

 <p>unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE</p> <p>pentru ciclul II de acreditare</p>		<p><b>CONSILIUL JUDEȚEAN GORJ</b>  <b>Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu</b>  <b>Str. Progresului, nr.18, Cod: 210218</b>  <b>Tel. 0253/210432</b>  <b>Fax 0253/210432</b>  <b>E-mail: <a href="mailto:office@spitalgorj.ro">office@spitalgorj.ro</a></b>  <b>Cod fiscal 4448067</b></p>
---	---	--

DISPOZITIA NR. 732  
DIN 21.06.2020

**MANAGER EC. VIENESCU DUMITRU**

**Având în vedere:**

- necesitatea reorganizării **Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II** din cadrul Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu ca urmare a demisiei d-nei dr. Coleasă Nicoleta-Simona din funcția de director medical interimar în cadrul Comitetului Director al unității sanitare publice-Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu, înregistrată la Consiliul Județean Gorj sub nr.7640/2020.

-necesitatea demarării procesului de evaluare în vederea obținerii acreditării, ciclul II, a Spitalului Județean de Urgență Târgu-Jiu, unitate acreditată în ciclul I, prin Ordinul Președintelui A.N.M.C.S nr. 603 din 29.09.2016.

**În baza:**

-Ordinului Ministerului Sănătății nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii si metodologiei de evaluare și acreditare a spitalului;

- Ordinului Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate 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;

-prevederilor art. 53 și 54 din Regulamentul de Organizare și Funcționare al Spitalului Județean de Urgență Târgu-Jiu;

- dispoziției Președintelui Consiliului Județean Gorj nr.689/16.06.2020 pentru stabilirea unor măsuri privind asigurarea exercitării funcției de director medical în cadrul Comitetului Director al unității sanitare publice-Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu.

- dispoziției Managerului Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu nr.686/17.06.2020 prin care se desemnează ca membru al Comitetului Director al unității sanitare publice-Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu, a d-nului dr. Dinu Constantin Mădălin, medic primar în specialitatea Urologie, care va exercita în cadrul acestuia funcția de director medical în regim de interimat.

**În temeiul:**

- prevederilor Regulamentului de Organizare si Funcționare al Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu, Regulamentului Intern,

**DISPUNE**

**Art. 1.** Începând cu data emiterii prezentei, se aprobă reorganizarea **Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II**, comisie care va susține Serviciul Managementul Calității Serviciilor Medicale în atingerea următoarelor obiective:

- reacreditarea spitalului;
- monitorizare post acreditare;

- implementarea și dezvoltarea continuă a conceptului de calitate.

**Art.2.** La data intrării în vigoare a prezentei dispoziții, se abrogă orice alte dispoziții care contravin acesteia.

**Art. 3.** Începând cu data emiterii prezentei, se desemnează **Coordonatorii de Calitate în structurile unde își desfășoară activitatea: secții/servicii/compartimente/ambulatoriul integrat al spitalului**, care răspund de următoarele activități:

- instruirea personalului pe probleme de managementul calității;
- pregătirea în vederea monitorizării/reevaluării de către A.N.M.C.S;
- pregătirea pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II, A.N.M.C.S;
- menținerea standardelor de acreditare;
- auditarea de supraveghere ISO (unde este cazul);
- elaborarea/implementarea protocoalelor/procedurilor specifice fiecarui sector de activitate;
- implementarea și respectarea planului anual de instruire specific managementului calității;
- coordonarea personalului pe probleme de calitate a actului medical și alte probleme specifice;
- identificarea și evaluarea riscurilor în vederea elaborării registrului de riscuri.

