

CZU: 614.21(478)

DOI: <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2022.2-73.21>

## IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII ÎN CADRUL IMSP SPITALUL CLINIC MUNICIPAL „GHEORGHE PALADI”

ARTENI Ion – vicedirector medical, conf. univ.,

CRASIUC Iurie – director,

GUZUN Vasile – manager al sistemelor de management al calității medicale, asist. univ.

IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”

*e-mail: i.arteni@ms.md*

### Rezumat.

Sistemul de management al calității poate fi definit ca un ansamblu de acțiuni și măsuri planificate referitoare la calitatea care garantează că produsul realizat îndeplinește condițiile de calitate prescrise de o documentație elaborată în conformitate cu standardele europene [EN] sau internaționale (ISO).

În cadrul Instituției Medico Sanitare Publice Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, începând cu anul 2008, a fost creat Consiliul Calității, care este un organ colectiv de lucru prin care se urmărește să se reducă sau să elimine non-conformitățile existente depistate și ameliorării calității serviciilor prestate.

Managementului calității, de rând cu managementul resurselor umane, financiar și strategic, reprezintă o parte integrantă a managementului general al spitalului și este o componentă definitorie a politicii instituționale și a strategiei de dezvoltare, ca furnizor de servicii medicale.

Consiliul calității s-a manifestat ca o structură importantă în cadrul spitalului, având la baza activității sale principii de autonomie, autocontrol, evaluarea activității subdiviziunilor instituției, aplicând principiul de audit intern cu dreptul de a da recomandări în scopul sporirii nivelului calității serviciilor medicale prestate.

În condițiile actuale de creștere a concurenței între instituțiile medico-sanitare, Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi” este motivat să participe activ la aplicarea prevederilor și regulamentelor privind asigurarea calității, să elaboreze și să susțină procesele de îmbunătățire continuă a calității în instituție.

**Cuvinte cheie:** Consiliul Calității; calitatea serviciilor medicale; managementul calității.

### Summary: Implementation of the management system of quality in the framework IMSP Municipal Clinical Hospital „Gheorghe Paladi”

The quality management system can be defined as a set of actions and planned quality measures that ensure that the product in question meets the quality requirements of documentation prepared in accordance with European or international (ISO) standards.

Within the Public Medical Institution, the “Gheorghe Paladi” Municipal Clinical Hospital, starting with 2008, the Quality Council was created, which is a collective working body that aims to reduce or eliminate the existing non-conformities detected and improve the quality of the services provided. Quality management, along with human resources, financial and strategic management, represent integral parts of the general management of the hospital and are important components of institutional policy and strategy development, as a provider of medical services.

The quality council has manifested itself as an important structure within the hospital, based on the principles of autonomy, self-control, evaluation of the activity of the subdivisions of the institution, applying to the principle of internal audit with also has the right to make recommendations in order to increase the quality of the provided medical services.

Thus, due to present competition between medical institutions, Municipal Clinical Hospital „Gheorghe Paladi” is motivated actively to take part in compliance regulation for quality assurance, to develop and support continuous quality improvement processes in hospital.

**Keywords:** Council of Quality; quality of medical Services; instituțional quality management.

### Аннотация: Внедрение системы управления качества в рамках Городской клинической больницы ИМСП «Георге Палади»

Система менеджмента качества может быть определена как совокупность действий и запланированных мер по обеспечению качества, гарантирующие соответствие реализуемого продукта требованиям к качеству документации, подготовленной в соответствии с европейскими (EN) или международными (ISO) стандартами.

На базе Медико-Санитарного Публичного Учреждения Муниципальной клинической больницы им. «Георге Палади», начиная с 2008 года, был создан Совет по качеству, который является коллективным рабочим органом, целью которого является сокращение или устранение выявленных несоответствий и улучшение качества предоставляемых услуг.

Менеджмент качества, наряду с менеджментом персонала, финансовым и стратегическим, представляют собой неотъемлемые части общего менеджмента больницы и являются важными компонентами институциональной политики и стратегии развития, как поставщика медицинских услуг.

Совет по качеству проявил себя как важная структура больницы, основанная на принципах автономии, самоконтроля, оценке деятельности подразделений учреждения, применяющая принцип внутреннего аудита, а также имеет право вносить рекомендации по повышению качества предоставляемых медицинских услуг.

В актуальных условиях роста конкуренции среди медицинских учреждений, Муниципальная Клиническая Больница им. «Георге Палади» мотивирована активно участвовать во внедрении положений и регламентов по обеспечению качества, в разработке и поддержке процесса улучшения качества в учреждении.

