute de legislația în vigoare în vederea pensionării;
- efectuează controlul prestării muncii atât în cadrul programului cât și în afara acestuia (gărzi, ore suplimentare);
- elaborează planul anual de instruire, pe baza necesităților de instruire;
- organizează și monitorizează modul de desfășurare a activității de instruire și calificare și ia măsuri pentru îmbunătățirea și creșterea eficacității procesului;
- răspunde de selecționarea lectorilor, organizațiile, programele folosite în activitatea de instruire și de evaluare a personalului.

Șefii serviciului evidență contabilă și economist șef

- Organizează și răspunde de întocmirea și realizarea planurilor de investiții, reparații capitale, dotare construcții, aprovizionare și salarii;
- Răspunde de întocmirea, conform legislației în vigoare, a tuturor actelor sub forma cărora se materializează raporturile de muncă;
- Ia măsuri pentru aprovizionarea ritmică și optimizarea stocurilor de materiale, dotarea cu mijloace de transport;
- Ia măsurile necesare pentru buna funcționare a activităților gospodărești, igienizarea locurilor de muncă, îmbunătățirea locurilor de muncă și confort;
- Împreună cu contabilul șef întocmește și prezintă studii privind optimizarea măsurilor de bună gospodărire a resurselor materiale și gospodărești, de prevenire a formării de stocuri, a respectării normelor privind disciplina financiară, în scopul administrării cu eficiența maximă a patrimoniului.

Inginerul șef

- coordonează activitatea departamentului tehnic;
- coordonează activitatea de investiții, mentenanța, reparații a mijloacelor fixe din dotarea spitalului;
- asigură utilitățile necesare la standardul cerut de procesele din spital;
- asigură personal tehnic de intervenție operativă conform cu necesitățile spitalului;
- răspunde de execuția de calitate, la timp și cu încadrarea în deviz a lucrărilor de reparații, investiții;

- organizează efectuarea licitațiilor sau a selecției de oferte pentru obiectivele/lucrările în domeniu;
- urmărește și răspunde de verificarea situațiilor de lucrări prezentate, în vederea avizării plății lucrărilor.

Șeful Serviciului Achiziții Publice

- Organizează licitațiile;
- Încheie contractele de achiziție publică în conformitate cu procedurile stabilite și recepționează cantitativ și calitativ mărfurile.

Comunicarea internă

Prin acest proces managerul se asigură:

- stabilirea în cadrul instituției a proceselor adecvate de comunicare, considerandu-se ca fiecare entitate din organizație, cât și fiecare angajat este simultan client și furnizor intern pentru celelalte entități/angajați;
 - comunicării eficacității sistemului de management al calității;
- Căile de comunicare internă utilizate sunt:

- rapoartele de gardă;
- analizele efectuate de management;
- instruirile;
- utilizarea panourilor de afișare;
- chestionarea angajaților și încurajarea acestora pentru a face sugestii;
- utilizarea audiențelor la nivelul conducerii;
- deciziile;
- note interne.

ANALIZA EFECTUATĂ DE MANAGEMENT

Pentru a se asigura ca sistemul de management al calității este în permanență corespunzător, adecvat și eficient, managerul organizează analize semestriale la nivelul conducerii de vârf.

Analiza este condusă de directorul instituției în următoarea componență:

- director;
- reprezentantul managementului pentru calitate;
- șefi de departamente;
- șefi de secții;
- invitați.

Prin analizele efectuate de management sunt evaluate:

- Eficacitatea, adecvanta și funcționarea corespunzătoare a SMC;
- Oportunitățile de îmbunătățire ale SMC;
- Necesitățile de schimbare ale SMC;
- Necesitățile de schimbare ale politicii și a obiectivelor calității;
- Evoluțiile și tendința indicatorilor privind calitatea și sistemul de management al calității

Elementele de intrare în analiza efectuată de management cuprind de regula:

- rezultatele auditurilor;
- feedback-ul de la pacienți;
- performanțele proceselor și conformitatea serviciului;
- stadiul acțiunilor corective și preventive;
- stadiul și analiza obiectivelor;
- acțiunile de urmărire de la analizele anterioare efectuate de management;
- schimbările care ar putea să influențeze SMC;
- recomandări pentru îmbunătățire.

Elementele de ieșire ale analizei sunt:

- îmbunătățirea eficacității SM și a proceselor sale;
- decizii manageriale privind adecvarea structurii organizatorice și a necesarului de resurse;
- îmbunătățirea serviciului în raport cu cerințele pacientului;
- rapoarte de acțiuni corective și preventive.

Rezultatele analizelor sunt difuzate factorilor implicați, iar înregistrările sunt păstrate pentru referiri ulterioare.

Acțiunile corective și preventive stabilite sunt urmărite prin acțiuni de verificare operative, audituri planificate sau – după caz – neplanificate.

MANAGEMENTUL RESURSELOR

ASIGURAREA RESURSELOR

Resursele SMC sunt formate din:

- Resursele umane;
- Resursele de infrastructură;
- Resursele informaționale;
- Resursele documentare;
- Resursele financiare, care sunt destinate pentru:
- Implementarea și funcționarea SMC;
- Îmbunătățirea continuă a eficacității SMC;
- Creșterea satisfacției pacientului prin îndeplinirea cerințelor sale.

Alocarea resurselor este realizată, prin:

- Bugetul anual de venituri și cheltuieli;
- Obiectivele specifice;
- Acțiunile corective/preventive;
- Programele privind implementarea, menținerea și îmbunătățirea proceselor sistemului de management al calității;
- Programele privind:
- Instruirea, calificarea și specializarea personalului;
- Determinarea cerințelor pacientului;
- Menținerea echipamentelor de lucru;
- Menținerea, verificarea și repararea dispozitivelor de măsurare și monitorizare.

RESURSE UMANE

Personalul care efectuează activități ce influențează calitatea serviciului are competență din punct de vedere al:

- Studiilor (pregătirea profesională);
- Instruirii, calificării, specializării;
- Abilităților personale;
- Experienței în domeniul de activitate.

Competență, conștientizare și instruire

Cerința este documentată în procedura „Competența, conștientizare, instruire” Criteriile de competență corespund cu prevederile organigramei și sunt stabilite prin fișa postului.

Procedura prezintă:

- determinarea nivelului de competență necesară pentru personalul care desfășoară activități ce influențează calitatea serviciilor (inclusiv necesarul de instruire/calificare în domeniile legale și de reglementare);
- realizarea instruirilor, calificărilor și autorizărilor pentru a satisface aceste cerințe;
- evaluarea eficacității acțiunilor întreprinse;
- asigurarea că personalul este conștient de relevanța și importanța activităților sale și de modul în care contribuie la realizarea obiectivelor calității;
- menținerea înregistrărilor adecvate referitoare la studii, abilități și experiență.

Conștientizarea personalului pentru calitate este responsabilitatea fiecărui conducător de departament/secție.

Prin conștientizarea personalului pentru calitate se urmărește:

- Dezvoltarea atitudinii personalului față de pacient și calitatea serviciului prestat;
- Comunicarea importanței realizării cerințelor pacientului;
- Cunoașterea de către personal a procedurilor și protocoalelor medicale;
- Asigurarea de către management a condițiilor de a nu greși;
- Motivarea dorinței angajatului de a face efort pentru implementarea obiectivelor declarate și comunicate de management;
- Implicarea personalului în rezolvarea problemelor organizației;
- Sprijinirea dorințelor și a obiectivelor personale, cu efect asupra performanței procesului/activității desfășurate;
- Dezvoltarea atașamentului față de munca prestată;
- Motivarea personalului.

INFRASTRUCTURA

Responsabilitatea de a asigura infrastructura necesară efectuării tuturor activităților și operațiilor din componența proceselor care influențează direct calitatea serviciilor ce fac obiectul contractelor încheiate cu clienții, revine managerului, prin compartimentele funcționale.

Această infrastructură cuprinde:

- utilități (apă, energie electrică, aer comprimat, gaz);

- secții clinice;
- unitate de primire urgente;
- echipamente de lucru ;
- aparatura de imagistică și laborator;
- rețea informatică;
- echipamente de inspecție, măsurare și încercare;
- mijloace pentru asigurarea și protecția mediului ambiant;
- echipamente de protecție a muncii etc.;
- software specializat, proceduri, protocoale medicale, ghiduri de bună practică, reglementări;
- parc auto specializat: salvări, alte mijloace de transport intern si extern;
- mijloace de comunicare: telefon, fax, mail etc..

MEDIUL DE LUCRU

Factorii care influențează mediul de lucru sunt factorii umani și factorii fizici.

Pentru factorii umani sunt stabilite reguli și asigurate condiții pentru:

- înțelegerea obiectivelor de atins și a mediului în care acesta influențează calitatea actului medical-prin instruire;
- reguli de securitate a muncii și PSI - prin instruire periodice specifice;
- recunoașteri și recompensări pentru atingerea obiectivelor, îmbunătățirea acestora;
- dezvoltarea profesională.

Pentru toate entitățile organizatorice care participă la realizarea conformității serviciului sunt asigurați factorii fizici necesari (căldura, lumina, igiena, temperatura, curățenia, nivelul de zgomot).

Este organizat și stabilite responsabilități pentru securitatea muncii și paza contra incendiilor în conformitate cu prevederile legale și de reglementare în domeniu.

SMC este conceput să funcționeze și în condiții de alertă- stress și cazuri de urgență;

Toate aceste cazuri speciale se definesc în documente punctuale, specifice situației.

REALIZAREA SERVICIULUI

PLANIFICAREA REALIZĂRII SERVICIULUI

Implementarea sistemului de management al calității asigură focalizarea atenției nu numai asupra serviciului, ci și asupra succesiunii de procese în urma cărora rezultă acesta.

Planificarea realizării serviciului este descrisă în procedurile operaționale și protocoale medicale pentru execuția serviciilor medicale și nemedicale, ele descriu activitățile și responsabilitățile necesare realizării serviciului, documentele de referință, înregistrările necesare inclusiv verificările și monitorizările specifice.

De regulă sunt emise foi de observație pentru fiecare pacient în care sunt indicate etapele serviciului medical specifice pacientului.

PROCESE REFERITOARE LA RELAȚIA CU PACIENTUL

Determinarea cerințelor referitoare la serviciu

Managementul instituției a decis și a comunicat tuturor părților interesate caracteristicile de bază ale serviciilor oferite, respectiv:

- a) sunt disponibile;
- b) satisfac necesitățile pacienților;
- c) sunt conforme cu codurile de bună practică, protocoale medicale;
- d) sunt conforme condițiilor legale și de reglementare;
- e) aduc o îmbunătățire continuă a acestora.

