 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA TARGOVISTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 1 of 46
		Exemplar nr.: 1


*nr 279 / 10.12.2013.*

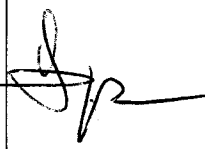


# **SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA TARGOVISTE**

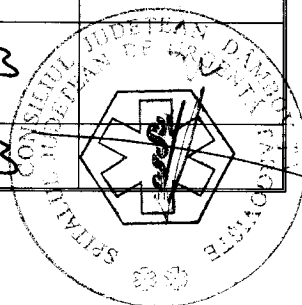
## *Manualul calitatii*

**Editia 1  
Decembrie 2013**



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Ediția : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 2 of 46
		Exemplar nr.: 1


<b>Responsabilitati</b>	<b>Nume si prenume</b>	<b>Semnatura</b>	<b>Data</b>
<i>Elaborat: Sef Serviciu Managementul Calitatii Serviciilor medicale, Control Intern si administrare Sectii</i>	<i>Ec. Adrian Catalin Despa</i>		10.12.2013
<i>Verificat: Director Medical</i>	<i>Dr. Tomescu Andrei Gheorghe</i>		10.12.2013
<i>Aprobat: Manager</i>	<i>Dr. Petrescu Radu Corneliu</i>		10.12.2013



### SITUAȚIA EDITIILOR SI REVIZIILOR

<b>Pag.</b>	<b>Ed./Rev</b>	<b>Data</b>	<b>Motivul schimbarii paginii</b>	<b>Elaborat</b>	<b>Verificat</b>	<b>Aprobat</b>
Toate	Ed.1/ Rev.1		Proiectarea initiala a sistemului de management al calitatii			



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 3 of 46
		Exemplar nr.: 1

## CUPRINS

---

### *Nr. capitol*

### *Denumire capitol*

Pagina de garda  
Cuprins  
Declarația managerului Spitalului Județean de Urgență Târgoviște privind politica în domeniul calității - misiune, viziune, valori și obiective

## **1. GENERALITATI**

### *1.1 Descrierea organizatiei*

### *1.2 Istoric*

### *1.3 Descrierea principalelor servicii medicale*

### *1.4 Organigrama SJUT*

## **2. DOMENIU DE APLICARE**

## **3. REFERINTE NORMATIVE**

## **4. DEFINITII SI PRESCURTARI**

### *4.1 Definitii*

### *4.2 Prescurtari*

## **5. SISTEMUL DE MANAGEMENT AL CALITATII**

### *5.1 Cerinte generale*

### *5.2 Documentatia sistemului de management al calitatii*


#### *5.2.1 Generalitati*

#### *5.2.2 Manualul calitatii*

#### *5.2.3 Controlul documentelor*

#### *5.2.4 Controlul Inregistrarilor*



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Ediția : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 4 of 46
		Exemplar nr.: 1

## 6. RESPONSABILITATEA MANAGEMENTULUI

### 6.1 *Angajamentul managementului*

### 6.2 *Orientarea către pacient*

### 6.3 *Politica referitoare la calitate*

### 6.4 *Planificarea*

#### 6.4.1 *Obiectivele calității*

#### 6.4.2 *Planificarea sistemului de management al calității*

### 6.5 *Responsabilitate, autoritate și comunicare*

#### 6.5.1 *Responsabilitate și autoritate*

#### 6.5.2 *Reprezentantul managementului*

#### 6.5.3 *Comunicarea internă*

### 6.6 *Analiza efectuată de management*

#### 6.6.1 *Generalități*

#### 6.6.2 *Elementele de intrare ale analizei*

#### 6.6.3 *Elementele de ieșire ale analizei*

## 7. MANAGEMENTUL RESURSELOR

### 7.1 *Asigurarea resurselor*

### 7.2 *Resurse umane*

#### 7.2.1 *Generalitati*

#### 7.2.2 *Competența , constientizare si instruire*

### 7.3 *Infrastructura*

### 7.4 *Mediul de lucru*

## 8. REALIZAREA SERVICIULUI

### 8.1 *Planificarea realizării serviciului*

### 8.2 *Procese referitoare la relația cu pacientul*


#### 8.2.1 *Determinarea cerințelor referitoare la serviciu*

#### 8.2.2 *Analiza cerințelor referitoare la serviciu*

#### 8.2.3 *Comunicarea cu pacientul*

### 8.3 *Dezvoltarea serviciilor medicale*



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA TARGOVISTE</b>	<b>MANUALUL CALITATI</b>	Editia : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 5 of 46
		Exemplar nr.: 1