**Ключевые слова:** Совет по качеству, качество медицинских услуг, менеджмент качества.

## 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 [11].

Managementul calității este o noțiune din ce în ce mai des folosită în discursul managerilor și responsabililor de buna desfășurare a activității medicale [5]. 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 practică, controlul și revizuirea măsurilor necesare modelării serviciilor și proceselor, astfel încât acestea să răspundă permanent tuturor nevoilor principalilor actori implicați (clienți, furnizori, finanțatori) [7, 8].

## Obiectiv.

Implementarea sistemului de management al calității în cadrul instituției, bazat pe politica și obiec-

tivele în domeniu, întru monitorizarea, evaluarea și sporirea continuă a calității serviciilor medicale prestate pacienților.

## Material și metode.

Instituția Medico Sanitară Publică Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi” a implementat, începând cu anul 2008, sistemul de management al calității și a acumulat o anumită experiență în acest domeniu. În cadrul spitalului 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 eficientă 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;

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 de informații cu privire la calitatea serviciilor medicale oferite.

#### Consiliul este investit cu următoarele drepturi:

1) solicitarea și recepționarea datelor și informațiilor din orice subdiviziune a spitalului;

2) solicitarea implicării angajaților spitalului în diverse activități din domeniul calității asistenței medicale;

3) înaintarea către directorul spitalului a propunerilor și planurilor de asigurare și îmbunătățire a calității asistenței medicale;

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

5) participarea la identificarea necesităților de instruire a angajaților spitalului și elaborarea planului de instruire profesională continuă a acestora;

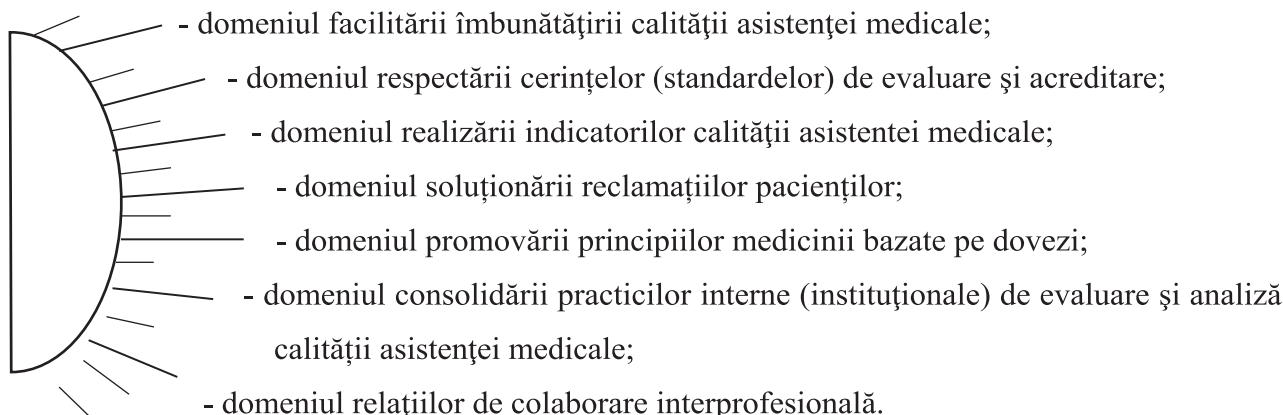
6) participarea la elaborarea metodelor și luarea deciziilor privind remunerarea angajaților în baza performanței lor în domeniul asigurării calității asistenței medicale.

Activitatea Consiliului Calității este organizată în conformitate cu prevederile regulamentului Consiliului și planului de lucru anual aprobat. Consiliul se întrunește în ședințe lunar iar în cazul unor sarcini sau probleme urgente pot fi organizate întruniri suplimentare, care sunt inițiate de președintele Consiliului.