**Art. 4.** Membrii **Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II au și calitatea de Coordonatori de Calitate, structura Comisiei fiind următoarea:**

**Președinte:** Director Medical – Dr. Dinu Constantin Mădălin;

**Vicepreședinte:** Director Îngrijiri - As. Motea Claudia Elena.

**Membrii/Coordonatori de calitate:**

Ec. Capotă Gigel Gheorghe-Director Financiar-Contabil-coordonator calitate;

Ing. Toma Cristinel-Director Tehnic-Administrativ și de Patrimoniu-coordonator calitate;

Dr. Barbu Letiția-Președinte Consiliu Etic-coordonator calitate;

Ec. Grecu Adrian-Responsabil Managementul Calității-coordonator calitate;

Jr. Manea Daniela-Consilier Juridic-coordonator calitate;

Ec. Brîncuș Florin Gabriel-Șef Serviciul Aprovizionare, Transport, Achiziții Publice-Contractare-coordonator calitate;

Ec. Ciocoiu Eugenia-Șef Serviciu R.U.O.N.S –coordonator calitate;

Ing. Radulescu Claudia Mariana –Șef Serviciu Evaluare și Statistică Medicală;

Ing. Antonescu Georgica –Responsabil S.S.M-coordonator calitate;

Ing. Ionescu Cornel –Responsabil S.U.-coordonator calitate;

Ec. Udriștioiu Steliana –Șef Serviciu Financiar-Contabilitate-coordonator calitate;

Jr. Aninoiu Claudiu- Șef Birou Administrativ-coordonator calitate;

Dr. Vlăduț Dumitru –medic coordonator S.P.I.A.A.M –coordonator calitate;

**Coordonatori de calitate pe secții/servicii/compartimente/laboratoare/farmacie/ambulatoriu integrat/UPU:**

**Secția Medicină Internă I:**

- șef secție-dr. Cioplea Laura Elena-coordonator calitate;

- asistent șef-as. Ilie Veronica Ilariana-coordonator calitate;

**Secția Gastroenterologie:**

- șef secție-dr. Malaiuș Vasile-coordonator calitate;

- asistent șef-as. Stoicoiu Voichița-coordonator calitate;

**Secția Endocrinologie:**

- șef secție-dr. Rîcă Ioana-coordonator calitate;

- asistent șef-as. Bălan Gabriela-coordonator calitate;

**Secția Cardiologie:**

- șef secție-dr. Morega Adela Corina-coordonator calitate;

- asistent șef-as. Apostoiu Florentina-coordonator calitate;

**Compartiment Terapie Intensivă Coronarieni**

- șef secție-dr. Morega Adela Corina-coordonator calitate;
- asistent șef-as. Cîrstoiu Lucian-coordonator calitate;

**Secția Pediatrie:**

- șef secție-dr. Ișfan Natalia Simona-coordonator calitate;
- asistent șef-as. Bălăcescu Mihaela-coordonator calitate;

**Secția Obstetrică-Ginecologie:**

- șef secție-dr. Tetileanu Adrian-coordonator calitate;
- asistent șef-as. Cosolan Elena-coordonator calitate;

**Secția Neonatologie:**

- șef secție-dr. Olănescu Luminița-coordonator calitate;
- asistent șef-as. Diaconu Păunica-coordonator calitate;

**Secția Neurologie:**

- șef secție-dr. Stoichițoiu Sorinela-coordonator calitate;
- asistent șef-as. Duică Anișoara-coordonator calitate;

**Secția Medicină Internă II:**

- șef secție-dr. Guță Natalia-coordonator calitate;
- asistent șef-as. Murgășanu Violeta-coordonator calitate;

**Compartiment Geriatrie:**

- medic compartiment-dr. Băleanu Ana-coordonator calitate;
- asistent șef-as. Băban Cristina-coordonator calitate;

**Laborator Analize Medicale**

- șef laborator-dr. Grigorian Maria Magdalena-coordonator calitate;
- asistent șef-as. Stroie Cristina-coordonator calitate;

**Laborator Explorari Functionale:**

- șef laborator-dr. Neamțu Georgeta-coordonator calitate;

**Laborator Radiologie –Imagistică Medicală:**

- șef laborator-dr. Mitrulescu Paișanu Ioana-coordonator calitate;

**Serviciul Anatomie Patologică:**

- șef serviciu-dr. Firoiu Camelia-coordonator calitate;