#### **8.4 Aprovizionare**

- 8.4.1 *Procesul de aprovizionare*
- 8.4.2 *Informatii referitoare la aprovizionare*
- 8.4.3 *Verificarea serviciului aprovizionat*

#### **8.5 Furnizarea de servicii**

- 8.5.1 *Controlul furnizarii serviciilor*
- 8.5.2 *Validarea proceselor de furnizare a serviciilor*
- 8.5.3 *Identificare si trasabilitate*
- 8.5.4 *Proprietatea pacientului*
- 8.5.5 *Pastrarea produsului*

#### **8.6 Controlul echipamentelor de masurare si monitorizare**

### **9. MASURARE, ANALIZA SI IMBUNATATIRE**

#### **9.1 Generalitati**

#### **9.2 Monitorizare si masurare**

- 9.2.1 *Satisfactia pacientului*
- 9.2.2 *Auditul intern*
- 9.2.3 *Monitorizarea si masurarea proceselor*
- 9.2.4 *Monitorizarea si masurarea serviciului*

#### **9.3 Controlul serviciului neconform**

#### **9.4 Analiza datelor**

#### **9.5 Imbunatatire**

- 9.5.1 *Imbunatatire continua*
- 9.5.2 *Actiune corectiva*
- 9.5.3 *Actiune preventiva*


### **10. ANEXE**

*Anexa 1 - Organigrama SJUT*

*Anexa 2 - Lista documentatiei SMC*

*Anexa 3 - Harta proceselor Spitalului Județean de Urgență Târgoviște*



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA TARGOVISTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Editia : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 6 of 46
		Exemplar nr.: 1

## **Declaratia managerului Spitalului Județean de Urgență Târgoviște privind politica in domeniul calitatii - misiune, viziune, valori si obiective**

**MISIUNEA** Spitalului Județean de Urgență Târgoviște este aceea de a furniza servicii de sănătate la cel mai înalt nivel într-un mediu propice desfășurării actului medical.

**VIZIUNEA** Top Managementului Spitalului Județean de Urgență Târgoviște este de a ajunge si a se mentine in frunte in ceea ce privește excelenta calitate a serviciilor de sănătate.

**VALORILE** spre care tinde spitalul trebuie sa se concentreaza pe urmatoarele concepte:

- **Excelenta calitate**
  - A tinde spre excelenta.
  - A avea inițiativa, a identifica si a analiza problemele.
  - Sa demonstreze ca are standarde înalte de calitate.
  - Sa demonstreze ca s-au inteles acordurile încheiate.
- **Concentrarea pe pacienti**
  - Sa se demonstreze politețe si respect.
  - Identificarea așteptărilor clienților.
  - Sa fie menținut un nivel înalt al eticii si a confidentialitatii.
  - Sa se aprecieze diversitatea de valori.
  - Satisfacerea pacientilor
- **Resursele manageriale**
  - Sa se găsească calea de imbunatatire a leadership-ului.
  - Utilizarea resurselor într-o maniera cat mai eficienta.
- **Teamwork**
  - Flexibilitate privind înțelegerea si adoptarea schimbărilor ce pot apărea.
  - Participarea la activitățile întâlnite.
  - Recunoașterea realizărilor individuale si de echipa.
  - Comunicare excelenta.
  - Munca in echipa pentru realizarea obiectivelor.

Prin implementarea tuturor acestor valori SJUT va deveni performant si va dobandi o buna reputatie in ceea ce priveste calitatea actului medical.

**OBIECTIVUL PRINCIPAL AL TOP MANAGEMENTULUI SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚĂ TÂRGOVIȘTE** este acela de a imbunatati continuu calitatea actului medical printr-un sistem integrat ce se referă pe de-o parte la:

- Infrastructura de calitate;

iar pe de alta parte la:

- Pregătirea profesională, respectiv la dezvoltarea permanentă a competentelor cadrelor medicale.





**OBIECTIVELE GENERALE** asumate de in domeniul politicii de calitate se refera la:

1. Accreditarea Spitalului Județean de Urgență Târgoviște
2. Orientarea catre pacienti avand ca scop final satisfacerea nevoilor acestora prin dezvoltarea gamei de servicii oferite si prin cresterea increderii in calitatea acestora.
3. Demonstrarea competentei si a expertizei in domeniu a tuturor angajatilor printr-o foarte buna pregatire profesionala, experienta si integritate.
4. Realizarea unei bune comunicari cu intreaga comunitate in ceea ce priveste munca de prevenire prin educatie sanitara.