Figura 1. Principiile sistemului de management al calității

### Consiliul este responsabil de mai multe domenii prioritare, și anume:



lui, la cererea a cel puțin trei membri ai Consiliului sau la propunerea directorului instituției. Membrii comitetelor prezintă rezultatele evaluării problemei abordate într-o notă informativă, unde sunt reflectate neconformitățile stabilite cu concluzii și propuneri de soluționare. În dependență de sarcina pusă, membrii comitetelor frecvent expun în nota informativă analiza situației în baza analizei sistemului SWOT cu menționarea locurilor slabe și forte, prezența oportunităților și amenințărilor. În baza informației prezentate la ședința Consiliului Calității se întocmește un proces verbal cu emiterea unei decizii unde sunt menționate neconformitățile constatate și date recomandări de ameliorare a situației. Decizia este transmisă subdiviziunii care a fost evaluată sau unde a fost examinată problema abordată, dar și administrației pentru a efectua măsuri corective și a îmbunătăți calitatea serviciului respectiv în termenii indicați. Ulterior Consiliul Calității de comun cu comitetele responsabile evaluează repetat subdiviziunea pentru a verifica mersul executării deciziilor și recomandărilor aprobate anterior. Anual președintele Consiliului Calității prezintă un raport privitor la problemele analizate și discutate pe parcursul anului, măsurile întreprinse privind îmbunătățirea serviciilor prestate în cadrul spitalului.

### Structura Consiliului Calității:

- Consiliul este constituit din 17-19 membri permanenți, care dețin funcții-cheie în activitatea instituției, cum sunt: a) furnizarea de servicii (management); b) medicina clinică, c) medicină practică paraclinică (asistent medical, epidemiolog, statistician, alți specialiști).

- Activitatea Consiliului Calității este condusă de președinte, desemnat în modul stabilit și este asistat de personal, numărul și competențele cărui se stabilesc în comun cu administrația spitalului.

- Membrii Consiliului sunt selectați de către reprezentanții subdiviziunilor spitalului și propuși spre aprobare prin ordinul directorului pe o perioadă, nu mai puțin de trei ani.

- Consiliul poate să implice personal suplimentar prin constituirea echipelor tematice pentru a activa la anumite aspecte de îmbunătățire a calității asistenței medicale și domenii problematice.

- Consiliul are dreptul să invite reprezentanți ai societății civile pentru participare la identificarea problemelor, stabilirea domeniilor cu deficiențe, a opțiunilor de îmbunătățire și evaluare a schimbărilor.

Pentru atingerea obiectivelor propuse în cadrul Consiliului Calității au fost instituite structuri sub formă de comitete cu o activitate concretă pe principale-

