

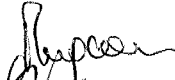


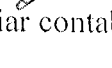
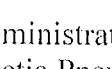
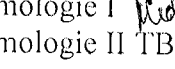

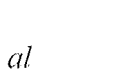
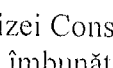
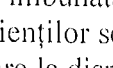
C.J.ALBA  
SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE AIUD

DECIZIA Nr.56/05.08.2017

Managerul interimar al Spitalului de Pneumoftiziologie Aiud, d-na Dr.Gombos Virginia;  
Avand in vedere prevederile Ordinului Ministerului Sanatatii nr.446/2017 privind aprobarea  
Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;  
In baza Regulamentului de Organizare si Functionare a Spitalului de Pneumoftiziologie Aiud,  
emite urmatoarea :

DECIZIE

Art.1.Incepand cu data de 05.08.2017 se constituie **Comisia de coordonare a implementarii managementului calitatii serviciilor si sigurantei pacientilor si de coordonare a vizitei de acreditare a spitalului** , cu urmatoarea componenta::

- |                        |  |   |
|------------------------|--|---|
| - Dr. RUGEANU CRISTIAN | - director medical interimar               |    |
| - Dr.SAVUT SILVIA      | - medic coordonator sectie                 |    |
| - Dr.SAFTA MANUELA     | - medic coordonator sectie                 |   |
| - Dr.CORPODEAN DUMITRU | - medic laborator                          |  |
| - Farm.DOCEA IOANA     | - farmacist sef                            |  |
| - Ec.PASCA ELENA       | - director financiar contabil              |  |
| - Ec.BUCUR MARIA       | - RUNOS                                    |  |
| - Ing.ISPAS IOAN       | - sef serviciu Administrativ               |  |
| - AS.MEDREA DANIELA    | - asistent sef - sectia Pneumologie I      |  |
| - As.COZMA DOINA       | - asistent sef - sectia Pneumologie II TBC |  |

Art.2. Comisia va avea urmatoarele atributii:

1. 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;
2. Înaintează 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;
3. Asigură mecanismele de relaționare a tuturor structurilor unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității, fiind în acest sens obligat să facă propuneri fundamentate legal;
4. 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);

5. Analizează neconformitățile constatate în derularea activităților de către oricare dintre membrii *Comisiei* și propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun;
6. 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;
7. Prin membrii săi, pune la dispoziția SMC. informațiile necesare întocmirii analizei modului de respectare a termenelor de realizare a activităților în vederea identificării cauzelor de întârziere și adoptării măsurilor în consecință;
8. Susține în permanență SMC în atingerea obiectivelor / activităților care privesc: reacreditarea spitalului, monitorizarea post-acreditare, implementarea și dezvoltarea continuă a conceptului de "*Calitate*";
9. 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;
10. Pune la dispoziția SMC. informațiile necesare întocmirii de autoevaluări pentru monitorizarea implementării managementului calității și urmărește ca rezultatele acestora să fundamenteze măsurile de îmbunătățire a calității serviciilor, adoptate la nivelul spitalului;
11. Propune anual sau ori de câte ori se constată necesar SMC., 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;
12. Face propuneri privind luarea măsurilor necesare în vederea respectării principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate de către spital și se preocupă de implementarea și dezvoltarea și armonizarea mediului ambiental (cultura organizațională) și culturii calității în *Spital*, având în acest sens obligația de a aviza Codul de conduită existent la nivelul spitalului, precum și eventualele modificări/completări la acesta;
13. 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 SMC în vederea întocmirii de către acesta a "*Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare*" și urmărește remedierea tuturor neconformităților;
14. În situația producerii unor evenimente adverse la nivelul spitalului, face propuneri de nominalizare de către manager a personalului care face parte din comisia de cercetare a respectivelor evenimente, în funcție de natura evenimentului și de microstructura/locația în care s-au produs acestea. După emiterea de către comisiile de cercetare a evenimentelor adverse a rapoartelor de analiză a cauzelor care au dus la apariția respectivelor evenimente, face propuneri concrete în vederea implementării măsurilor pentru prevenirea repetării lor;
15. Monitorizează condițiile de obținere/menținere a tuturor certificatelor de calitate specifice activităților desfășurate în toate sectoarele de activitate ale spitalului;
16. Analizează anual propunerile formulate de către SMC 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;
17. Analizează anual propunerile formulate de către persoana desemnată de către manager să desfășoare activitatea de informare și relații publice, în ceea ce privește conținutul

- programului de pregătire pentru îmbunătățirea comunicării personalului spitalului cu pacienții/ însoțitorii/ aparținătorii;
18. Asigură interfața necesară elaborării de protocoale/înțelegeri scrise între secții privind asistența medicală, consultului interdisciplinar, etc.;
  19. Face propuneri concrete privind asigurarea cu resurse de către conducerea spitalului pentru realizarea fiecărui obiectiv din programul de management al calității și siguranței pacienților;
  20. Realizează anual analiza obiectivității evaluării nivelului de satisfacție al pacienților prin utilizarea chestionarelor de satisfacție;
  21. Monitorizează modul de implementare a recomandărilor SMC. pentru eficientizarea activităților și proceselor derulate în spital;
  22. Identifică procesele din spital și disfuncțiile produse în desfășurarea acestora, întocmind propuneri fezabile de remediere a neajunsurilor constatate;
  23. Analizează conținutul standardelor, criteriilor, cerințelor și indicatorilor prevăzuți de Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 151/2017 și stabilește care este drumul de parcurs pentru a atinge cel mai înalt grad de conformitate cu acestea/aceștia, raportat la resursele aflate la dispoziția spitalului, condițiile concrete și prioritățile de etapă existente, stabilind în acest sens obiectivele, activitățile, resursele și termenele de realizare cu responsabilități de implementare a propunerilor formulate;
  24. Coordonează elaborarea documentației aferente procesului de evaluare și acreditare împreună cu structura de management a calitatii
  25. Coordonează vizita de evaluare în vederea acreditării spitalului. În acest sens încarcă în aplicația CAPESARO toate documentele necesare pentru pregătirea vizitei, pune la dispoziția evaluatorilor ANMCS toate documentele solicitate, însoțește evaluatorii în timpul vizitei, susține discuțiile și interviurile pentru parcurgerea listelor de verificare în timpul vizitei de evaluare.

Art.3. Cu ducerea la îndeplinire a prezentei decizii se în sarcina comp. RUNOS  
Se comunica persoanelor nominalizate și constituie anexa la fișa postului.

MANAGER INTERIMAR,  
Dr. Gomboș Virginia