Funcțiile generale ale activităților de dezvoltare aplicate de noi sunt:

- a) investigarea necesităților pacienților;
- b) adaptarea instituției la dinamica mediului economico - social;
- c) satisfacerea în condiții superioare a cerințelor pacienților;
- d) obținerea unei eficiențe economice optime în raportul: calitate act medical - operativitate - costuri.

Determinarea cerințelor specificate și nespecificate de către pacient referitoare la serviciu sunt realizate prin:

- a) comunicarea cu pacienții prin dialog direct, transmiterea de prospecte, chestionare;
- b) studierea ofertelor de servicii medicale și nemedicale similare;
- c) încadrarea cerințelor pentru serviciu în cerințele legale și de reglementare aplicabile;
- d) măsurarea nivelului de satisfacție al pacientului.

Analiza cerințelor referitoare la serviciu

Serviciile medicale efectuate de instituție sunt realizate pe baza contractului cadru încheiat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Analiza solicitării – dezvoltată în procedura „Relațiile cu pacienții”, este reprezentată de ansamblul acțiunilor sistematice efectuate de spital înainte de luarea în îngrijire a pacientului, pentru a se asigura că exigențele pentru calitate sunt definite într-un mod adecvat, fara ambiguități, clar descrise și realizabile. Analiza constă în colectarea și analiza tuturor informațiilor necesare pentru determinarea capabilității și efectuarea unei bune prestații a spitalului față de potențialul pacient. Solicitarea pacientului poate fi scrisă, verbală sau tăcută.

Exista un contract de facto și în limitele competenței respective, între:

- pacient și medic: pentru un corect și complet diagnostic, pentru terapie, pentru informațiile de furnizat, rezultatul tratamentului, respectul persoanei, secretul medical;
- pacient și personalul care-l îngrijește: pentru infirmieri, îngrijitori, pentru informațiile de furnizat și secretul medical, dar și pentru amabilitate, atenție, gesturi, respectul persoanei etc.;
- pacient și spital, privind primirea, starea localului, calitatea serviciilor hoteliere, mijloacele puse la dispoziție de personalul îngrijitor, informațiile de furnizat, secretul medical.

Acest contract are în vedere legile, reglementările, regulile și codurile profesionale (codul deontologic medical și al infirmierilor), cât și legea cu privire la drepturile pacientului. Înainte de începerea efectuării serviciului medical pacienții sau familiile lor sunt informate de beneficiile pe care le aduc tratamentele efectuate, cât și riscurile care pot să apară în cursul investigațiilor sau tratamentului.

Rezultatele analizei și confirmarea faptului că există o bună înțelegere de către pacient și personalul medical implicat, administrativ și infirmieri, asupra caracteristicilor serviciului și rezultatul sau probabil sunt înregistrate în foaia de observație. În cazul incapacității pacientului, contractul se stabilește cu familia sau cu o persoană legal desemnată.

Prestațiile efectuate de interfețele externe, de ex.: laboratoare, farmacii, imagistică sunt clar descrise și administrate prin contracte specifice, analizate anterior serviciului medical angajat față de pacient.

În cazul în care există posibile victime ale unui prejudiciu datorat activității spitalului acestea sunt asistate și orientate către nucleul de calitate al spitalului, prin emiterea unei reclamații, care se tratează conform „Tratarea reclamațiilor”.

Comunicarea cu pacientul

În cadrul spitalului sunt stabilite și implementate o serie de metode privind comunicarea cu clientul, astfel:

- a) activitatea de informare, prin care pacientul sau potențialul client poate avea acces la informațiile despre serviciile realizate de către IMSP IMU, realizată prin mass-media, internet etc.;
- b) activitatea de relații cu pacienții, documentată prin procedură;
- c) feedback-ul de la pacienți, inclusiv reclamațiile acestora.

DEZVOLTAREA SERVICIILOR MEDICALE

Procesul se aplică de toate compartimentele instituției (secțiile clinice, ambulatoriu, tehnic etc.) precum și de către persoanele implicate în activitatea de dezvoltare a serviciilor medicale și non-medicale, ca de ex.:

- o secție cu un nou profil;
- un tratament nou;
- regimuri dietetice;
- servicii de primire;
- servicii hoteliere;
- examene de laborator;
- imagistica;
- logistica;
- prestații particulare etc.

În situația când instituția decide că proiectul să fie subcontractat integral sau parțial cu altă entitate, clauza este de asemenea aplicabilă în sistemul de management al calității spitalului.

7.3.2 Planificarea dezvoltării se realizează pentru fiecare serviciu de către:

- directorul medical pentru domeniul medical;
- directorul tehnic pentru domeniul non-medical, prin „Planul de dezvoltare”.

7.3.3 Stabilirea responsabilităților pentru fiecare proiect de dezvoltare este în sarcina directorului medical/directorului tehnic care le repartizează șefului de secție/serviciu. În cazul în care este necesară implicarea unei organizații externe sau persoane fizice în execuția proiectului, șeful de proiect evaluează și selectează furnizori adecvați. Interfețele sunt aplicabile în toate fazele de dezvoltare.

7.3.4 Datele de intrare ale dezvoltării sunt stabilite de regulă în: solicitări de la clienți/pacienți, decizii manageriale, planuri de investiții, experiențe externe, teme de dezvoltare, caiete de sarcini, specificații, standarde, protocoale medicale, prescripții, prevederi legale și reglementare, experiența anterioară a organizației, cataloage ale furnizorilor de echipamente și consumabile, schițe de amplasare a utilajelor, proiecte ale spațiilor existente etc.

7.3.5 Datele de ieșire ale dezvoltării sunt materializate în: studii, tratamente, necesar de personal, echipamente, consumabile, proiecte de amenajare a spațiilor, utilități, protocoale medicale, devize de lucru, lista de specificații, caiete de sarcini, desene, recepturi, consumuri specifice de materiale, calculații de pret alternative etc.

7.3.6 Analizele proiectelor de dezvoltare sunt stabilite la începutul procesului de dezvoltare și ele cuprind atât analize efectuate în cursul dezvoltării (pe faze) cât și la final. Scopul acestei analize este de a verifica dacă datele de intrare concordă cu rezultatele în faza de dezvoltare respectivă.

7.3.7 Verificarea proiectelor de dezvoltare se realizează în scopul asigurării ca datele de ieșire ale etapei de dezvoltare satisfac condițiile cuprinse în datele de intrare.

Verificarea se face utilizând următoarele metode:

- a) soluții menționate în literatura de specialitate;
- b) efectuarea de demonstrații;
- c) modul de respectare a cerințelor reglementare și legale;
- d) analiza riscului de accidente sau incidente.

Validarea dezvoltării are scopul de a se asigura ca proiectul este corespunzător cu necesitățile sau condițiile definite ale utilizatorului.

Validarea dezvoltării se face după:

- aprobarea proiectului în nucleul de calitate al instituției;
- realizarea și monitorizarea primului serviciu, inclusiv a efectelor sale.

Documentele de validare se păstrează la dosarul proiectului, alături de toate înregistrările specifice fazelor anterioare. Modificările și schimbările proiectului sunt identificate, efectuate prin modificarea documentului respectiv și reluarea traseului de analiza, verificare și – după caz- validare ca și la documentul inițial.

APROVIZIONARE

Procesul de aprovizionare

Datorită impactului pe care îl au definirea clară, fără ambiguități a datelor de aprovizionare, evaluarea și selecția furnizorilor, precum și cele referitoare la verificarea produsului/ serviciului aprovizionat, asupra calității serviciului medical, IMSP IMU se asigură că produsul/ serviciul aprovizionat este conform cu cerințele de aprovizionare specificate. În acest scop, s-au stabilit criterii pentru evaluarea, selectarea și acceptarea furnizorilor de produse/servicii.

Șeful compartimentului implicat are responsabilitatea de a efectua evaluarea și selecția furnizorilor potențiali și de a alcătui și reactualiza sistematic lista furnizorilor acceptați.

În cazul în care se organizează licitații la nivelul Ministerului Sănătății atunci se respectă prevederile ministeriale privind licitațiile publice.

Informații referitoare la aprovizionare

Dacă prin reglementările Ministerului Sănătății nu sunt stabilite alte proceduri de achiziție, atunci responsabilitatea evaluării ofertelor furnizorilor sub aspectul îndeplinirii cerințelor din documentele de aprovizionare, precum și pentru elaborarea și transmiterea comenzilor și perfectarea contractelor revine șefului serv. achiziții publice. Comenzile și contractele cuprind prevederi concordante cu cele din necesarele de aprovizionare în ceea ce privește:

- a) obiectul comenzii (produse, servicii, echipamente etc.), cu cantități și termene de livrare;
- b) cerințe privind calitatea (specificații tehnice, standarde etc.);
- c) cerințe privind metode de verificare/analize la recepție;
- d) cerințe privind sistemul de management al calității.

Contractele și cerințele cuprinse în acestea sunt analizate pentru ca toate cerințele explicite să fie clar exprimate, fără ambiguități, în conformitate cu procedura de aprovizionări.

Verificarea produsului/serviciului aprovizionat

La intrarea în spital se efectuează recepția tuturor produselor/materialelor/medicamentelor.

Activitatea de inspecție la primire permite verificarea modului în care furnizorii își îndeplinesc obligațiile contractuale și livrează produse conform cerințelor specificate. Toate produsele, materialele, echipamentele aprovizionate sunt reținute- după caz- în zone special amenajate (spații de primire) și nu sunt introduse în depozit și utilizate fără a fi recepționate. Recepția la primire este executată de comisii de recepție - funcție de domenii - numite prin decizia managerului. În cazul constatării de neconformități comisia aplică prevederile: Controlul produsului/serviciului neconform, iar produsele sunt identificate, marcate și introduse în spațiul de carantină - până la soluționarea cu furnizorul.

FURNIZAREA SERVICIULUI

Controlul furnizării serviciilor

Toate procesele de realizare a serviciilor medicale (diagnostic, tratament, îngrijirea pacientului), activitățile de cercetare științifică medicală, precum și serviciile nonmedicale sunt planificate și se desfășoară controlat.

Ținerea sub control a furnizării serviciilor este asigurată, prin:

- Pregătirea serviciului;
- Identificarea și planificarea proceselor necesare;
- Realizarea serviciului;
- Verificarea calității serviciului.