### Organigrama Consiliului Calității al IMSP SCM „Gheorghe Paladi”

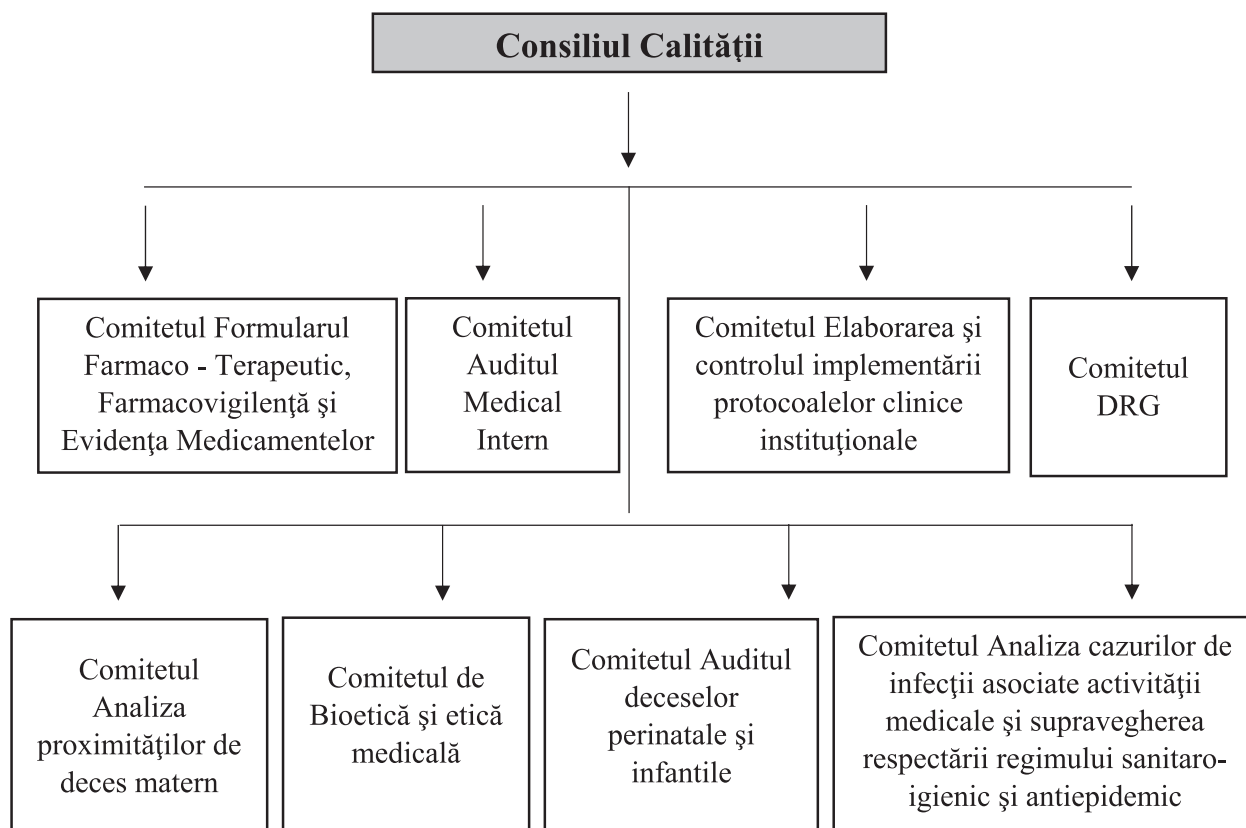


Figura 2. Organigrama Consiliului Calității în cadrul IMSP SCM „Gheorghe Paladi”

le direcții, considerate importante la moment, pentru ameliorarea continuă a calității serviciilor medicale prestate în cadrul tuturor subdiviziunilor spitalului (Figura 2):

1. Comitetul Formularul Farmaco-Terapeutic, Farmacovigilența și Evidența Medicamentelor;
2. Comitetul Elaborarea și Controlul Implementării Protocoalelor Clinice Instituționale;
3. Comitetul Auditul Medical Intern;
4. Comitetul Analiza cazurilor de infecții asociate activității medicale și supravegherea respectării regimului sanitaro - igienic și antiepidemic;
5. Comitetul Analiza proximităților de deces matern;
6. Comitetul de Bioetică și etică medicală;
7. Comitetul Auditul deceselor perinatale și infantile;
8. Comitetul DRG.

În fiecare comitet activează de la 5 până la 10 colaboratori, care sunt numiți prin ordinul directorului spitalului, la propunerea Consiliului Calității. Comitetele de profil instituite activează în baza Regulamentului propriu și planului anual de lucru aprobat de către Consiliul Calității, unde sunt propuse spre examinare și soluționare cele mai importante probleme din domeniul respectiv.

Forma de activitate a Comitetelor constă în instruirea personalului angajat, evaluarea activității subdiviziunilor spitalului în măsura competențelor stabilite, cu analiza ulterioară la ședințele respective, unde se identifică procesele și se elaborează propuneri pentru ameliorarea situației, care sunt înaintate administrației, precum și secțiilor evaluate.

### Consiliul Calității activează în trei direcții principale ale managementului calității:

**I. Reglementarea calității asistenței:** Consiliul Calității emite proceduri și protocoale la nivel de insti-

tuție cu privire la aspectele de management al calității (ex.: cu privire la calitatea întocmirii fișelor medicale; înregistrarea reclamațiilor pacienților și/sau opiniilor acestora; cu privire la auditul medical intern; etc.).

**II. Evaluarea calității asistenței:** monitorizează cerințele de acreditare, analizează indicatorii calitativi de performanță ai instituției, elaborează și organizează sistemul de audit intern; sondează gradul de satisfacție a pacienților.

**III. Îmbunătățirea continuă a calității:** evaluează performanța generală a instituției; stabilește domeniile problematice depistate în timpul evaluării calității cu elaborarea propunerilor de îmbunătățire.

Consiliul Calității este responsabil de proiectarea, menținerea și îmbunătățirea Sistemului de Management al Calității la nivelul întregului spital. De către Consiliu se stabilește strategia, politica, obiectivele și prioritățile referitoare la calitate, urmărește cunoașterea și aplicarea lor în instituție.

Președinții comitetelor sunt responsabili de implementarea, menținerea și îmbunătățirea Sistemului de management al calității în sectorul pentru care sunt responsabili. În ordinea de idei expuse mai sus, activitățile comitetelor Consiliului Calității urmează un ciclu în rezultatul căruia are loc îmbunătățirea continuă a calității) cu creșterea indicatorilor de performanță și soluționarea numeroaselor probleme evidențiate. Schematic ciclu poate fi reprezentat astfel, Figura 3:

