



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

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;

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

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

DECIDE:

Art.1 In 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 JUDETEAN HUNEDOARA

SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA 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 inaintate de nucleul de calitate in vederea aplicarii eventualelor masuri corective si/ sau preventive, dupa caz.

2.5. Organizarea anchetelor de evaluare a satisfactiei pacientului, sub rezerva anonimului. In acest sens, se va respecta Metodologia de colectare a chestionarelor de satisfactie a pacientilor. *Secretarul Nucleului de calitate numit prin prezenta decizie, are responsabilitatea prelucrării trimestriale a datelor din chestionare (pe intrebari si pe sectii), interpreteaza rezultatele, identifica problemele sesizate de pacienti si inainteaza concluziile finale Nucleului de calitate, pentru analiza si evaluare;*

2.6. Analizarea corectitudinii completarii documentelor medicale justificative prevazute de lege si existenta lor ;

2.7. Analizarea numarului de infectii nozocomiale si frecventa acestora si evaluarea factorilor de risc ;

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

2.9. Participarea la analiza periodica a indicatorilor calitativi si cantitativi din referintele CONAS si a activelor specifice;

2.10. Coordonarea activitatii de analiza a neconformitatilor constatate, analiza cauzelor, si stabilirea de actiuni corective/preventive, actiuni ce vor fi supuse aprobarii conducerii institutiei;

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

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

a) autoevaluarea activitatii din punct de vedere al calitatii serviciilor medicale si de ingrijiri furnizate ;

b) eficientizarea activitatii , urmarind imbunatatirea continua a calitatii.

c) modificarea comportamentului personalului spitalului, prin cresterea atentiei acordate pacientului.

d) cresterea satisfactiei pacientului.

f) implementarea mecanismului managerial de evaluare a calitatii serviciilor medicale

g) atingerea indicatorilor de performanta clinica comparativi cu nivelele medii nationale

Art.4 Nucleul de calitate se va intruni lunar sau ori de cate ori este nevoie, prin convocare efectuata de presedintele numit al nucleului de calitate.

Art.5 Metodologia prezentata privind organizarea si functionarea Nucleului de calitate este obligatorie pentru toti membrii comisiei. Toate materialele elaborate, inclusiv rapoartele periodice vor fi gestionate de presedintele si secretarul comisiei si vor fi pastrate si arhivate la biroul Directorului medical. Comisia va avea un **Registru** in care se vor inregistra toate documentele primite si cele elaborate.

Art.6 Prin emiterea prezentei decizii isi inceteaza valabilitatea decizia nr. 417/01.08.2013.

Art.7 Prezenta decizie se comunica membrilor Nucleului de calitate, secretariatului managerului, Serviciului RUNOS, Serviciului de management al calitatii si membrilor COMISIEI DE MONITORIZARE A CONTROLULUI INTERN MANAGERIAL al unității sanitare.

**MANAGER interimar,
DELIA MARINELA BADA**

Întocmit și avizat legalitate,
Consilier juridic Bărțan Iulia