Planificarea proceselor include:

- Documentația serviciului medical (proceduri operaționale, instrucțiuni de lucru, protocoale medicale);
- Asigurarea cu informații, materiale, echipamente de lucru și monitorizare/măsurare, utilități;
- Resurse: umane calificate, echipamente întreținute la zi, documentație, dispozitive de măsurare și monitorizare, materiale, financiare. Procesul este descris în protocoale medicale de specialitate și în proceduri operaționale.

Validarea proceselor de furnizare a serviciului: Toate procesele medicale sunt considerate „procese speciale” deoarece deficiențele devin vizibile doar după ce serviciul a fost efectuat. La asimilarea unui proces medical nou sau modernizat se au în vedere:

- descrierea sa în proceduri și/sau protocoale medicale;
- criterii de acceptare - respingere a procesului;
- echipamente, materiale și metode noi;
- personal calificat și cu experiența necesară;
- înregistrări necesare pe parcursul desfășurării procesului;
- perioada de revalidare a procesului.

Responsabilitatea pentru efectuarea tuturor înregistrărilor aferente desfășurării proceselor revine personalului implicat în derularea proceselor.

Identificare și trasabilitate

Identificarea și asigurarea trasabilității serviciului medical se realizează prin înregistrările realizate, prin fișa de observație, care se emite la prezentarea pacientului și până la externarea acestuia; la fișă se adaugă documentele și înregistrările care rezultă din prestarea serviciului medical. Din aceste înregistrări se poate reface istoricul prestației serviciului medical.

Proprietatea pacientului: este reprezentată de: documente, înregistrări cu date și informații (carnete de sănătate, acte de identitate, taloane de pensie, examene, consultații și tratamente prealabile, radiografii, scrisori ale medicilor de familie); furnizării propriului sânge; îmbrăcăminte și alte bunuri ale pacienților internați.

Aceste bunuri ale pacientului sunt identificate, verificate cantitativ și al valabilității și se înscriu în fișa de observații a pacientului. În caz de pierdere sau deteriorare i se aduce la cunoștința acestuia și se stabilesc modalitățile de soluționare amiabilă.

Păstrarea produsului: Condițiile de păstrare, conservare, manipulare sunt asigurate în conformitate cu prescripțiile din instrucțiunile care însoțesc produsele respective, armonizate cu prevederile legale aplicabile. În scopul menținerii caracteristicilor de calitate, pentru evitarea dezordinii, distrugerilor, pierderilor sau utilizărilor necorespunzătoare începând de la primire, depozit, pe fluxul de utilizare, produsele (farmaceutice, consumabile și din alte categorii necesare proceselor spitalului) sunt identificate încă de la intrare în depozit sau locul de utilizare. Conservarea este necesară atât în depozit, cât și pe fluxul de utilizare, pe timpul transportului și se subsumează ideii de ordine, exprimată de către conducere și anume, păstrarea printr-o protecție adecvată și sigură. Produsele care au înscrise termene de valabilitate date de furnizori se inspectează periodic. În cazul stocării produselor, personalul este instruit în privința menținerii unor stocuri adecvate, în spiritul satisfacerii cerințelor de asigurare a continuității serviciilor medicale și nonmedicale. În scop preventiv se utilizează mijloace de transport echipate corespunzător, precum și dispozitive de manipulare specifice adecvate produselor în vederea evitării deteriorării acestora.

Cerința este aplicabilă și dezvoltată corespunzător în procesele de transport, pacienți, medicamente, substanțe periculoase, precursori etc.

CONTROLUL ECHIPAMENTELOR DE MĂSURARE ȘI MONITORIZARE

Echipamentele de măsurare și monitorizare utilizate de către IMSP IMU sunt în general aparate de măsură din dotarea echipamentelor destinate efectuării serviciilor medicale. După configurarea punctelor de verificare și a parametrilor ce trebuie verificați, se determină aparatele de măsură cele mai adecvate prin analiza preț/calitate, pregătindu-se personalul în vederea unei utilizări corecte. Echipamentele deținute sunt personalizate pe baza listei echipamentelor, verificate de către laboratoare autorizate. În această listă se regăsește codul echipamentului, deținătorul, precum și intervalele de verificare metrologică (cu data scadentă a predării pentru verificare). De preferință, anumite verificări metrologice se efectuează în perioada de reducere a activității. Utilizarea echipamentului din dotare se efectuează în conformitate cu cartea tehnică sau alte documente tehnice însoțitoare. Personalul utilizator este instruit în privința parametrilor de măsurat precum și a limitelor apărăturii. De asemenea personalul urmărește datele scadente ale verificărilor metrologice și predă echipamentul, primind, în perioada de indisponibilitate, un echipament adecvat. Echipamentul este verificat periodic pentru menținerea încadrării în clasele de precizie specificate pentru a preveni reclamațiile din partea utilizatorilor. Deși accentul se pune pe prevenire, corecția poate fi necesară atunci când echipamentul a fost găsit decalibrat, în afara clasei de precizie, sau deteriorat. În anumite situații se procedează la reluarea tuturor măsurărilor ce s-au efectuat cu un echipament găsit defect.

MĂSURARE, ANALIZA ȘI ÎMBUNĂTĂȚIRE

GENERALITĂȚI

IMSP IMU are implementate procesele de monitorizare, măsurare, analiză și îmbunătățire, necesare pentru a demonstra conformitatea serviciului, pentru a asigura conformitatea și îmbunătățirea sistemului de management al calității. Aceste procese sunt planificate astfel:

- în proceduri operaționale, protocoale medicale, pentru a demonstra conformitatea serviciului;
- în planul de audit pentru a asigura conformitatea sistemului de management al calității;
- în planificarea calității și prin analiza efectuată de management de unde rezultă acțiuni corective și preventive pentru a îmbunătății continuu eficacitatea SMC.

MONITORIZARE ȘI MĂSURARE

Satisfacția pacientului/beneficiarului:

Una dintre modalitățile de măsurare a performanței sistemului de management al calității din cadrul IMSP IMU este monitorizarea satisfacției pacientului/beneficiarului referitoare la percepția sa asupra modului de realizare a serviciilor medicale.

O altă modalitate de măsurare a satisfacției pacientului/ beneficiarului este prin numărul de reclamații referitoare la prestarea de servicii medicale.

IMSP Institutul de Medicina Urgentă a implementat un chestionar de măsurare a satisfacției pacientului/clientului, care după completare și retransmitere este analizat și interpretat; după caz se stabilesc acțiuni corective și preventive pentru îmbunătățirea performanțelor sistemului de management al calității. Detalii sunt prezentate în procedura „Măsurarea satisfacției pacientului/clientului”.

Auditul intern

Procesul asigura determinarea conformității SMC, cu:

- Politica și obiectivele stabilite în cadrul organizației;
- Cerințele standardului de referință și ale SMC;
- Obiectivele calității și cerințele pentru serviciu;
- Necesitatea de a stabili procese, documente și de a alocă resursele specifice serviciului;
- Activitățile de verificare, monitorizare specifice serviciului precum și criteriile de acceptare ale serviciului;
- Înregistrările necesare pentru a furniza dovezi ca procesele de realizare ale serviciului satisfac cerințele;
- Implementarea și menținerea în mod eficace a IMSP IMU.

Etapele procesului sunt:

- Planificarea procesului prin programul anual de Audit Intern, având în vedere:
 - starea și importanța proceselor;
 - zonele care sunt auditate;
 - rezultatele auditurilor anterioare;

- Definirea criteriilor și domeniul de aplicare;
- Stabilirea frecvenței și a metodelor de audit;
- Obiectivitatea auditului;
- Impartialitatea auditului;
- Auditorii nu își auditează propria lor activitate.

Managementul responsabil pentru zona auditată, asigură:

- Inițierea fără întârziere a acțiunilor de eliminare a neconformităților înregistrate,
- Identificarea, analiza și eliminarea cauzelor care au generat neconformitățile.

Activitățile de urmărire rezultate în urma auditului, includ:

- Verificarea acțiunilor întreprinse,
- Raportarea rezultatelor.

Detalii sunt prezentate în procedura de sistem privind „Auditul intern”.

Monitorizarea și măsurarea proceselor

Monitorizarea proceselor se realizează prin înregistrările efectuate, referitoare la desfășurarea acestora, înregistrări care sunt cerute prin procedurile care descriu aceste procese.

Periodic, responsabilii de procese evaluează procesele determinând eficacitatea și performanțele acestora.

Rezultatele monitorizării și ale măsurării proceselor sunt utilizate la analizele managementului, la îmbunătățirea continuă a proceselor și implicit a sistemului de management al calității.

Monitorizarea și măsurarea serviciului

Monitorizarea și măsurarea serviciului/pacientului se realizează prin rapoartele de gardă, foile de observații, verificări în diferite etape de realizare a serviciilor medicale și nonmedicale.

Activitățile de monitorizare și măsurare se fac conform cu procedurile operaționale și protocoalele medicale.

Înregistrările privind verificările efectuate asupra calității serviciului și pacientului sunt rapoartele de gardă, respectiv foile de observații.

CONTROLUL PRODUSULUI/SERVICIULUI NECONFORM

Semnalarea de către personalul de orice nivel din cadrul instituției a existenței unor nereguli sau neconformități conduce automat la raportarea acestora și la analiza operativă din partea conducerii.

Produsul/serviciul identificat ca neconform se identifică și se documentează prin rapoarte de neconformitate și/sau procese verbale de recepție calitativă, iar atunci când este posibil se marchează și/sau se izolează (spații de carantină).

După ce s-au întreprins asupra produsului/ serviciului neconform acțiunile de corecție stabilite, se efectuează reverificarea acestuia, iar înregistrările se păstrează.

ANALIZA DATELOR

Înregistrările calității referitoare la funcționarea SMC și cele referitoare la modul de desfășurare a proceselor respectiv de realizare a serviciilor medicale sunt date care stau la baza unor analize planificate.

Înregistrările calității care constituie date de intrare se referă la:

- rezultatele analizelor anterioare;
- măsurarea satisfacției pacientului;
- reclamații de la client;
- monitorizarea și măsurarea proceselor;
- auditori interni și de terță parte efectuate în perioada analizată;
- rapoarte privind neconformitățile și rapoarte de acțiuni corective și preventive;
- înregistrări referitoare la furnizorii de produse, materiale și servicii.

Urmare a acestor analize se declanșează acțiuni corective/preventive, care au drept scop îmbunătățirea SMC.

