

DECIZIA NR 470/14.07.2021

Managerul interimar al Spitalului Municipal de Urgenta Pașcani Dr. Bechir Daniel, numit prin Dispoziția nr. 490/10.03.2021 emisa de Primarul Municipiului Pașcani;

Avand in vedere:

- Ordinul nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;

- Ordinul nr. 35/2018 pentru modificarea Ordinului Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor cu completările ulterioare.

In temeiul Legii 95/2006 – Legea privind reforma in sanatate cu modificarile si completările ulterioare;

DECIDE

**Art.1** Se actualizează decizia privind constituirea **Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în cadrul celui de-al doilea ciclu de acreditare** care va sustine Structura de Management al Calitatii in atingerea cerințelor standardelor de reacreditare .

**Art. 2** Comisia este formata din presedinte si membri, dupa cum urmeaza:

1. **Presedinte** – dr.Padurariu Aurelia Iuliana, director medical interimar;
2. Membru – as.Luchian Nicoleta, director de ingrijiri;
3. Membru – ec. Gabor Viorica Jana, director financiar contabil interimar;
4. Membru – dr. Samoil Tatiana, medic sef sectie – Medicina Interna ;
5. Membru – dr. Bugioeanu Dana Camelia, medic sef sectie – Gastroenterologie;
6. Membru – dr. Toader Roxana Iuliana, medic coord. sectie – Pediatrie;
7. Membru – dr. Baican Silvia Mihaela, medic sef sectie – Obstetrica Ginecologie;
8. Membru – dr. Cosman Costica, medic sef sectie – Chirurgie, Bloc operator;
9. Membru – dr. Ungureanu Sergiu, medic coord. sectie – ATI,
10. Membru - dr. Palade Vlad Gheorghe, coordonator UTS;
11. Membru – dr. Nunu Angela, medic sef sectie – Ingrijiri Paliative;
12. Membru – dr. Patrut Nicoleta, medic sef sectie – Neurologie;
13. Membru – dr. Corduneanu Magdalena Delia, medic sef sectie – Boli Infectioase;
14. Membru – dr. Diaconu Roxana M., medic sef sectie – Pneumologie;
15. Membru – dr. Sava Regus Roxana E, coordonator compartiment Neonatologie;
16. Membru – dr. Nechita Florentina, coordonator compartiment RMFB si baza de tratament;
17. Membru – dr. Buruiana Mariana, coordonator comp. reumatologie;
18. Membru – dr. Palade Corina Elena, medic coord. compartiment Psihiatrie ;
19. Membru – dr.Timofte Maria, medic sef CPU ;
20. Membru – chim. Aprodu Mihaela, chimist sef - Laborator Analize Medicale ;
21. Membru – dr. Acsinte Diana Elena, medic sef - Laborator radiologie-imag.med;
22. Membru – dr. Cruceanu Irina Emilia, medic primar serv. Anatomie patologica
23. Membru – dr. Punguta Elena Catalina, medic specialist disp. TBC
24. Membru – dr. Rascanu Cristian, medic specialist epidemiologie la SPIAAM
25. Membru – farm. Macovei Raisa, farmacist sef - Farmacie ;
26. Membru – ing. Raileanu Dan Gheorghe, sef serviciu ATA;
27. Membru – ec. Puiu Carmen Gabriela, sef serviciu RUNOS;
28. Membru – jrs. Anton Vasile, consilier juridic;
29. Membru – ec. Ghérman Florentina, sef birou financiar,
30. Membru – ing. Hogas Octav, comp. tehnic, situatii de urgenta
31. Membru – ref. Dogaru Ludovica Liliana, referent de specialitate comp. achizitii publice ;



32. Membru – as. Comonita Loredana – asistent pr. nutritie si dietetica
33. Membru – st. Dascalu Mariana, statistician pr. ;
34. Membru – as. Amarie Dragos Stefan – asistent pr. Sterilizare
35. Membru – as. Sofia Florica Carmen, asistent laborator explorari functionale
36. Membru – as. Isache Vasile, asistent coordonator ambulatoriu integrat
37. Membru – Cimpanu Elena – arhivar
38. Membru – ec.Constantin Cristian – responsabil cu protectia datelor cu caracter personal
39. Membru – dr.Chișcă Cezara, RMC, care indeplineste si atributii de secretar al comisiei.

**Art.3.** Membrii supleanți ai **Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în cadrul celui de - al doilea ciclu de acreditare** sunt înlocuitorii desemnați prin decizia managerului unitatii, pentru fiecare dintre membrii comisiei.