### Rezultate și discuții.

Odată cu trecerea la economia de piață și apariția unui mediu concurențial dinamic între instituțiile medicale, tot mai elocventă devine preocuparea pentru implementarea de noi practici și noi proceduri, ce au drept scop creșterea satisfacției pacienților, scăderea costurilor, sporirea eficienței [1, 2, 6]. O primă modificare importantă în acest sens a fost implementarea în cadrul spitalului unui nou sistem de management,

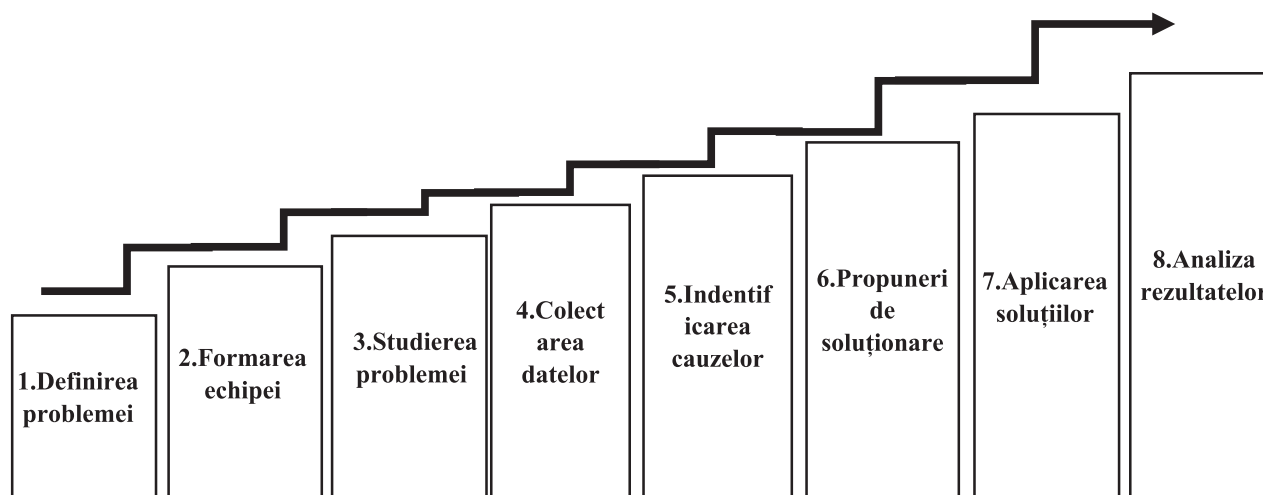


Figura 3. Ciclul soluționării problemei.

diferit de cel existent, cu implicarea personalului din spital, angajarea specialiștilor pregătiți în domeniu sau care dispun de practică și cunoștințe în domeniul calității serviciilor de sănătate și siguranței pacienților, în scopul identificării problemelor, soluțiilor de îmbunătățire a calității serviciilor medicale prestate.

Astfel, în cadrul IMSP SCM „Gheorghe Paladi” a fost implementat managementul calității (instituit Consiliul Calității) care ulterior a condus la schimbarea modului de gândire și de comportament al colaboratorilor medicali, fapt ce a contribuit la îmbunătățirea continuă a tuturor proceselor și activităților medicale din instituție, la adaptarea continuă a calității la cerințele reformelor spitalicești. Până nu demult, în cadrul spitalului, calitatea managementului a fost apreciată, de cele mai multe ori, doar în funcție de factorul economic, încadrarea în buget, echilibrul între venituri și cheltuieli etc. au fost factorii determinanți în aprecierea echipei manageriale ca fiind performantă sau nu. Lipsa calității serviciilor prestate în spital nu tot timpul a fost legată de finanțare [4]. S-ar putea vorbi și de lucruri care nu depind de sursele financiare, fiind legate de organizare, de circuitul pacientului, întocmirea actului medical, etc. De asemenea a existat percepția din partea multor colaboratori, că a implementa un sistem de calitate înseamnă doar să întocmești procese verbale, să elaborezi proceduri și protocoale. Prin urmare a fost nevoie de a schimba această percepție și a face ca medicii să înțeleagă că vorbim despre schimbarea unui mod de lucru.

Activitatea Consiliului Calității în spital constituie un sistem eficient de asigurare și monitorizare a calității serviciilor prestate. Consiliul Calității este o formă incipientă în sistemul de management al calității, scopul final în implementarea căruia ar fi certificarea instituției ISO 9001, scop la care tinde și spitalul nostru [3, 9].