ÎMBUNĂTĂȚIRI

Îmbunătățire continuă

IMSP IMU își îmbunătățește continuu eficacitatea SMC prin utilizarea politicii referitoare la calitate, a obiectivelor calității, a rezultatelor auditurilor, a analizei datelor, a acțiunilor corective și preventive și a analizei efectuate de management. Factorul de succes în îmbunătățirea continuă îl constituie conștientizarea personalului privind importanța îmbunătățirii continue și implicarea personalului în îmbunătățirea continuă.

Acțiuni corective

IMSP IMU acționează pentru eliminarea cauzelor neconformităților, în scopul de a preveni reparația acestora. Acțiunile corective stabilite sunt adecvate consecințelor neconformităților apărute.

Prin procedura de sistem documentată, sunt stabilite cerințele pentru:

- analiza neconformităților (inclusiv a reclamațiilor pacienților și a malpraxis-ului);
- determinarea cauzelor neconformităților;
- evaluarea necesității de acțiuni pentru a se asigura că neconformitățile nu reapar;
- determinarea și implementarea acțiunii necesare;
- înregistrările rezultatelor acțiunii întreprinse;
- analiza acțiunii corective întreprinse.

De asemenea prin procedura de sistem documentată sunt stabilite și responsabilitățile pentru coordonarea inițierii, înregistrării și urmăririi acțiunilor corective.

Acțiuni preventive

IMSP Institutul de Medicină Urgentă acționează pentru eliminarea cauzelor neconformităților potențiale în vederea prevenirii apariției acestora. Acțiunile preventive sunt adecvate consecințelor problemelor potențiale.

Prin procedura de sistem documentată, sunt stabilite cerințele pentru:

- determinarea neconformităților potențiale și a cauzelor acestora;
- evaluarea necesității de acțiuni pentru a preveni apariția neconformităților;
- determinarea și implementarea acțiunii necesare;
- înregistrările rezultatelor acțiunii întreprinse;
- analiza acțiunii preventive întreprinse.

Prin procedura de sistem documentată sunt stabilite și responsabilitățile pentru coordonarea inițierii, înregistrării și urmăririi acțiunilor preventive.

ANEXE

Anexa 1 - Organigrama IMU;

Anexa 2 - Regulamentul instituției și a subdiviziunilor;

Anexa 3 - Lista Procedurilor operaționale din cadrul IMSP IMU.

Adresa noastră:

IMSP IMU, mun. Chișinău, str. Toma Ciorbă 1

Telefoane de contact:

Anticamera 250-722, 250-704, asistența consultativă 250-830, asistența medicală de spital 250-716, 250-705, știința medicală 232-668, fax.235309

Web site: www.urgenta.md

E-mail: pressa.@urgenta.md

APROBATĂ
Prim Ordinul MS al RM
nr. 831 din 23.07.2024



ORGANIGRAMA
IMSP Institutul de Medicină Urgentă
Ministerul Sănătății (Fondator)

Consiliul Administrativ

Director

Vicedirector Medical

Vicedirector Medical

Vicedirector Medical

Vicedirector Inovare și Cercetare

Consiliul Științific

- Departamentul Clinic Neurologie, Epileptologie și Boli Interne:
 - Secția Neurologie
 - Secția BCV
 - Secția Boli Interne
 - Secția TI STROKE
 - Secția Recuperare Medicală și Fizioterapie
- Centrul comprehensiv AVC
- Centrul Național de Epileptologie
- Secția Epileptologie
- Centrul Consultativ Diagnostic
 - Cabinetul consultativ profil chirurgical
 - Cabinetul consultativ profil terapeutic
 - Cabinetul consultativ profil ortopedico-traumatologic
- Cabinetul ORL
- Cabinetul de diagnostic funcțional
- Secționariul de zi
- Departamentul Clinic Medicină de Urgență
 - Unitatea de primă urgență
 - Cabinetul de manopere medicale
 - Serviciul operativ
 - Cabinetul Stomatologic
- Departamentul Clinic Radiologică și Diagnostic de Laborator
 - Serviciul Imagistică Medicală
 - Laboratorul Microbiologie
 - Laboratorul Clinic Diagnostic

- Departamentul Clinic Chirurgie:
 - Secția Chirurgie I-II
 - Secția Chirurgie Toracică
 - Secția Chirurgie vasculară
 - Secția Chirurgie sâmbilă
 - Secția Chirurgia de zi
 - Secția Traumatologie Asociație
 - Secția Ginecologie
 - Secția Urologie
 - Secția Endoscopie
 - Bilecul de operații
 - Secția asistare comunită
 - Secția Anestezicologie
 - Secția Transfuzia sângelui
- Departamentul Clinic Ortopedie și Traumatologie:
 - Secțiile Ort. - Traumatologie I,II,III
 - Secția Chirurgia Spinală
 - Secția Ortopedie I-II
 - Secția Microchirurgie
- Departamentul Clinic Neurochirurgie:
 - Secția Neurochirurgie I-II
 - Secția Chirurgie Cere-Medulo-Facială
 - Secția Oftalmologie
 - Secția Medicină Intervențională
- Departamentul Clinic Anestezie și Terapie Intensiva
 - Secția Anestezie și Terapie Intensiva I, II
 - Secția Reanimare
 - Secția de Hemodinamică
- Departamentul Biologie Medicale
 - Serviciu inginerie medicală și neurologie
 - Serviciu mentenanță a dispozitivelor
 - Serviciu gaze medicale

- Secția de Management al Calității serviciilor medicale
- Serviciul statistică medicală
- Serviciul activă
- Serviciul Control Infecții Nozocomiale
- Serviciul dispensarizarea lucrătorilor medicali
- Farmacie

- Laboratoare Științifice:
 - Laboratorul Științific Polimerima
 - Laboratorul Științific Urgențe Medicale
 - Laboratorul Științific Boli Cerebrovasculare și Epileptice
 - Biblioteca

- Secția economie și evidență contabilă
- Serviciul achiziții publice
- Serviciul juridic
- Secția resurse umane
- Serviciul Audit Intern
- Căminaria
- Cabinetul directorului
- Serviciul Asistențiar, Securitatea Muncii și Protecție Civilă
- Serviciul Tehnologii Informaționale și de Comunicații
- Secția relații externe și accesare de fonduri
- Secția Menținerea Infrastructurii și Dezvolțare:
 - Serviciul gospodăresc
 - Serviciul exploatare și deservire a rețelilor electrice
 - Serviciul exploatare și deservire a asocierilor
 - Serviciul telecomunicații
 - Serviciul termoficare
 - Serviciul pentru deservirea instalațiilor de ventilație
 - Serviciul reparanță și construcție
 - Secția auto
 - Serviciul spălătorie
 - Serviciul de pază
 - Bloc alimentar

APROBAT

Ministerul Sănătății



ÎNREGISTRAT

Agencia Servicii Publice



**REGULAMENTUL
DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE
A INSTITUȚIEI MEDICO-SANITARE PUBLICE
INSTITUTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ
(ÎN REDACȚIE NOUĂ)**

Înregistrat la Camera Înregistrării de Stat

la 22.12.2003

cu nr. IDNO 1003600152606

1. Prezentul Regulament de organizare și funcționare al IMSP Institutul de Medicină Urgentă a fost elaborat în conformitate cu prevederile legale în vigoare și anume Constituția Republicii Moldova, Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995, Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585/1998, Legea privind înregistrarea de stat a persoanelor juridice și întreprinzătorilor individuali nr. 220/2007, Codul Civil al Republicii Moldova nr.1107/2002 și alte acte normative în vigoare.
2. Prezentul Regulament stabilește atribuțiile, modul de organizare și funcționare a IMSP Institutul de Medicină Urgentă încadrată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală în procesul de prestare a serviciilor medicale populației, precum și atribuțiile instituției în procesul efectuării cercetărilor științifice ce rezultă din specificul de activitate.
3. IMSP Institutul de Medicină Urgentă este o unitate sanitară de utilitate publică, cu personalitate juridică, care exercită atribuții de instituție republicană și asigură asistență medicală din momentul aprobării prezentului Regulament de către Ministerul Sănătății și înregistrării la Agenția Servicii Publice.
4. IMSP Institutul de Medicină Urgentă este subordonat Ministerului Sănătății.
5. În exercitarea atribuțiilor sale, IMSP Institutul de Medicină Urgentă colaborează cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, cu organele administrației publice centrale și locale, cu alte instituții medicale din țară sau de peste hotare, cu ONG-uri, asociații, societăți și alte organizații interesate în domeniul de ocrotire a sănătății populației.
6. Ordinele și dispozițiile Ministerului Sănătății, în problemele ce țin de atribuțiile lui de organ central de specialitate, sunt obligatorii pentru Consiliul de Administrație, conducere, alte persoane cu funcții de răspundere din IMSP, precum și pentru întreg personalul instituției.

I. DISPOZIȚII GENERALE

7. Denumirea completă a instituției este Instituția Medico–Sanitară Publică Institutul de Medicină Urgentă.
8. Denumirea prescurtată a instituției este IMSP IMU.
9. IMSP Institutul de Medicină Urgentă activează pe teritoriul Republicii Moldova cu sediul la următoarea adresă juridică mun. Chișinău, str.Toma Ciorbă nr.1 și este înființată la data 22.12.2003.
10. IMSP Institutul de Medicină Urgentă este o instituție medico–sanitară publică ce beneficiază de toate drepturile ce decurg din calitatea sa de persoană juridică de drept public, dispune de ștampilă și formular cu siglă de antet, gestionează mijloacele financiare ale bugetelor componente ale bugetului public național prin contul unic trezorerial. Pentru restul mijloacelor financiare are conturi proprii în bancă, inclusiv valutare.
11. IMSP Institutul de Medicină Urgentă își desfășoară activitatea sa pe principiul autonomiei financiare, de non-profit, în conformitate cu legislația în vigoare și prezentul Regulament.