**Art.4.** Se aprobă Regulamentul de organizare și funcționare a Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în cadrul celui de - al doilea ciclu de acreditar, conform Anexei nr. 1;

**Art.5.** Începând cu data prezentei decizii, orice altă dispoziție contrară își încetează aplicabilitatea.

**Art.6.** Serviciul RUNOS va comunica copie după prezenta decizie persoanelor nominalizate la art.1.

Data astazi 14.07.2021

MANAGER INTERIMAR

Dr. Bechir Danile



CONSILIER JURIDIC

Jrs. Anton Vasile



Intocmit  
Ref.Sofronje Anda  
Ex.....



APROB,  
MANAGER INTERIMAR  
DR. BECHIR DANIEL



Anexa nr. 1 la Decizia nr. 470/14.07.2021

**REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE  
AL COMISIEI DE COORDONARE A IMPLEMENTĂRII MANAGEMENTULUI CALITĂȚII  
SERVICIILOR ȘI SIGURANȚEI PACIENȚILOR ȘI DE PREGĂTIRE A SPITALULUI ÎN  
CADRUL CELUI DE AL DOILEA CICLU DE ACREDITARE**

**Art. 1** Pentru conformarea la:

a) *Ordinul președintelui A.N.MC.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare, care prevede:*

i. indicatorul „ 01.02.03.01.02- există ROF ale structurilor funcționale (comisii , comitete și consilii ) sau există distinct secțiuni specifice în ROF-ul unității aferent L 3 Regulamentul de organizare și funcționare /Regulament intern (ROF/RI) ”;

ii. indicatorul „ 01.02.03.01.01- Există decizii de constituire a structurilor funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii)” aferent „L.V. 15 - Managementul resurselor umane” ;

în cadrul SPITALULUI MUNICIPAL DE URGENȚĂ PAȘCANI se constituie și funcționează

**Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în cadrul celui de -al doilea ciclu de acreditare**

În temeiul prevederilor :

- ORDIN Nr. 446/2017 din 18 aprilie 2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor ;

- O R D I N nr. 35/2018 pentru modificarea Ordinului Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor cu completările ulterioare.

(3) Înființarea la nivelul *Spitalului* a *Comisiei*, se face în scopul implementării în cadrul acestuia a indicatorului 01.07.03.02.02<sup>1</sup> din cadrul Listei de verificare nr. 6 - Managementul calității (atribuțiile SMC) , potrivit căruia ” 01.07.03.02.02 -Există decizie de înființare a comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în cadrul celui de -al doilea ciclu de acreditare ;

**Art. 2 – Comisia este formată din:**

- **președinte:** Director medical;
- **membrii:** personalul nominalizat prin decizie internă care încadrează funcții de șefi, este împuternicit/delegat sau coordonează următoarele structuri:
  - Director financiar contabil
  - Director Îngrijiri
  - Sef RUNOS
  - Sef ATA
  - Statistica
  - Sef secție Medicina Interna
  - Sef secție Gastroenterologie
  - Sef secție Neurologie
  - Coordonator comp. RMFB
  - Sef secție Boli Infecțioase
  - Sef secție Obstetrica Ginecologie



- Coordonator comp. Neonatologie
- Sef sectie pediatrie
- Sef sectie chirurgie
- Sef sectie ATI
- Sef sectie pneumologie
- Sef sectie ingrijiri paliative
- Coordonator comp. reumatologie
- Coordonator comp. psihiatrie
- Farmacist sef
- Sef CPU
- Bloc operator
- UTS
- Sterilizare
- Sef Laborator analize medicale
- Laborator radiologie si imagistica medicala
- Serv. Anatomie patologica
- Coordonator SPIAAM
- Explorări functionale
- Baza de tratament
- Ambulatoriu
- Arhivar
- Consilier juridic
- Compartiment tehnic
- Spălătorie
- Bloc alimentar
- Compartiment SSM , SU