Annual, de la constituirea Consiliului Calității în cadrul spitalului au fost petrecute ședințe de lucru, unde au fost examinate și analizate multiple probleme actuale și importante ce țin de calitatea serviciilor medicale prestate. Astfel, pe parcursul a 10 ani de activitate, Consiliul Calității de comun cu comitetele din subordine au evidențiat un șir de probleme importante în activitatea instituției, care influențau negativ calitatea asistenței medicale acordate pacienților deserviți. Ca exemplu pot fi aduse următoarele: calitatea și metodologia spălării mâinilor colaboratorilor în secțiile de profil chirurgical și obstetrical-ginecologic; evidențierea florei patogene circulante în spital rezistentă la antibiotice; lipsa autoevaluării de către colegi a actului medical, etc. Studiarea problemelor abordate a condus la identificarea cauzelor acestora,

în rezultatul cărora au fost întreprinse măsuri concrete de soluționare și îmbunătățire a situației.

Structurile respective ale Consiliului Calității activează în conformitate cu regulamentele și planurile de activitate anual elaborate de către președinții comitetelor și aprobate de către președintele Consiliului Calității. La consolidarea procesului de îmbunătățire continuă a calității asistenței medicale acordată în cadrul instituției, participă fiecare comitet prin desfășurarea unor acțiuni indicate în planul de activitate incluzând următorii indicatori de bază privind monitorizarea calității serviciilor prestate: **activități de instruire, de evaluare și de analiză.**

Este important a prezenta reușitele activității unor comitete din cadrul IMSP SCM „Gheorghe Paladi” și anume:

#### **Comitetul Audit medical Intern**

Auditul medical intern, obiectivul căruia este evaluarea și estimarea sistematică a serviciilor medicale prestate, în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților, a fost axat pe diverse probleme prioritare propuse de către colaboratorii medicali și administrația spitalului cum ar fi:

- evaluarea actului medical referitor la calitatea întocmirii acestuia;
- corectitudinea codificării diagnosticelor și procedurilor medicale în condițiile implementării sistemului CASE MIX DRG;
- argumentarea indicațiilor preparatelor medicamentoase, în special antibioticelor;
- auditul intern al mai multor secții curative;
- nivelul letalității în primele 24 ore de la spitalizare;
- etc.

În rezultatul evaluărilor efectuate au fost evidențiate punctele slabe și forte (după analiza SWOT) a problemelor abordate cu aprecierea oportunităților și amenințărilor întru sporirea nivelului calității serviciilor prestate.

De fapt s-a constatat, că analiza SWOT este instrumentul cel mai eficient pentru verificarea, analiza și evaluarea potențialului intern și a oportunităților, amenințărilor posibile din mediul extern al unei subdiviziuni. Aceasta a permis de a identifica pozițiile strategice, care va alinia cel mai bine resursele și capacitățile unei secții la cerințele clientului/pacientului.

Comitetul are ca scop evaluarea satisfacției pacienților internați prin anchetarea acestora privind calitatea prestării serviciilor medicale în cadrul spitalului și identificarea posibilelor neconformități, rezerve în procesul organizării și acordării asistenței medicale, întru ameliorarea continuă a calității serviciilor pre-

state. Anual au fost intervievați selectiv peste 4200 pacienți (20,0% din numărul total de pacienți spitalizați) privitor la calitatea serviciilor medicale prestate dar și la condițiile hoteliere, alimentare, regimul sanitar-epidemiologic, integritatea profesională, consilierea privind riscurile existente. În rezultatul evaluării chestionarelor îndeplinite de pacienți s-a constatat că majoritatea pacienților (70,0 - 80,0 %) sunt satisfăcuți de nivelul organizării și acordării asistenței medicale în cadrul spitalului, dar au menționat și unele neconformități, nesatisfacții la serviciile hoteliere, alimentare, etică și deontologia medicală, fapt ce a permis administrației spitalului a întreprinde unele măsuri concrete de ameliorare a calității serviciilor prestate.

Rezultatele anchetărilor efectuate au fost prelucrate de către membrii comitetului cu concluzii și recomandări de ameliorare în adresa șefilor de subdiviziuni. Membrii comitetului au propus a implementa, anchete electronice care vor fi completate anonim de către pacienți după externarea lor.