**Farmacia Centrală:**

- farmacist șef-farm. Calinoiu Ion Mădălin-coordonator calitate;

**Secția Chirurgie Generală I:**

- șef secție-dr. Băleanu Vasile-coordonator calitate;
- asistent șef-as. Blidaru Ramona-coordonator calitate;

**Secția Chirurgie Generală II:**

- șef secție-dr. Soare Claudiu Gabriel-coordonator calitate;
- asistent șef-as. Buzatu Persida-coordonator calitate;

**Secția Ortopedie-Traumatologie:**

- șef secție-dr. Niculescu Bogdan-coordonator calitate;
- asistent șef-as. Găvan Gabriel-coordonator calitate;

**Secția ORL:**

- șef secție-dr. Stanciu Gheorghe-coordonator calitate;
- asistent șef-as. Rotaru Larisa-coordonator calitate;

**Secția Oftalmologie:**

- șef secție-dr. Barbu Letiția Elena-coordonator calitate;
- asistent șef-as. Buta Marina-coordonator calitate;

**Secția R.M.F.B:**

- șef secție-dr. Băleanu Ioana Luciana –coordonator calitate;
- asistent șef-as. Popescu Elena-coordonator calitate;

**Sectia Urologie:**

- șef secție-dr. Guță Robert-Ciprian-coordonator calitate;

- asistent șef-as. Ciochiu Daniela-coordonator calitate;

**Sectia Boli Infecțioase:**

- șef secție-dr. Manea Luminița-coordonator calitate;

- asistent șef-as. Pucica Georgeta-coordonator calitate;

**Secția Oncologie:**

- șef secție-dr. Blendea Dinu Adrian-coordonator calitate;

- asistent șef-as. Simona Crețu-coordonator calitate;

**Secția Psihiatrie Acuți:**

- șef secție-dr. Cîmpeanu Ana-Maria-coordonator calitate;

- asistent șef-as. Cucu Simena-coordonator calitate;

**Secția Dermato-Venerologie:**

- șef secție-dr. Novac Luminița-coordonator calitate;

- asistent șef-as. Cîrlugea Lelia-coordonator calitate;

**Secția ATI I:**

- șef secție-dr. Crețu Ion-coordonator calitate;

- asistent șef-as. Ciortea Laura-coordonator calitate;

**Sectia ATI II:**

- șef secție-dr. Dîrnu Rodica-coordonator calitate;

- asistent șef-as. Samoilă Daniela-coordonator calitate;

**Ambulatoriul integrat:**

- medic coordonator-dr. Nițu Scăueru Alexandra-coordonator calitate;

**Spitalizare de zi:**

- medic coordonator-dr. Dinu Constantin Mădălin -coordonator calitate;

- asistent coordonator-as. Popa Magdalena Mihaela-coordonator calitate;

**Camera de Gardă (str. Progresului, nr. 18):**

- medic coordonator-dr. Cioplea Laura Elena-coordonator calitate;

- asistent coordonator-as. Udroiu Maricica-coordonator calitate;

**Camera de Garda (str. A. I. Cuza, nr. 1):**

- medic coordonator-dr. Demetrian Alina Simona -coordonator calitate;

- asistent coordonator-as. Popescu Mihaela-coordonator calitate;

**Unitatea de Primire a Urgențelor-SMURD:**

- medic șef-dr. Huzu Maddy Andreea -coordonator calitate;

- asistent șef-as. Vintilescu Gheorghe-coordonator calitate;

**Unitatea de Transfuzii Sanguine I:**

- medic coordonator-dr. Șerban Mircea-coordonator calitate;

**Unitatea de Transfuzii Sanguine II:**

- medic coordonator-dr. Ionescu Gabriela-coordonator calitate;

**Sterilizare:**

- asistent șef - as. Gogulescu Eleonora-coordonator calitate;

**Stația de Hemodializă:**

- medic coordonator-dr. Coleașă Mădălin Theodor-coordonator calitate;

**Secretar Comisie:**

- responsabil managementul calității (RMC)-ec. Grecu Adrian

**Art. 5.** Activitatea Comisiei se va desfășura în baza *Regulamentului de organizare și funcționare a Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II*, care se constituie în Anexa nr. 1 la prezenta dispoziție.