● **secretar:** Responsabil Managementul Calitatii

**Art. 3 – Atribuțiile și responsabilitățile Comisiei sunt următoarele:**

- ✓ Face propuneri privind obiectivele și activitățile cuprinse în *Planul anual al managementului calității și siguranței pacienților*, pe care le supune analizei Consiliului medical. În acest sens, se asigură că recomandările cele mai pertinente de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților se regăsesc în planul de îmbunătățire a calității, funcție de fondurile financiare la dispoziție;
- ✓ Înaintea Consiliului medical propuneri privind programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice fiecărei secții, laborator etc. și a standardelor de calitate;
- ✓ Face propuneri fundamentate care susțin implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de managerul spitalului (prin planul strategic și/sau planul de management);
  - d) Identifică activitățile critice care pot determina întârzieri în realizarea obiectivelor din *Planul anual al managementului calității și siguranței pacienților*, și face propuneri în vederea sincronizării acestora;
  - e) Prin membrii săi, pune la dispoziția structurii de management al calității informațiile necesare întocmirii analizei modului de respectare a termenelor de realizare a activităților în vederea identificării cauzelor de întârziere și adoptării măsurilor în consecință;
  - f) Susține în permanență atingerea obiectivelor / activităților care privesc: re acreditarea spitalului, monitorizarea post-acreditare, implementarea și dezvoltarea continuă a conceptului de "Calitate";
  - g) Asigură prin membrii săi, difuzarea către întreg personalul spitalului a informațiilor privind stadiul implementării sistemului de management al calității, precum și a măsurilor de remediere/înlăturare a deficiențelor constatate;
  - h) Pune la dispoziția structurii de management al calității informațiile necesare întocmirii de autoevaluării pentru monitorizarea implementării managementului calității și urmărește ca rezultatele acestora să fundamenteze măsurile de îmbunătățire a calității serviciilor, adoptate la nivelul spitalului;



- i) Propune anual sau ori de câte ori se constată necesar managementului calității , să evalueze punctual, nivelul de conformitate a respectării unor proceduri și protocoale aprobate, de la nivelul tuturor sectoarelor de activitate din spital, în a căror implementare s-au constatat neregularități;
- j) Face propuneri privind participarea anuală a propriilor membrii, la minim un curs, forum, conferință sau altă formă de pregătire profesională organizată sub egida A.N.M.C.S., care are ca subiect managementul calității serviciilor de sănătate și/sau privind auditul clinic/intern, pe care le înaintează comitetului director în vederea luării de decizii;
- k) În baza "Raportului intermediar de etapă de monitorizare", a "Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare" și a "Raportului final de etapă de monitorizare" transmise spitalului de către responsabilul zonal cu monitorizarea – nominalizat de către A.N.M.C.S., sprijină M.C. în vederea întocmirii de către acesta a "Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare" și urmărește remedierea tuturor neconformităților;
- l) În situația producerii unor evenimente adverse la nivelul spitalului, întocmește rapoarte de analiză a respectivelor evenimente, face propuneri concrete în vederea implementării măsurilor pentru prevenirea repetării lor;
- m) Monitorizează condițiile de obținere/menținere a tuturor certificatelor de calitate specifice activităților desfășurate în toate sectoarele de activitate ale spitalului, astfel cum sunt acestea menționate în Lista de verificare nr. 01 - Autorizări și certificări ale calității și, face propuneri concrete în acest sens;
- n) Analizează anual propunerile formulate de către M.C. privind tematica pentru instruirea angajaților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului, diferențiată pe categorii de personal, în scopul prioritizării acestora;
- o) Asigură interfața necesară elaborării de protocoale scrise între secții privind asistența medicală, consultului interdisciplinar, etc.;
- p) Face propuneri concrete privind asigurarea cu resurse de către conducerea spitalului pentru realizarea fiecărui obiectiv din programul de management al calității și siguranței pacienților;
- r) Realizează anual analiza obiectivității evaluării nivelului de satisfacție al pacienților prin utilizarea chestionarelor de satisfacție;
- q) Identifică procesele din organizație și disfuncțiile produse în desfășurarea acestora, întocmind propuneri fezabile de remediere a neajunsurilor constatate;
- l) Coordonează elaborarea documentației aferente procesului de evaluare și acreditare împreună cu M.C.
- m) În situația analizei unor indicatori, îndeosebi a celor comuni mai multor liste de verificare:
- ✓ Stabilește un mod de acțiune comun pentru toate microstructurile care implementează respectivii indicatori;
  - ✓ Stabilește modul de monitorizare și evaluare a derulării proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite;
  - ✓ Stabilește documentația necesară asigurării trasabilității proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite, eliminând documentele și înscrisurile redundante și inutile;
  - ✓ Identifică activitățile pentru care este necesar să se elaboreze proceduri de sistem sau operaționale, pentru a asigura omogenitatea modului de acțiune;
  - ✓ Identifică actele medicale pentru care se consideră că este necesară elaborarea de protocoale de diagnostic și tratament;
  - ✓ Stabilește proceduri de monitorizare a eficacității și eficienței procedurilor și protocoalelor;
  - ✓ Stabilește echipele care vor elabora aceste documente. Acestea vor fi formate din personalul implicat în aplicarea acestor proceduri/protocoale;
  - ✓ Stabilește circuitul documentelor, având în vedere siguranța și securitatea informațiilor;
  - ✓ Asigură implementarea, conștientizarea și asumarea procedurilor, protocoalelor promovate;
  - ✓ În perioada de previzită din etapa de evaluare (coordonată de către *Comisia de evaluare a spitalului* nominalizată prin Ordin al președintelui A.N.M.C.S.), *Comisia* pune la dispoziția M.C., toate documentele/informațiile necesar a fi încărcate în aplicația CaPeSaRo, documentele obligatorii solicitate (DOS), precum și a eventualelor documente suplimentare necesare desfășurării procesului de evaluare și acreditare (DS);
  - ✓ Pe timpul vizitei propriu-zise la spital a C.E. nominalizată prin Ordin al președintelui A.N.M.C.S., membrii *Comisiei* au următoarele obligații:
  - ✓ să participe la ședințele de deschidere, informare zilnică și informare finală;