12. Mijloacele financiare ale IMSP Institutul de Medicină Urgentă provin din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în bază de contracte încheiate cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, din sursele bugetului de stat și bugetelor locale, din veniturile colectate de instituție, precum și din alte surse permise de legislație.
13. Mijloacele financiare ale IMSP Institutul de Medicină Urgentă provenite din sursele bugetului de stat sau bugetelor locale, vor fi utilizate cu destinația pentru care au fost alocate, după cum urmează:
 - desfășurarea activităților cuprinse în programele naționale de sănătate;
 - dotarea cu echipamente medicale;
 - dotarea cu transport sanitar;
 - modernizarea, transformarea și extinderea construcțiilor existente precum și efectuarea de reparații capitale, construcții noi, rețele ingineresti noi;
 - desfășurarea activităților didactice și de cercetare;
 - alte cheltuieli curente și de capital.
14. Veniturile colectate de IMSP Institutul de Medicină Urgentă se constituie din:
 - efectuarea lucrărilor și prestarea serviciilor contra plată;
 - prestarea serviciilor medicale sau de alta natură, furnizate la cererea unor terți;
 - furnizarea serviciilor medicale încheiate cu companii de asigurări de sănătate facultative sau agenți economici;
 - donații și sponsorizări;
 - asocieri investiționale;
 - chiria sau darea în arendă a patrimoniului public;
 - alte mijloace bănești intrate legal în posesia instituției.
15. Durata de activitate a IMSP Institutul de Medicină Urgentă este nelimitată în timp.

II. SCOPUL, OBIECTIVELE și ATRIBUȚIILE IMSP

16. Scopul principal al IMSP Institutul de Medicină Urgentă este fortificarea sănătății populației Republicii Moldova prin prestarea într-un mediu sigur a serviciilor medicale calitative și cost-eficiente, bazate pe tehnologii medicale moderne de performanță înaltă.
17. Ca activități de bază, IMSP Institutul de Medicină Urgentă asigură:
 - a) accesul populației la toate formele de asistență medicală urgentă, de diagnostic, consultanță, ambulatorie specializată, spitalicească, prin acordarea consultațiilor, investigațiilor, tratamentelor, transportării și a altor îngrijiri medicale bolnavilor;
 - b) stabilirea corectă a diagnosticului și a conduitei terapeutice pentru pacienți;
 - c) continuitatea asistenței medicale în toate stadiile de evoluție a bolii, prin cooperare permanentă a medicilor din aceeași instituție și prin interacțiunea cu alte instituții medico-sanitare;
 - d) asigurarea, la necesitate, a transferului intra- și interinstituțional conform protocoalelor/reglementărilor în vigoare;
 - e) utilizarea eficientă a personalului de specialitate și a mijloacelor tehnice de investigație și tratament;
 - f) dezvoltarea și perfecționarea continuă a serviciilor de asistență medicală, corespunzător medicinei moderne;

- g) îmbunătățirea calității serviciilor medicale prin creșterea nivelului profesional și tehnologic, orientat spre asigurarea securității pacientului și respectarea drepturilor acestuia;
 - h) asigurarea accesului personalului medical la educație medicală continuă (EMC) și cercetare;
 - i) desfășurarea activităților de cercetare;
 - j) respectarea criteriilor de internare a pacienților;
 - k) desfășurarea investigațiilor medicale și tratament conform actelor normative în vigoare (protocoale clinice naționale și standarde medicale);
 - l) acordarea asistenței medicale calificate fără nici o discriminare pe criterii de naționalitate, vârstă, sex, rasă, convingeri politice și religioase, etnie, orientare sexuală, origine socială, indiferent de statutul asigurat/neasigurat;
 - m) acordarea primului ajutor și asistenței medicale de urgență oricărei persoane aflate în stare critică;
 - n) informarea bolnavului sau reprezentantului legal asupra bolii și obținerea consimțământului acestuia pentru efectuarea investigațiilor și tratamentelor;
 - o) prevenirea și combaterea infecțiilor asociate asistenței medicale;
 - p) aprovizionarea cu medicamente, materiale sanitare, reactive, substanțe și materiale de curățenie și dezinfecție sau alte materiale necesare desfășurării în condiții optime a activității instituției;
 - q) o alimentație echilibrată, atât din punct de vedere calitativ, cât și cantitativ, respectând dietele recomandate și alocația conform prevederilor legale în vigoare;
 - r) realizarea condițiilor necesare pentru aplicarea măsurilor de securitate și sănătate în muncă, a situațiilor de urgență conform prevederilor legale în vigoare;
 - s) asigurarea unui plan de acțiune instituțional pentru asistența medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații critice;
 - t) restricționarea accesului în instituție a aparținătorilor/vizitatorilor, în funcție de situația epidemiologică.
18. Pentru realizarea scopului și obiectivelor sale, Instituția este mandatată cu următoarele atribuții funcționale:
- a) prestarea în condiții sigure a serviciilor medicale de calitate în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală, inclusiv la distanță (telemedicina), în conformitate cu contractele încheiate cu Compania Națională de Asigurări în Medicină și cu actele normative în vigoare;
 - b) prestarea serviciilor medicale în cadrul asigurărilor medicale facultative în conformitate cu clauzele contractuale și prevederile legale;
 - c) prestarea serviciilor medicale contra plată, în baza actelor normative în vigoare;
 - d) procurarea echipamentului, medicamentelor și a consumabilelor necesare pentru prestarea serviciilor medicale, precum și altor bunuri necesare pentru activitatea sa, cu respectarea procedurilor legale de achiziție și a prezentului Regulament;
 - e) darea în locațiune a bunurilor și încăperilor, trecerea la cheltuieli a mijloacelor fixe și vânzarea mijloacelor fixe neutilizate în activitatea Instituției, exclusiv cu acordul Fondatorului;

- f) implementarea tehnologiilor performante orientate spre asigurarea securității pacientului și a calității serviciilor medicale (utilizarea standardelor medicale, ghidurilor practice și protocoalelor clinice bazate pe dovezi științifice și aprobate conform cerințelor în vigoare etc.);
- g) colectarea datelor, crearea și gestionarea eficientă a bazelor de date privind serviciile medicale prestate, gestionarea Registrelor Naționale (de epileptologie, accidente vasculare cerebrale, traumatisme, endoproteze, și altele) și prezentarea în modul și termenul stabilit a rapoartelor și informațiilor despre activitatea instituției;
- h) monitorizarea indicatorilor principali de sănătate și prezentarea rapoartelor statistice medicale instituțiilor abilitate în modul și termenii stabiliți;
- i) încheierea contractelor cu persoane terțe, cu prestatorii de servicii aferente activității de bază (spălătorii, alimentație, rețele de comunicații, de canalizare etc.);
- j) conlucrarea cu alți prestatori de servicii medicale, asigurarea integrității și continuității tratamentului, respectarea principiului de etapizare a asistenței medicale;
- k) organizarea și participarea la congrese, simpozioane, conferințe tematice, seminare și alte evenimente științifice în domeniile de activitate;
- l) încheierea acordurilor de colaborare cu instituții științifice de peste hotare în domeniul cercetărilor științifice, asigurarea schimbului de experiență;
- m) crearea condițiilor pentru autoinstruirea personalului, asigurarea și după caz organizarea educației medicale continue a lucrătorilor medico-sanitari și farmaceutici în instituțiile abilitate și contribuirea la dezvoltarea profesională a angajaților;
- n) solicitarea informațiilor de la alte instituții medicale, referitor la starea sănătății pacientului, extrase din fișa medicală, rezultatelor de laborator și a investigațiilor efectuate în procesul acordării asistenței medicale;
- o) efectuarea altor activități permise de legislația în vigoare.

III. ORGANELE DE CONDUCERE ȘI ADMINISTRARE

19. Activitatea de conducere a IMSP Institutul de Medicină Urgentă urmărește aplicarea în practică a managementului medical, în baza celor două elemente esențiale: accesul și calitatea actului medical.
20. Organele de conducere și administrare ale IMSP Institutul de Medicină Urgentă sunt:
 - A. Fondatorul
 - B. Consiliul de Administrație
 - C. Directorul (administratorul)
 - D. Vicedirectorii medicali
 - E. Vicedirectorul în domeniul cercetării și inovării.

A. Fondatorul

21. Fondator al IMSP Institutul de Medicină Urgentă este Ministerul Sănătății.
22. Fondatorul are următoarele atribuții exclusive:
 - a) propune pentru adoptarea deciziei de fondare, reorganizare sau lichidare a IMSP Institutul de Medicină Urgentă sau/și filialelor instituției, aderării instituției la uniuni sau asociații conform legislației în vigoare;

- b) încheie cu persoana învingătoare la concursul organizat de către Ministerul Sănătății pentru funcția de director un contract de management al instituției pe o durată de 5 (cinci) ani, conform Contractului-tip de management aprobat de Guvern. La expirarea termenului de 5 ani, funcția de conducător (director) al instituției devine vacantă de drept. Orice prevederi contrare sunt lovite de nulitate.
 - c) desface contractul de management al instituției cu directorul instituției, conform prevederilor art. 82, 82¹, 83, 85, 86, 211¹ și 263 lit. b) din Codul Muncii al Republicii Moldova nr.154/2003, prin ordin de încetare al Contractului de management conform legislației în vigoare;
 - d) încheie și desface contractele individuale de muncă cu vicedirectorii instituției, precum și stabilește performanțele individuale și drepturilor salariale ale acestora în conformitate cu legislația în vigoare;
 - e) aplică stimulări și sancțiuni disciplinare persoanelor cu funcții de conducere angajate, conform prevederilor Codului Muncii și altor acte în vigoare;
 - f) aprobă organigrama și statele de personal ale Instituției;
 - g) transmite bunuri din administrarea Fondatorului în gestiunea economică a instituției, în baza contractului de comodat;
 - h) aprobă tranzacții cu persoane terțe, a căror sumă depășește 25% din suma mijloacelor financiare planificate pentru a fi acumulate de către instituție pe parcursul anului curent de activitate;
 - i) coordonează contractele de locațiune/comodat a bunurilor și încăperilor, a trecerii la cheltuieli a mijloacelor fixe și a vânzării mijloacelor fixe neutilizate în activitatea Instituției;
 - j) aprobă, alocă mijloace financiare bugetare pentru investiții în infrastructură - construcția, reconstrucția, reparația capitală a edificiilor, procurarea utilajului costisitor și transportului sanitar;
 - k) supune controlului activitățile curente ale instituției, în probleme ce țin de atribuțiile acesteia, inclusiv prin solicitarea de informații, acte, explicații, rapoarte de activitate etc.
23. Deciziile Fondatorului, în probleme ce țin de atribuțiile acestuia, sunt obligatorii pentru conducerea și persoanele cu funcții de răspundere ale instituției medico-sanitare publice.
24. În caz de necesitate, Fondatorul este în drept să adopte și alte decizii referitoare la activitatea instituției.