**Art. 6.** Secretariatul unității va aduce la cunoștința persoanelor nominalizate prezenta dispoziție, prin curierul unității, dovada luării la cunoștință, făcându-se prin semnătură, în tabelul anexat dispoziției.

**Art. 7.** Serviciul R.U.O.N.S va completa fișele de post ale persoanelor nominalizate, cu atribuțiile stabilite prin *Regulamentul de organizare și funcționare a Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II.*

**Manager,  
Ec. Vienescu Dumitru**



Responsabil Managementul Calității,  
Ec. Grecu Adrian

Conșilier Juridic,  
Jr. Horhoianu Emilia

**Anexa nr. 1**

**Regulamentul de organizare și funcționare a Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II.**

**I. Cadru general**

**Art. 1.** Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu, pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II se înființează în baza dispoziției, emisă de managerul spitalului și funcționează în conformitate cu prezentul regulament.

**Art. 2.** Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu, pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II se înființează ca urmare a cerinței Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate.

**II. Organigrama**

**Art. 3.** Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II este formata din:

- 1) președinte;
- 2) vicepreședinte;
- 3) secretar;
- 4) membrii;

**III. Atribuții**

**Art. 4.** Membrii Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II au următoarele atribuții:

- 1) Stabilesc misiunea și viziunea unității sanitare, în concordanță cu nevoia de servicii de sănătate a comunității și resursele existente sau potențiale.
- 2) Susțin Structura de Management al Calității în atingerea obiectivelor.
- 3) Reacreditarea spitalului.
- 4) Monitorizarea post acreditare.
- 5) Implementarea și dezvoltarea continuă a „conceptului de calitate”.
- 6) Identifică procesele din organizație și problemele cu care se confruntă în desfășurarea acestora.
- 7) Analizează conținutul standardelor de acreditare și stabilește care sunt diferențele între indicatorii de structură, de proces și de rezultat din unitate și din standarde, care este drumul de parcurs pentru a atinge cel mai înalt grad de conformitate cu standardele.

- 8) Stabilesc obiectivele, activitățile, resursele și termenele de realizare cu responsabilități.
- 9) Stabilesc obiectivele specifice proceselor pentru a atinge standardele de referință.
- 10) Stabilesc modul de monitorizare și evaluare a derulării procesului de reacreditare;
- 11) Stabilește documentația necesară asigurării trasabilității proceselor eliminând documentele și înscrisurile redundante și inutile.
- 12) Coordonează elaborarea documentației aferente procesului de reacreditare.
- 13) Elaborează documentele conform procedurilor și metodologiei de acreditare.
- 14) Identifică activitățile pentru care este necesar să se elaboreze proceduri de sistem sau operaționale, pentru a asigura omogenitatea modului de acțiune.
- 15) Organizează elaborarea procedurilor operaționale specifice activității desfășurate.
- 16) Stabilesc circuitul documentelor, având în vedere siguranța și securitatea informațiilor.
- 17) Se asigură de instruirea, corectitudinea implementării, conștientizarea și asumarea procedurilor.
- 18) Se asigură de păstrarea confidențialității celor dezbătute.
- 19) Pregătesc documentele necesare validării conformității cu cerințele din standard.
- 20) Raportează stadiului realizării obiectivelor specifice proceselor (inclusiv prelucrarea statistică a datelor cu privire la performanța proceselor) către conducerea instituției.
- 21) Analizează și soluționează neconformitățile constatate și situațiile necorespunzătoare sesizate.
- 22) Trasează planul de măsuri pentru neconformitățile, situațiile necorespunzătoare sesizate.
- 23) Verifică eficacitatea acțiunilor corective dispuse.
- 24) Colaborează cu EGR (echipa de gestionare a riscurilor) în activitățile de identificare și analiză a riscurilor.
- 25) Menține continuitatea calității serviciilor medicale.
- 26) Raportează periodic sau la cererea conducerii aspectele referitoare la standarde.
- 27) Participă la analiza managementului.
- 28) Se întrunește ori de câte ori este nevoie, fiecare întrunire se va consemna într-un Proces-verbal.
- 29) Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.
- 30) Cooperează cu membrii comisiilor de evaluare.
- 31) Asigură interfața în fața organismelor de acreditare.
- 32) Participă la programul de evaluare.
- 33) Transmite documentele solicitate sub forma de hârtie sau electronic comisiei de evaluare.
- 34) Se pun de acord în ceea ce privește programul de evaluare împreună cu membrii comisiei de evaluare pentru a nu perturba buna desfășurare a activității spitalului.
- 35) Participă la ședințele de deschidere, informare zilnică, de informare finală.
- 36) Gestionează și aplanează situațiile tensionate.
- 37) Coordonează elaborarea documentației aferente procesului de acreditare.
- 38) Monitorizează și măsoară indicatorii specifici proceselor.