- ✓ se pun de acord în ceea ce privește programul de evaluare împreună cu membrii C.E. pentru a nu perturba buna desfășurare a activității spitalului;
- ✓ pun la dispoziție toate documentele necesare validării conformității cu indicatorii, cerințele și criteriile standardelor de acreditare, asigurând o cooperare pro-activă cu membrii C.E.;
- ✓ transmit secretarului C.E. toate documentele solicitate în format scris sau electronic;
- ✓ gestionează și aplanează eventualele situații tensionate determinate de vizita C.E.
- ✓ În perioada de postvizită din etapa de evaluare, face propuneri privind formularea de către spital, în scris, în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea proiectului de raport de evaluare, a obiecțiilor cu privire la unele aspecte cuprinse în acesta, dacă este cazul;
- ✓ După elaborarea de către membrii C.E. a raportului de evaluare și comunicarea acestuia către spital, face propuneri concrete de remediere a deficiențelor semnalate în respectivul raport.

**Art. 4** - În vederea îndeplinirii atribuțiilor proprii, *Comisia*, va avea în vedere în permanență:

- a) creșterea calității serviciilor și siguranței pacienților;
- b) implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital;
- c) implementarea și menținerea conformității sistemului de management al calității cu cerințele specifice;
- d) îmbunătățirea continuă a sistemului de management al calității.

**Art. 5** - (1) *Comisia* se întrunește, de regulă, trimestrial, în ședință ordinară, pentru promovarea/ implementarea/ dezvoltarea sistemelor de management al calității și a îmbunătățirii stadiului de implementare al acestora.

- (2) La solicitarea Managerului, Directorului medical sau M.C, *Comisia* se întrunește, ori de câte ori este nevoie, pentru soluționarea unor situații neconforme care determină diminuarea calității serviciilor și siguranței pacienților.

**Art. 6** - (1) Ordinea de zi a ședințelor ordinare, precum și eventuale documente care urmează a fi discutate în cadrul ședințelor, se postează în intranet spital în folderul Legislație dedicat *Comisiei*, de regulă, cu minim o săptămână înaintea fiecărei întruniri, prin grija secretarului *Comisiei*, pentru a da posibilitatea membrilor acesteia să pregătească materialele necesare a fi discutate în cadrul ședințelor.

- (2) Oricare dintre membrii *Comisiei* poate contribui cu propuneri la stabilirea ordinii de zi a ședințelor ordinare, în acest sens având obligația de a contacta secretarul *Comisiei*, anterior termenului stabilit la alin. (1).

**Art. 7** - (1) *Comisia* este legal întrunită dacă sunt prezenți jumătate plus unul din totalul membrilor acesteia sau înlocuitorilor legali ai acestora.

- (2) Deciziile *Comisiei* se iau cu majoritatea simplă.

**Art. 8** - (1) Lucrările fiecărei ședințe se vor consemna într-un Proces-verbal de ședință, tehnoredactat, prin grija secretarului *Comisiei*, care va fi înaintat managerului spitalului, în vederea luării măsurilor ce se impun în conformitate cu legislația în vigoare

(2) În scopul luării la nivelul *Spitalului* a măsurilor necesare de implementare a Cerinței "01.03.03.01 - Armonizarea relațiilor dintre diferitele niveluri ale managementului spitalului și angajați se realizează prin implicarea angajaților în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuțiilor, respectând mecanismele de dialog social" prevăzută în Anexa la Ordinul ministrului sănătății nr. 871/2016, procesul-verbal de ședință va fi postat pe serverul spitalului în folderul dedicat *Comisiei*, prin grija secretarului acesteia.

**Art. 9** - Toate materialele elaborate în cadrul ședințelor *Comisiei*, precum și cele care au fost prezentate în cadrul acestora, vor fi gestionate, înregistrate și arhivate conform prevederilor legale aplicabile la nivelul *Spitalului*, de către secretarul *Comisiei*.

RMC  
Dr. Chisca Cezara