B. Consiliul de Administrație

25. Consiliul de Administrație este organul colegial de administrare și supraveghere al instituției medico-sanitare publice spitalicești, care reprezintă interesele statului și își desfășoară activitatea și exercită atribuțiile sale în conformitate cu Codul Civil al Republicii Moldova nr. 1107/2002, Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 și prezentul Regulament.
26. Componenta Consiliului de Administrație se desemnează prin ordin al Fondatorului.
27. Consiliul de Administrație este compus din următorii membri:
- 1) Președinte, reprezentant al Fondatorului
 - 2) Reprezentant al Ministerului Sănătății
 - 3) Reprezentant al colectivului instituției

- 4) Reprezentant al diasporei
 - 5) Reprezentant al comunității
 - 6) Secretar al Consiliului de Administrație – fără drept de vot.
28. Președintele Consiliului de Administrație se desemnează prin act normativ al Fondatorului.
29. Membru al Consiliului de Administrație nu poate fi:
- 1) Directorul IMSP;
 - 2) persoane cu funcție administrativă și de gestionare a bugetului instituției – vicedirectorii, economist-șef, contabil-șef, șef achiziții;
 - 3) persoane cu o experiență de muncă mai mică de 3 ani;
 - 4) persoane cercetate penal/condamnate pentru infracțiuni grave, inclusiv de corupție, cu antecedente penale, alte restricții conform legislației în vigoare.
30. Reprezentantul Ministerului Sănătății se desemnează în temeiul art.5 alin.(1) al Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995, prin ordin și poate fi atât funcționar public angajat al ministerului, cât și o altă persoană din sistemul de sănătate care reprezintă interesele ministerului (membru a Comisiilor de specialitate a Ministerului Sănătății, reprezentanți ai lumii academice medicale etc.)
31. Reprezentantul colectivului IMSP Institutul de Medicină Urgentă este propus și votat la adunarea generală a colectivului instituției. Condiții obligatorii de înaintare – studii superioare, experiență de muncă în cadrul acestei instituții de minim 3 ani.
32. Condiții pentru membru reprezentant al diasporei - medic cu activitate în instituții medicale, științifico-medicale sau cu profil academic medical de peste hotare. Pentru a deveni membru al Consiliului de Administrație persoana trebuie să depună o cerere în adresa Fondatorului în care să menționeze instituția pentru care optează, CV-ul său și scrisoarea de motivație. Fondatorul va publica pe pagina sa web lista instituțiilor care își formează consiliile de administrație, invitația de aplicare pentru funcția de membru-reprezentant al diasporei și datele de contact la care pot fi depuse cererile și va crea o bază de date cu reprezentanți a diasporei care și-au manifestat interesul. În urma analizei dosarelor depuse, o comisie creată de Fondator va alege persoana cu cele mai relevante competențe profesionale pentru instituția dată, care prin ordin sau dispoziție va fi numită membru al Consiliului de administrare. În cazul când există mai multe cereri pentru o instituție, Fondatorul poate propune candidaților o alte instituții medico-sanitare publice.
33. Condiții pentru membru reprezentant al comunității – studii superioare, sunt fezabile competențele și experiența de muncă în domeniul economic, juridic, medical. Reprezentant al comunității poate fi lider a comunității locale, reprezentant a asociațiilor de pacienți, societății civile, mediului academic, instituției de învățământ, primăriei, etc. IMSP Institutul de Medicină Urgentă va publica pe pagina web invitația de aplicare pentru funcția de membru-reprezentant al comunității, data termen de depunere a aplicației și datele de contact ale Secretarului Consiliului de Administrație care va recepționa cererea. Persoana va înainta o cerere în adresa Președintelui Consiliului de Administrație a IMSP pentru care pledează, la care se atașează CV-ul și scrisoarea de motivație. Selecția membrului reprezentant al comunității se face prin votul membrilor Consiliului de Administrație, iar în caz de vot egal Președintele are vot decisiv.

34. Secretarul Consiliului de Administrație este un angajat al IMSP Institutul de Medicină Urgentă cu competențe de a duce lucrările de secretariat ale Consiliului și nu are drept de vot. Este selectat de către Consiliul de Administrație la propunerea membrilor acestuia prin atingerea unui consens simplu. Secretarul Consiliului documentează prin procese verbale lucrările Consiliului de Administrație, întocmește agenda și proiectele de decizie ale Consiliului de Administrație, le prezintă Președintelui și membrilor spre aprobare și semnare, pregătește ședințele Consiliului de Administrație, duce alte lucrări de secretariat.
35. Membrii Consiliului de Administrație completează declarația pe propria răspundere despre lipsa incompatibilității și conflictelor de interes cu instituția și administrația acesteia, lipsa antecedentelor penale și de integritate, în conformitate cu modelul din Anexa la prezentul Regulament.
36. Membrii Consiliului de Administrație poartă răspundere față de instituție pentru prejudiciile cauzate din îndeplinirea deciziilor adoptate cu abateri de la legislație și în detrimentul instituției.
37. Mandatul de membru al Consiliului de Administrație are o durată de 3 ani.
38. Mandatul de membru al Consiliului de Administrație în aceeași instituție poate fi nu mai mult decât două termene.
39. Fondatorul revocă calitatea de membru al Consiliului de Administrație în următoarele cazuri:
 - 1) încălcarea de către membru a legislației;
 - 2) expirarea termenului de aflare în calitate de membru al Consiliului de Administrație;
 - 3) lichidarea instituției;
 - 4) lipsa de la 3 ședințe consecutive ale Consiliului fără un motiv întemeiat;
 - 5) alte motive reflectate de cadrul legal.
40. Consiliul de Administrație are următoarele atribuții:
 - 1) examinează și aprobă planul strategic de dezvoltare al instituției și înaintează Fondatorului propuneri de dezvoltare a acesteia;
 - 2) examinează și prezintă spre coordonare Fondatorului devizul de venituri și cheltuieli a instituției sau a modificărilor acestuia;
 - 3) examinează și aprobă planurile anuale și rapoartele de activitate (trimestriale și anuale) a instituției;
 - 4) examinează și aprobă Planul de achiziții a bunurilor, serviciilor și lucrărilor;
 - 5) examinează rapoartele Curții de Conturi, Inspecției financiare, CNAM, altor organe de control și aprobă Planul de acțiuni privind înlăturarea încălcărilor identificate;
 - 6) înaintează Fondatorului propuneri de redresare a situației în cazul când se constată deficiențe în activitatea instituției;
 - 7) examinează și coordonează organigrama și schema statelor de personal;
 - 8) stabilește volumul de lucru prin cumul pentru personalul de conducere;
 - 9) asigură verificarea transparenței procedurilor de achiziție publică a bunurilor, lucrărilor și serviciilor;
 - 10) examinează și coordonează regulamentele interne ce țin de activitatea instituției;
 - 11) examinează îndeplinirea indicatorilor de performanță ale Instituției;

12) prezintă Fondatorului darea de seamă anuală cu privire la activitatea sa.

41. Consiliul de Administrație nu are dreptul să intervină în activitatea conducătorului instituției, cu excepția cazurilor prevăzute de legislație și prezentul Regulament.
42. Consiliul de Administrație are dreptul, în cazul identificării încălcărilor grave în activitatea de administrare a instituției de către Director, de a propune Fondatorului demiterea acestuia, prezentând probe și argumente.
43. Ședințele Consiliului de Administrație pot fi ordinare și extraordinare; pot avea loc fizic, online sau în format hibrid.
44. Convocarea Consiliului de Administrație se face de către Secretar, cu cel puțin 5 zile înainte de ședință după coordonarea datei și timpului cu Președintele Consiliului.
45. Ședințele extraordinare ale Consiliului de Administrație se convoacă la cererea Președintelui, a Fondatorului, a conducătorului instituției medico-sanitare sau a cel puțin 3 membri ai Consiliului.
46. Toate ședințele sunt conduse de către Președinte sau, în cazul absenței motivate a acestuia, de către un alt membru al Consiliului de Administrație împuternicit de Președinte/Fondator cu această atribuție temporară.
47. Cvorumul necesar ședințelor Consiliului de Administrație este prezența a 3 membri.
48. Ordinea de zi și materialele ședinței se aduc la cunoștință membrilor Consiliului de Administrație cu cel puțin 5 zile înainte de ședință de către Secretarul Consiliului de Administrație.
49. La ședințele Consiliului pot fi invitate pentru discuții și alte persoane.
50. Ședințele Consiliului se țin nu mai rar decât o dată în trimestru.

C. Directorul

51. Directorul este persoana responsabilă și abilitată cu dreptul de gestionare economică și conducere operativă a IMSP Institutul de Medicină Urgentă.
52. Directorul este numit în funcție de către Fondator conform procedurii menționate la punctul 22, subpct. b) și c) al prezentului Regulament.
53. Directorul IMSP Institutul de Medicină Urgentă are următoarele atribuții:
 - a) reprezintă interesele IMSP Institutul de Medicină Urgentă, fără procură, în relațiile cu persoane terțe;
 - b) poartă responsabilitatea pentru organizarea și prestarea în condiții sigure a întregului volum de servicii medicale și calitatea acestora;
 - c) asigură executarea actelor legislative și normative în vigoare, ordinelor, hotărârilor și deciziilor Ministerului Sănătății și ale Consiliului de Administrație;
 - d) elaborează strategia de dezvoltare și planurile anuale de activitate ale instituției și le prezintă spre examinare și aprobare Consiliului de Administrație;
 - e) elaborează și prezintă spre aprobare Fondatorului organigrama și statele de personal ale instituției, după coordonarea cu Consiliul de Administrație;
 - f) aprobă Regulamentul intern de activitate a instituției;

