



ISO 9001 • ISO 14001 • ISO 18001 • ISO 22000

LL-C (Certification)



CONSILIUL JUDEȚEAN HUNEDOARA

SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA DEVA

Deva, cod.330084, str. 22 Decembrie, nr.58, jud Hunedoara

Cod fiscal: 4374385

Secretariat tel.0254/214616, fax.0254/212516

Centrala telefonica 0254/227070, 0254/217799, 0734/661888

**e-mail. [spjudeva1@gmail.com](mailto:spjudeva1@gmail.com)**

## DECIZIA NR.257 din data de 02.08.2019

Managerul interimar al Spitalului Județean de Urgență Deva numit prin Dispoziția Președintelui Consiliului Județean Hunedoara nr. 331/2019,

Având în vedere prevederile

- Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Republicata, cu modificările și completările ulterioare;
- O.M.S. nr.446/2017 pentru aprobarea Standardelor, procedurilor și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;
- Ordinului comun CNAS/MSF/COLEGIUL MEDICILOR din România nr.559/874/4017/2001 privind înființarea nucleelor de calitate în unele unități spitalicești;

În vederea îmbunătățirii calitatii serviciilor medicale și implicit a nivelului de performanță al spitalului,

În baza prerogativelor atribuite managerului interimar prin O.M.S. nr.1374/2016 pentru stabilirea atribuțiilor managerului interimar al spitalului public,

### DECIDE:

**Art.1** În vederea monitorizării interne permanente a calitatii serviciilor medicale furnizate asiguraților la nivelul Spitalului Județean de Urgență Deva se reorganizează unitatea de control intern - **Nucleul de calitate**, având următoarea componentă:

Presedinte: Dr.Moga Lucia - director medical

Membrii: Dr.Demeter Ioan – medic șef secție INTERNE II;

Dr.Rad Liviu – medic primar secție INTERNE II;

Dr.Luculescu Paula - medic coordonator Compartiment Chirurgie plastică;

Dr.Zaharia Anamaria – medic specialist secție ORL;

Dr.Buciuta Adina – medic șef Laborator RMFB;

Dr.Leuca-Cremenasiu Diana – medic specialist epidemiolog SPIAAM;

Secretar: Cotarlea Adrian – Serviciul de management al calitatii

**Art.2 Atribuțiile și responsabilitățile Nucleului de calitate** sunt următoarele:

**2.1.** Asigurarea monitorizării interne și evaluarea calitatii serviciilor medicale furnizate asiguraților, prin urmărirea îndeplinirii obiectivelor specifice precizate în Planurile de management ale secțiilor/compartimentelor medicale. În acest sens, șefii secțiilor/compartimentelor medicale vor depune în prima săptămână a lunii curente (ptr. luna precedentă) Planul de management cu valoarea realizată a tuturor indicatorilor, semnat și parafat, la secretariatul nucleului de calitate.

**2.2.** Verificarea prin sondaj lunar a veridicității datelor înscrise în planurile de management a secțiilor/compartimentelor după un program prestabilit.

**2.3.** Analiza rezultatelor obținute la monitorizarea obiectivelor specifice pentru fiecare secție, centralizarea trimestrială la nivel organizational a acestora și prezentarea unui raport conducerii institutiei.

**2.4.** Prezentarea propunerilor de îmbunătățire a calității serviciilor medicale furnizate asiguraților, pentru fiecare secție și global pe unitate, conducerii și implementarea acestora. Propunerile vor fi aduse și la cunostința Consiliului medical al spitalului. Conducerea spitalului va putea astfel analiza





ISO 9001 • ISO 14001 • ISO 18001 • ISO 22000

LL-C (Certification)



CONSILIUL JUDEȚEAN HUNEDOARA

SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTĂ DEVA

Deva, cod.330084, str. 22 Decembrie, nr.58, jud Hunedoara

Cod fiscal: 4374385

Secretariat tel.0254/214616, fax.0254/212516

Centrala telefonica 0254/227070, 0254/217799, 0734/661888

e-mail. spjudeva1@gmail.com

propunerile înaintate de nucleul de calitate în vederea aplicării eventualelor măsuri corective și/ sau preventive, după caz.

**2.5.** Organizarea anchetelor de evaluare a satisfacției pacientului, sub rezerva anonimatului. În acest sens, se va respecta Metodologia de colectare a chestionarelor de satisfacție a pacienților. *Secretarul Nucleului de calitate numit prin prezenta decizie, are responsabilitatea prelucrării trimestriale a datelor din chestionare (pe întrebări și pe secții), interpretează rezultatele, identifică problemele sesizate de pacienți și înaintea concluziile finale Nucleului de calitate, pentru analiză și evaluare;*

**2.6.** Analizarea corectitudinii completării documentelor medicale justificative prevăzute de lege și existența lor ;

**2.7.** Analizarea numărului de infecții nosocomiale și frecvența acestora și evaluarea factorilor de risc ;

**2.8.** Monitorizarea obiectivelor specifice din planul de management pentru sectoarele de activitate;

**2.9.** Participarea la analiza periodică a indicatorilor calitativi și cantitativi din referințele CONAS și a activelor specifice;

**2.10.** Coordonarea activității de analiză a neconformităților constatate, analiză cauzelor, și stabilirea de acțiuni corective/preventive, acțiuni ce vor fi supuse aprobării conducerii instituției;

**2.11.** Raportarea trimestrială către Casa de Asigurări de Sănătate și Direcția de Sănătate Publică a indicatorilor de calitate stabiliți de comun acord de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Ministerul Sănătății și Familiei și de Colegiul Medicilor din România.

**Art.3 Principalele obiective urmărite** de Nucleul de calitate din punct de vedere operational sunt:

a) autoevaluarea activității din punct de vedere al calității serviciilor medicale și de îngrijiri furnizate ;

b) eficientizarea activității , urmărind îmbunătățirea continuă a calității.

c) modificarea comportamentului personalului spitalului, prin creșterea atenției acordate pacientului.

d) creșterea satisfacției pacientului.

f) implementarea mecanismului managerial de evaluare a calității serviciilor medicale

g) atingerea indicatorilor de performanță clinică comparativi cu nivelele medii naționale

**Art.4** Nucleul de calitate se va întruni lunar sau ori de câte ori este nevoie, prin convocare efectuată de președintele numit al nucleului de calitate.

**Art.5** Metodologia prezentată privind organizarea și functionarea Nucleului de calitate este obligatorie pentru toți membrii comisiei. Toate materialele elaborate, inclusiv rapoartele periodice vor fi gestionate de președintele și secretarul comisiei și vor fi păstrate și arhivate la biroul Directorului medical. Comisia va avea un **Registru** în care se vor înregistra toate documentele primite și cele elaborate.

**Art.6** Prin emiterea prezentei decizii își încetează valabilitatea decizia nr. 417/01.08.2013.

**Art.7** Prezenta decizie se comunică membrilor Nucleului de calitate, secretariatului managerului, Serviciului RUNOS, Serviciului de management al calității și membrilor COMISIEI DE MONITORIZARE A CONTROLULUI INTERN MANAGERIAL al unității sanitare.

**MANAGER interimar,  
DELIA MARINELA BADA**

Întocmit și avizat legalitate,  
Consilier juridic Bărtaș Iulia