#### **Comitetul Auditul deceselor perinatale și infantile**

Rata mortalității neonatale precoce reflectă nivelul îngrijirilor oferite mamei în timpul travaliului și nașterii, precum și calitatea asistenței nou-născutului în prima săptămână de viață, fiind principalul criteriu de evaluare a îngrijirilor perinatale. Evaluarea calității îngrijirilor perinatale poate fi efectuată printr-o analiză a cazului în raport cu standardele existente. Scopul unei clasări adecvate a cauzelor de deces derivă, din strategii ce își propun să scoată în evidență cauzele și circumstanțele ce au determinat decesul și care pot servi la prevenirea altor cazuri posibile de mortalitate. În scopul îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale și implementării unor mecanisme de evaluare obiectivă a nivelului calității serviciilor prestate, a fost creat comitetul Auditul deceselor perinatale și infantile. Toate cazurile de decese perinatale și infantile înregistrate au fost selectate pentru discuții în cadrul ședințelor de audit, fiind evaluate erorile depistate în procesul organizării și acordării asistenței medicale obstetricale și neonatale cu elaborarea propunerilor pentru redresarea situației. Ca rezultat al măsurilor întreprinse s-a reușit diminuarea mortalității antenatale în cadrul spitalului, în ultimii ani.

#### **Comitetul Elaborarea și controlul implementării protocoalelor clinice instituționale**

În scopul îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale pacienților, necesitate stipulată în Politica Națională de Sănătate și Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate, și implementării tehnologiilor de diagnostic, tratament și reabilitare, axate pe datele medicinei bazate pe dovezi, precum și standardizării

serviciilor medicale prestate, în cadrul spitalului activează *Comitetul Elaborarea și controlul implementării protocoalelor clinice instituționale*.

Pe parcursul a 5 ani în cadrul instituției noastre au fost elaborate și implementate în total 389 protocoale clinice instituționale și a locului de lucru, în baza Protocoalelor clinice Naționale și 102 Proceduri Operaționale, inclusiv: 66 profil terapeutic; 32 profil chirurgical; 102 profil obstetrical-ginecologic; 137 profil pediatric; 13 profil anesteziologie și reanimare, 9 asistente medicale; 30 alte profiluri. Este important de menționat că la propunerea Comitetului și inițiativa colaboratorilor medicali au fost elaborate 61 protocoale clinice instituționale proprii (nu au fost elaborate la nivelul MS). Ca rezultat al implementării protocoalelor clinice instituționale s-a reușit soluționarea următoarelor probleme: alegerea maximal de rapidă, corectă și eficientă a tacticii de diagnostic și tratament; aplicarea tehnologiilor de diagnostic, tratament și reabilitare axate pe datele medicinei bazate pe dovezi; protecția drepturilor pacientului și medicului prin soluționarea situațiilor de conflict și disensiunilor; planificarea volumului de asistență medicală în instituție; estimarea cheltuielilor necesare pentru acordarea asistenței medicale pentru caz tratat.

#### **Comitetul Analiza proximităților de deces matern.**

Auditul proximităților de deces matern este abordat de către OMS, ca fiind unul din instrumentele managementului calității prin intermediul caruia personalul medical are posibilitatea și poate să se implice în schimbarea practicilor pentru prevenirea cazurilor de deces matern în cadrul instituției. Comitetul lunar înregistrează cazurile de proximitate de deces matern ce ulterior sunt examinate, cu implicarea personalului medical de diferit nivel care se expune privitor la deficiențele stabilite sau riscurile existente. În baza datelor constatate comitetul face concluzii pe marginea fiecărui caz (fiecare caz este expus confidențial) cu evidențierea soluțiilor de ameliorare și prevenire a cazurilor de deces matern transmise secțiilor de profil și administrației spitalului. Datorită activității intense la acest capitol în cadrul instituției noastre nu au fost înregistrate cazuri de deces matern pe parcursul ultimilor 15 ani, aceasta fiind considerată ca o reușită a întreg colectivului.

Pentru a remedia problemele identificate de către comitete, Consiliul Calității a recomandat la diferite perioade întreprinderea unui șir de măsuri și acțiuni cum ar fi:

- Instruirea personalului medical pe problemele depistate privitor la modalitatea de ameliorare și evitarea acestora pe viitor.

- Dotarea subdiviziunilor spitalului cu unele dispozitive medicale performante, care vor avea un impact pozitiv la îmbunătățirea calității serviciilor prestate de instituția noastră.

- Modificarea principiului de activitate în interiorul unor subdiviziuni.

- Planificarea, utilizarea corectă și eficientă a surselor disponibile.

- Conlucrarea cu alte instituții în scopul schimbului de informații necesare pentru îmbunătățirea continuă a calității asistenței medicale.

- Elaborarea și implementarea unui sistem de supervizare a tinerilor specialiști.