- g) aprobă programul de lucru pe locuri și categorii de personal, în funcție de normativul de personal în vigoare și aprobă fișele de post ale personalului;
 - h) aprobă planul de formare profesională a personalului și poartă responsabilitate pentru desfășurarea educației medicale continue pentru personal;
 - i) negociază contractul colectiv de muncă la nivel de instituție;
 - j) elaborează rapoartele trimestriale și anuale privind activitatea instituției și le prezintă pentru examinare și aprobare Consiliului de Administrație;
 - k) semnează contracte, facturi, eliberează procuri, deschide conturi în bănci, gestionează mijloacele financiare ale instituției;
 - l) delegă în bază de procură unele împuterniciri și altor angajați ai instituției, conform obligațiilor de funcție stipulate în fișele de post;
 - m) organizează concursurile pentru posturile vacante de șefi de subdiviziuni clinice;
 - n) încheie, modifică, suspendă, încetează contracte individuale de muncă cu angajații instituției, cu respectarea procedurilor stabilite de Codul Muncii;
 - o) aprobă devizul de venituri și cheltuieli (business-plan), planul de achiziții și modificările la acestea după coordonarea cu Consiliul de Administrație;
 - p) prezintă Fondatorului propuneri privind structura organizatorică, reorganizarea, reprofilarea, reconstrucția, extinderea, reutilizarea tehnică, schimbarea sediului și a denumirii instituției;
 - q) propune trecerea la cheltuieli a bunurilor instituției;
 - r) asigură gestionarea mijloacelor financiare și administrarea patrimoniului public în conformitate cu principiile bunei guvernări;
 - s) poartă răspundere disciplinară, administrativă și penală pentru încălcarea prevederilor actelor legislative și normative în procesul gestionării activității economico-financiare și operative ale instituției;
 - t) emite ordine și dispoziții, în limita competenței, obligatorii pentru toți salariații instituției;
 - u) negociază și încheie în numele instituției protocoale de colaborare și/sau contracte cu alți furnizori de servicii pentru asigurarea continuității acordării asistenței medicale;
 - v) poartă răspundere împreună cu vicedirectorul/vicedirectori, de asigurarea condițiilor adecvate de cazare, igienă, alimentație și prevenirea infecțiilor asociate, în conformitate cu actele normative în vigoare;
 - w) răspunde de obținerea autorizației sanitare de funcționare și a certificatului de acreditare a instituției, în condițiile prevăzute de lege;
 - x) coordonează îndeplinirea hotărârilor Consiliului de Administrație;
 - y) negociază, semnează și poartă răspundere pentru contractele de furnizare a serviciilor medicale cu Compania Națională de Asigurări în Medicină;
 - z) asigură realizarea controlului intern managerial.
54. Directorul instituției este supus evaluării anuale a performanțelor profesionale și nivelului de îndeplinire a indicatorilor de performanță a activității instituției stabiliți în sarcina acestuia, în conformitate cu modalitățile de evaluare stabilite de către Ministerul Sănătății.
55. În cazul când funcția de Director devine vacantă ori în alte cazuri de absență a acestuia, atribuțiile Directorului instituției stipulate în prezentul Regulament, precum și alte atribuții

și împuterniciri ale conducătorului instituției prevăzute de legislație, sunt delegate, prin ordinul Fondatorului, unuia din Vicedirectori sau unei alte persoane.

56. Structura organizatorică a IMSP Institutul de Medicină Urgentă include 3 (trei) funcții de vicedirector cu profil medical și 1 (una) funcție de vicedirector în domeniul cercetării și inovării.

D. Vicedirectorul medical

57. Vicedirectorul medical este responsabil pentru activitățile legate de prestarea serviciilor medicale și alte activități manageriale în cadrul instituției.
58. Vicedirectorul medical este un specialist cu studii superioare medicale, cu o vechime de muncă în domeniul ocrotirii sănătății nu mai mică de 5 ani, cu experiență în medicina clinică, și/sau management, numit/eliberat în/din funcție de Fondator, la propunerea Directorului, iar în cazul lipsei personalității juridice a Directorului, decizia aparține Fondatorului.
59. Vicedirectorul medical are următoarele atribuții:
- a) asigură organizarea și coordonarea procesului diagnostic–curativ conform standardelor, normativelor și instrucțiunilor aprobate de Ministerul Sănătății pentru activitatea clinică;
 - b) asigură organizarea prestării serviciilor medicale în volumul prevăzut de Programul Unic, protocoalele clinice naționale și ghidurile de tratament, aprobate de Ministerul Sănătății;
 - c) asigură monitorizarea indicatorilor de activitate a subdiviziunilor curative și întreprinde măsuri concrete pentru ameliorarea acestora;
 - d) evaluează calitatea asistenței medicale prestate și participă la asigurarea procesului de acreditare, la apărarea drepturilor pacienților și lucrătorilor medicali;
 - e) asigură implementarea în practică a realizărilor științei medicale, inclusiv metodelor noi de diagnostic, profilaxie și tratament, bazate pe tehnologii avansate;
 - f) asigură activitatea, elaborează și prezintă subiecte pentru discuții, conduce și organizează ședințele consiliilor, comitetelor, comisiilor și altor organisme ale instituției, conform atribuțiilor stabilite de Director;
 - g) este responsabil de dezvoltarea planurilor de acțiuni pentru implementarea politicilor, strategiilor la nivel de instituție orientate spre diminuarea riscurilor de corupție din subdiviziunile subordonate;
 - h) asigură respectarea prevederilor codului deontologic al lucrătorului medical și farmacistului în subdiviziunile subordonate;
 - i) organizează și efectuează controlul intern privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare în procesul desfășurării activităților stabilite;
 - j) răspunde de asigurarea asistenței medicale în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză, participând cu toate resursele la înlăturarea efectelor acestora;
 - k) răspunde de asigurarea acordării primului ajutor și asistenței medicale de urgență oricărei persoane în stare critică care se prezintă la spital, precum și de asigurarea, după

caz, a transferului medical la o altă unitate medico-sanitară de profil, după stabilizarea funcțiilor vitale ale acestuia;

- l) îndrumă și coordonează activitatea de prevenire a infecțiilor nosocomiale;
- m) participă la elaborarea propunerilor privind planul de dezvoltare a instituției, planul anual de servicii medicale, achiziția de dispozitive, echipamente medicale, medicamente și materiale sanitare;
- n) monitorizează calitatea serviciilor medicale acordate la nivelul instituției, inclusiv prin analiza satisfacției pacienților și elaborează, împreună cu șefii de subdiviziuni, propuneri de îmbunătățire a activității medicale;
- o) elaborează planul de formare și perfecționare a personalului medical.

E. Vicedirectorul în domeniul cercetării și inovării

- 60. Vicedirector în domeniul cercetării și inovării este un specialist cu studii superioare medicale, cu grad științific (doctor în științe medicale sau doctor habilitat în medicină), cu o vechime de muncă în domeniul sănătății nu mai mică de 5 ani, ales prin concurs organizat de către Ministerul Sănătății și numit în funcție prin Ordinul Ministrului Sănătății.
- 61. Concursul pentru ocuparea funcției de Vicedirector în domeniul cercetării și inovării are loc în conformitate strictă cu cerințele Regulamentului de organizare și desfășurare a concursului pentru ocuparea funcției de vicedirector în domeniile cercetării și inovării în instituțiile medico-sanitare publice cu activitate de cercetare și inovare, aprobat prin Ordinul Ministrului Sănătății.
- 62. Vicedirectorul în domeniul cercetării și inovării se supune nemijlocit conducătorului instituției.
- 63. Vicedirectorul în domeniul cercetării și inovării are următoarele atribuții:
 - a) asigură organizarea, avizarea și coordonarea activității științifice conform standardelor, normativelor și instrucțiunilor aprobate de Ministerul Sănătății și Academia de Științe a Moldovei;
 - b) elaborează strategia de cercetare științifică a instituției;
 - c) elaborează planul de cercetare științifică pentru toți cercetătorii științifici încadrați în instituție pe proiecte individuale sau în grup din cadrul laboratoarelor științifice;
 - d) coordonează activitățile de cercetare și dezvoltare tehnologică de mare complexitate și care sunt desfășurate în comun cu alte unități (spitale, institute naționale, institute de cercetare, centre de cercetare) sub formă de consorții sau rețele reprezentative la nivel național pentru domenii specifice medicale;
 - e) coordonează și monitorizează integrarea și creșterea calității și a nivelului de performanță al activităților de cercetare-dezvoltare desfășurate în proiectele din instituție, precum și cele din programe naționale/internaționale;
 - f) monitorizează și participă la realizarea de parteneriate de cercetare naționale și internaționale, de lungă durată, cu instituții de cercetare similare, inclusiv a celor de tip public privat;
 - g) monitorizează dezvoltarea echilibrată a activităților de cercetare științifică a infrastructurii de cercetare-dezvoltare, precum și a personalului aferent cercetării din cadrul instituției;

- h) propune măsuri pentru perfecționarea pregătirii profesionale și pentru încadrarea personalului de cercetare în grade profesionale;
- i) monitorizează indicatorii de activitate a subdiviziunilor științifice și întreprinde măsuri ținute pentru ameliorarea acestora.
- j) asigură dezvoltarea cercetării științifice din instituție pentru ca acesta să poată participa la programele de cercetare europene, precum și la platformele tehnologice similare la nivel european;
- k) coordonează bazele de date medicale a instituției pentru desfășurarea activității de cercetare medicală, în contextul legislației în vigoare;
- l) proiectarea și punerea în aplicare a studiilor clinice în cadrul instituției;
- m) organizează conferințe, seminare științifice în probleme actuale ale medicinei;
- n) asigură activitatea Consiliului științific al instituției;
- o) asigură desfășurarea activităților de cercetare în conformitate cu politicile instituției, reglementările naționale și orientările etice.

IV. CONSILIILE, COMITETELE ȘI COMISIILE CARE FUNCȚIONEAZĂ ÎN CADRUL INSTITUȚIEI

64. IMSP Institutul de Medicină Urgentă instituie următoarele Consilii, Comitete și Comisii:
- 1) **Consiliul medical** este compus din șefi de subdiviziuni clinice. Președintele Consiliului medical este vicedirectorul medical.
Atribuțiile Consiliului medical sunt:
 - a) îmbunătățește standardele clinice în scopul creșterii gradului de satisfacție a pacienților;
 - b) analizează și ia decizii în situația existenței unor cazuri medicale particulare (cazuri complexe care necesită aprecierea conduitei medicale).
 - c) monitorizează calitatea asistenței medicale furnizate în instituție, inclusiv examinează petițiile și propune măsuri disciplinare, după caz;
 - d) propune spre revizuire politici și proceduri operaționale din cadrul instituției legate de îngrijirea și tratamentul medical, pentru a se asigura că acestea sunt în concordanță cu cele mai bune practici și standarde.
 - 2) **Consiliul științific** este un organ consultativ, compus din cercetătorii științifici din subdiviziunile de cercetare. Președintele Consiliului științific este vicedirectorul în domeniul cercetării și inovării.
Atribuțiile Consiliului științific sunt:
 - a) stabilirea direcțiilor principale ale activității de cercetare-dezvoltare ale subdiviziunilor științifice și științifico-practice ale instituției.
 - b) examinarea proiectelor programelor lucrărilor de cercetare științifică, înaintate spre finanțare din buget, planurile anuale ale investigațiilor științifice și de implementare în practică a rezultatelor obținute;
 - c) analiza protocoalelor, ghidurilor, propunerilor de inovare și de invenții;
 - d) înaintarea propunerilor referitoare la structura și statele de funcții în subdiviziunile științifice și științifico-practice și crearea colectivelor temporare de creație;