**Art. 5.** Persoanele nominalizate în dispoziția managerului de înființare a Comisiei, care fac parte din structurile medicale, pe lângă atribuțiile **Art.4**, vor avea și următoarele atribuții:

- 1) Revizuiesc protocoalele existente.
- 2) Elaborează protocoale/algoritmi de stabilire diagnostic pe afecțiunile mai frecvente.
- 3) Elaborează protocoale de prescriere medicamente/investigații costisitoare.
- 4) Elaborează protocoale specifice secției/compartimentului unde își desfășoară activitatea medicală.
- 5) Elaborează proceduri de îngrijire specifice.
- 6) Elaborează protocoale/documente scrise între secții privind asistența medicală.
- 7) Elaborează proceduri privind transferurile intra și interspitalicești, consulturi interdisciplinare.

**Art. 6.** În vederea îndeplinirii atribuțiilor proprii, Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II va avea în vedere:

- 1) Obligațiile comisiei.
- 2) Necesitatea respectării regulilor Comisiei de coordonare.
- 3) Creșterea calității serviciilor medicale.

4) Dezvoltarea continuă a sistemelor de management al calității.

**Art. 7.** Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II se întrunește lunar și ori de câte ori este nevoie, pentru analizarea stadiului implementării sistemului de management al calității în ceea ce privește acreditarea ciclul II.

**Art. 8.** Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II se întrunește lunar și ori de câte ori este nevoie, la sesizarea oricărui membru al comisiei, pentru soluționarea situațiilor neconforme.

**Art. 9.** Fiecare întrunire se va consemna într-un Proces-verbal care va cuprinde toate aspectele, atât cele sesizate, cât și măsurile propuse a fi luate de către președintele comisiei sau de către alți membri și acceptate în conformitate cu legislația în vigoare.

**Art. 10.** Procesul verbal se va întocmi de către secretarul comisiei, care ulterior îl va înainta președintelui Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II.

**Art. 11.** La fiecare întrunire membrii comisiei vor analiza dacă măsurile de îmbunătățire propuse la întrunirea anterioară au avut efectul așteptat și situațiile neconforme sau sesizările s-au remediat.

**Art. 12.** Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical și a implementării/dezvoltării „Conceptului de calitate”.

#### **IV. Dispoziții finale**

**Art. 13.** Metodologia prezentată privind organizarea și funcționarea Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul II este adoptată de toți membrii și devine obligatorie. Toate materialele elaborate vor fi gestionate de secretarul comisiei și arhivate conform legii. Comisia va avea un Registru în care se va înregistra toate documentele primite și cele elaborate.

**Manager,  
Ec. Vienesu Dumitru**



**Responsabil Managementul Calității,  
Ec. Grecu Adrian**

**Consilier juridic,  
Jr. Horhoianu Emilia**

A blue ink handwritten signature of Ec. Grecu Adrian, written over a horizontal line.