Una din pârgurile de promovare a principiului de sporire continuă a calității serviciilor medicale este procedura de acreditare, prin care prestatorul de servicii/spitalul își demonstrează propria capacitate funcțională, organizațională și administrativă în acordarea serviciilor, cu condiția respectării standardelor de acreditare în vigoare [10]. De menționat că IMSP SCM „Gheorghe Paladi” a fost evaluat expertual (acreditat repetat pe un termen de 5 ani) fiind apreciat cu un nivel corespunzător de funcționare în raport cu standardele stabilite. Anual Consiliul Calității reevaluează activitățile spitalului și identifică noi modalități de ameliorare continuă a calității serviciilor medicale și siguranței pacienților.

Este de recunoscut faptul, că acum 10-12 ani în urmă se putea de auzit din partea pacienților un șir de obiecții despre calitatea necorespunzătoare și accesibilitatea scăzută la serviciile medicale în cadrul spitalului nostru. Conform datelor interviurilor pacienților tratați în cadrul secțiilor spitalicești pe parcursul ultimilor ani putem constata cu certitudine sporirea calității serviciilor prestate și creșterea gradului de satisfacție a pacienților. Această concluzie este confirmată și prin faptul că circa 85,0 - 90,0% din foștii pacienții, în caz de necesitate, doresc să fie internați repetat în secțiile spitalicești ale instituției noastre.

### Concluzii:

1. Managementul calității, de rând cu managementul resurselor umane, financiar și strategic, reprezintă o parte integrantă a managementului general al spitalului și este o componentă definitorie a politicii instituționale și a strategiei de dezvoltare, ca furnizor de servicii medicale.

2. Implementarea Sistemului instituțional de asigurare a calității – Consiliul Calității în IMSP SCM „Gheorghe Paladi” a confirmat necesitatea activității lui în cadrul instituției, ca un organ de consultanță, care asistă eficient administrația, privind coordonarea și implementarea unui număr extins de activități de asigurare a calității serviciilor medicale prestate.

3. Consiliul Calității s-a manifestat ca o structură importantă din cadrul spitalului, având la baza activității sale principii de autonomie, autocontrol, evaluarea activității subdiviziunilor instituției, aplicând principiul de audit intern cu dreptul de a da recomandări în scopul sporirii nivelului calității serviciilor medicale prestate.

4. În condițiile actuale de creștere a concurenței între instituțiile medico-sanitare, IMSP SCM „Gheorghe Paladi” este direct motivată să participe activ la aplicarea prevederilor și regulamentelor privind asigurarea calității, să elaboreze și să susțină procesele de îmbunătățire continuă a calității în instituție.

5. Consiliul Calității acordă suport metodologic subdiviziunilor spitalului și personalului medical în controlul și menținerea calității serviciilor medicale acordate.

### Bibliografie.

1. Armean P. Evaluarea și măsurarea calității serviciilor spitalicești. In revista de Management în Sănătate, publicație a IMSS, nr. 2, iunie 2002.

2. Ordinul Ministerul Sănătății al RM nr. 139 din 03.03.2010 „Privind asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare”.

3. Ordinul Ministerul Sănătății al RM nr. 519 din 29.12.2008 „Cu privire la sistemul de audit medical intern”.

4. Ordinul Ministerul Sănătății al RM nr. 1038 din 23.12.2016 „Pentru aprobarea Regulamentului cu privire la modul de evaluare a indicatorilor de performanță a activității instituției medico-sanitare publice și Listei indicatorilor de performanță a activității instituției medico-sanitare publice”.

5. Olaru M. Managementul calității. Ed. Economică, București, 1999.

6. Paraschivescu A., Căprioară F., Bacovia G. Strategic Quality Management. Economy Transdisciplinarity Cognition. vol. 17, Issue 1/2014. University, Bacau, Romania, pag. 19-27.

7. SR EN ISO 9001:2008, actualizat în 2015. Sistem de management al calității. Principii fundamentale și cerințe de bază.

8. SR ISO IWA 1:2009. Sisteme de management al calității. Linii directoare pentru îmbunătățiri de proces în organizațiile de servicii de sănătate.

9. SR CEN/TS 15224:2007. Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001.

10. Scott B. Ransom, Maulik S. Joshi, David B. Nash. The Healthcare Quality Book. Vision, Strategy and Tools. Health Administration Press, Chicago, Illinois, AUPHA Press, Washington, D.C., 2005.

11. Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar. Managementul Spitalului. Editura Public H Press, București, 2006.