- e) examinarea rapoartelor șefilor subdiviziunilor științifice și a colaboratorilor acestora cu privire la activitatea științifică și științifico-practică;
 - f) avizarea materialelor pregătite de colaboratori spre editare în reviste, monografii, culegeri;
 - g) examinează propunerile cu privire la înaintarea lucrărilor științifice și inovațiilor la concursurile pentru premiile de stat, premiile Academiei de Științe a RM și altor instituții și organizații;
 - h) coordonează conlucrarea științifică cu alte departamente, instituții științifice locale și de peste hotarele țării.
 - i) oferă îndrumări și recomandări administrației instituției cu privire la chestiuni științifice și medicale, inclusiv inițiative de cercetare și adoptarea de noi tehnologii medicale.
- 3) **Comitetul de bioetică și deontologie**, reprezintă un organ colegial și este constituit în vederea garantării punerii în valoare a principiilor morale, deontologice și de integritate în cadrul instituției. Membrii Comitetului vor fi medici, asistenți medicali, dar și personal auxiliar.
- Atribuțiile Comitetului sunt:
- a) examinarea aspectelor etice ale actului medical și îngrijirii pacienților în scopul îmbunătățirii calității serviciilor medicale prestate în cadrul instituției;
 - b) identificarea și examinarea sesizărilor sau conflictelor de ordin moral și deontologic în activitatea instituției la solicitarea administrației, a membrilor colectivului, pacienților sau rudelor acestora, ONG-urilor sau membrilor Comitetului, altor instituții;
 - c) înaintarea sesizărilor ce privesc plățile informale ale pacienților către personalul medico-sanitar ori auxiliar și actele de condiționare a acordării serviciilor medicale de obținere a unor foloase sau oricăror altor spețe care fac obiectul unor infracțiuni către organele abilitate (CNA, PA), în cazul în care persoanele competente nu au sesizat organele conform atribuțiilor de serviciu;
 - d) analiza, cu scopul de a determina existența unui incident de etică sau a unei vulnerabilități etice, în speță:
 - cazurile de încălcare a principiilor morale sau deontologice în relația pacient – personal medico-sanitar și auxiliar din cadrul instituției;
 - încălcarea drepturilor pacienților de către personalul medico-sanitar și auxiliar;
 - abuzuri săvârșite de către pacienți sau personalul ierarhic superior asupra personalului medico-sanitar și auxiliar;
 - nerespectarea demnității umane;
 - e) monitorizarea și evaluarea implementării actelor normative ce vizează aspectul etic al relației lucrător medical-pacient și lucrător medical-lucrător medical în cadrul instituției;
 - f) realizarea educării și instruirii personalului medical în domeniul eticii medicale;
 - g) promovarea valorilor etice medicale și organizaționale în rândul personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ al instituției;
 - h) formularea și înaintarea administrației a propunerilor de diminuare a riscurilor de incidente etice;

- i) întocmirea conținutului comunicărilor adresate petenților, ca răspuns la sesizările acestora;
 - j) analiza din punctul de vedere al vulnerabilităților etice și de integritate și al respectării drepturilor pacienților, precum și oferirea unui aviz consultativ pentru fiecare studiu clinic desfășurat în cadrul instituției;
 - k) oferirea, la cerere, consiliere de etică pacienților/reprezentanților legali, personalului medico-sanitar și auxiliar;
 - l) examinarea cazurilor de încălcare, de către personalul medical, a normelor eticii medicale, cu emiterea recomandărilor.
- 4) **Comisia medicamentului și de farmacovigilență**
 Membrii comisiei vor fi farmaciști, farmacologi clinicieni, medici și alt personal medical. Atribuțiile Comisiei sunt:
- a) verificarea/monitorizarea prescrierii raționale a medicamentelor în tratamentul pacienților;
 - b) stabilirea listei de medicamente de bază și obligatorii, care să fie în permanență accesibile în farmacia instituției;
 - c) organizarea detectării precoce a reacțiilor adverse și a interacțiunii produselor medicamentoase;
 - d) monitorizarea frecvenței reacțiilor adverse cunoscute;
 - e) monitorizarea continuă a stocului de medicamente de bază, pentru a preveni disfuncțiile în asistența medicală acordată;
 - f) analiza și difuzarea informațiilor necesare prescrierii corecte și reglementării circulației produselor medicamentoase în instituție;
- 5) **Comisia de supraveghere și control a infecțiilor asociate asistenței medicale**
 Membrii Comisiei vor fi epidemiologi, medici, asistente medicale și alt personal medical. Atribuțiile Comisiei sunt:
- a) elaborarea și înaintarea spre aprobare a planului anual de supraveghere și control a infecțiilor asociate asistenței medicale în instituție;
 - b) monitorizarea și identificarea apariției infecțiilor asociate asistenței medicale în instituție;
 - c) implementarea și menținerea unor practici eficiente de control al infecțiilor pentru a preveni răspândirea infecțiilor asociate asistenței medicale;
 - d) efectuarea de runde regulate de supraveghere pentru a inspecta curățenia și igiena mediului și a echipamentelor spitalicești;
 - e) elaborarea și actualizarea protocoalelor și a orientărilor pentru prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale;
 - f) educarea personalului medical cu privire la practicile de control al infecțiilor și la măsurile de prevenire a infecțiilor;
 - g) raportarea și documentarea tuturor cazurilor infecțiilor asociate asistenței medicale și punerea în aplicare a măsurilor corective;
 - h) colaborarea cu echipele de asistență medicală și cu experții în controlul infecțiilor pentru a identifica și a reduce sursele infecțiilor asociate asistenței medicale;

- i) informarea colaboratorilor instituției referitor la cele mai recente cercetări și cele mai bune practici pentru controlul și prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale.
- 6) **Comitetul pentru situații de urgență**
Membrii Comitetului vor fi personal de conducere, șefi de subdiviziune, medici și alt personal. Atribuțiile Comitetului sunt:
 - a) elaborează planul de acțiune pentru situații speciale și asistența medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză;
 - b) desfășurarea de exerciții și simulări periodice pentru a testa capacitățile de răspuns în caz de urgență ale instituției.
 - c) identificarea și evaluarea potențialelor scenarii de urgență și a impactului acestora asupra spitalului și a pacienților.
 - d) stabilirea și menținerea unui sistem eficient de triaj și prioritizare a pacienților în timpul situațiilor de urgență.
 - e) asigurarea disponibilității resurselor adecvate, inclusiv a personalului și a echipamentelor, pentru a răspunde la situațiile de urgență.
 - f) asigurarea formării și educării personalului cu privire la procedurile și protocoalele de răspuns în caz de urgență.
 - g) evaluarea răspunsului instituției la situațiile de urgență și formularea de recomandări de îmbunătățire.
 - h) analiza situațiilor de urgență și a impactului acestora pentru planificare viitoare.
- 65. IMSP Institutul de Medicină Urgentă în conformitate cu structura organizațională și specificul activității instituției și alte Comisii/Consilii/Comitete (ex. Comisia de disciplină, Comisia de transfuzie și hemovigilență, Comisii de concurs, Comisii de implementare și realizare a controlului intern managerial, Comisii de stabilire și evaluare a indicatorilor de performanță etc.), atribuțiile acestora sunt în conformitate cu actele normative.
- 66. IMSP Institutul de Medicină Urgentă, după aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare va elabora obligatoriu și Regulamentul intern de activitate a instituției, aprobat de Directorul IMSP, în care se va stipula modalitatea de activitate a instituției, cu descrierea succintă a departamentelor clinice/subdiviziunilor medicale și non-medicale, programul de lucru, regimul de vizite, modalitatea de acces în instituție a colaboratorilor, inclusiv în afara orelor de lucru.

V. REORGANIZAREA ȘI DIZOLVAREA INSTITUȚIEI

- 67. Decizia de reorganizare sau dizolvare a IMSP Institutul de Medicină Urgentă se adoptă de către Guvern, la propunerea Ministerului Sănătății, în conformitate cu prevederile legale și în corespundere cu Nomenclatorul instituțiilor medico-sanitare, aprobat de Ministerul Sănătății.
- 68. Procedura și succesiunea de drept în cazul reorganizării IMSP Institutul de Medicină Urgentă se efectuează în conformitate cu legislația în vigoare.
- 69. Persoanele juridice apărute în rezultatul reorganizării pot fi numai instituții medico-sanitare publice.

70. Reorganizarea se consideră efectuată numai după aprobarea de către Ministerul Sănătății a Regulamentelor instituțiilor medico-sanitare publice noi apărute și înregistrarea acestora în conformitate cu prevederile normative în vigoare.
71. Dizolvarea IMSP Institutul de Medicină Urgentă are ca efect deschiderea procedurii de lichidare. Procedura de lichidare se efectuează în corespundere cu legislația în vigoare.

VI. DISPOZIȚII FINALE

72. Regulamentul IMSP Institutul de Medicină Urgentă este elaborat conform Regulamentului-cadru de organizare și funcționare al Instituției Medico-Sanitare Publice, se aprobă de către Ministerul Sănătății și se înregistrează la Agenția Servicii Publice.
73. Modificările și completările la prezentul Regulament intră în vigoare din momentul aprobării lor de către Ministerul Sănătății și înregistrării în modul stabilit.

**Declarație pe propria răspundere
privind lipsa situațiilor de incompatibilitate,
conflictelor de interese și lipsa antecedentelor penale**

Subsemnatul/a _____, în calitate de membru al
Consiliului de Administrație al IMSP Institutul de Medicină Urgentă, declar pe propria
răspundere că:

- a) nu cunosc existența vreunui conflict de interese apărut între interese mele personale și obligațiile de membru al Consiliului de Administrație al IMSP Institutul de Medicină Urgentă.
- b) sunt/nu sunt rudă sau afin cu persoanele responsabile a Fondatorului.
- c) sunt/nu sunt rudă sau afin cu conducerea instituției (Director/Vicedirectori).
- d) cunoscând prevederile art. 352¹ din Codul penal al Republicii Moldova cu privire la falsul în declarații, nu am antecedente penale și că nu mă aflu sub urmărire penală.

Depun prezenta declarație cunoscând sancțiunile aplicate pentru fapte de fals și uz de fals în declarații.

Data

Semnătura