**OBIECTIVELE STRATEGICE** elaborate de Top Managementul Spitalului Județean de Urgență Târgoviște sunt următoarele:


- Creșterea calității serviciilor de sănătate;
- Creșterea gradului de siguranță și de satisfacție a pacientului;
- Elaborarea unor programe de educație continuă a personalului, în scopul creșterii competentei profesionale;
- Favorizarea investițiilor în echipamente medicale;
- Reducerea costurilor și creșterea eficienței;
- Atragerea de noi resurse financiare;
- Recunoașterea competentei spitalului de către populație;
- Întărirea credibilității medicilor și a întregului personal sanitar;
- Instruirea și formarea personalului, precum și un nou mod de recrutare a personalului medical;
- Promovarea transmiterii cunoștințelor și schimbului de experiență cu spitalele de excelență;
- Monitorizarea pacienților.

Nucleul de calitate al Spitalului Județean de Urgență Târgoviște și Serviciul Managementul Calitatii Serviciilor Medicale, Control Intern și Administrare Sectii au responsabilitatea și autoritatea pentru aplicarea prevederilor documentelor sistemului de management al calitatii.

Prezenta declarație intra în vigoare la data aprobării, iar prevederile sale sunt obligatorii pentru întregul personal al spitalului.

**Manager**  
**Dr. Petrescu Radu Corneliu**



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA TARGOVISTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Ediția : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 8 of 46
		Exemplar nr.: 1

## 1. GENERALITATI

### 1.1 Descrierea organizatiei

- Denumirea organizatiei: SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA TARGOVISTE
- Sediul : Targoviste, Strada Tudor Vladimirescu, Nr. 48
- Cod fiscal : 4206845
- Cont virament :
- Telefon: 0245/631582
- Fax: 0245/210509

**Spitalul Județean de Urgență Târgoviște** este o unitate sanitară cu paturi, cu personalitate juridică care asigură servicii medicale profilactice, curative și recuperatorii.

Spitalul are în structura sa secții și compartimente pentru tratamentul și îngrijirea bolnavilor cu afecțiuni acute și afecțiuni cronice. Unele secții funcționează atât în regim de spitalizare continuă cât și de zi.

Finanțarea SJUT se asigură din veniturile realizate în raport cu serviciile medicale furnizate pe baza contractelor încheiate cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, de la bugetul de stat, bugetele locale, studii clinice și din donații și sponsorizări.

În data de 1.07.2010 managementul asistenței medicale a Spitalului Județean de Urgență Târgoviște a fost preluat de Consiliul Județean Dâmbovița, iar din data de 1.02.2011 acesta a fost reorganizat conform HGR nr. 1305/2010 preluând în structura sa 5 unități sanitare :

- Spitalul Municipal Târgoviște;
- Spitalul de Psihiatrie Cronici Gura Ocniței;
- Centru de Recuperare Neuromotorie Copii Gura Ocniței;
- Centrul de Sănătate Voinești;
- Sanatoriul TBC Moroeni;


Unitățile preluate au fost reorganizate ca structuri fără personalitate juridică în structura Spitalului Județean de Urgență Târgoviște.

Conform structurii organizatorice salariații desfășurându-și activitatea în cadrul mai multor locații după cum urmează:

- Locația Sediul Central – Str. Tudor Vladimirescu, nr. 48;
- Locația Municipal din Str. IC. Bratianu, nr. 4;
- Locația Municipal din Str. Cooperăției, nr. 2;
- Locația din Str. Nicolae Filipescu, nr. 28;
- Locația Gura Ocniței Copii;
- Locația Gura Ocniței Adulți (Ochiuri);
- Locația Sanatoriul TBC Moroeni;
- Locația Voinești;
- Locația Titu.





 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Ediția : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 9 of 46
		Exemplar nr.: 1

In cadrul Spitalului Județean de Urgență Târgoviște funcționează Ambulatoriul integrat care dispune de cabinete de specialitate conform structurii organizatorice repartizate în 4 locații:

- Locația Sediul Central – Str. Tudor Vladimirescu, nr. 48;
- Locația Municipal din Str. IC. Bratianu, nr. 4;
- Locația Municipal din Str. Cooperației, nr. 2;
- Locația Voinești.

## **1.2 Istoric**

SJUT a fost înființat în anul 1930 într-o clădire cu un număr de 20 de paturi. În 1938 a avut loc extinderea acestuia, construindu-se încă 2 clădiri.

În perioada 1940-1948 a luat ființă secțiile Pediatrie, Obstetrică - Ginecologie, Neonatologie și Ambulatoriul de Specialitate, iar între anii 1950-1952 secția de Chirurgie Generală.

În perioada 1958-1960 s-a înființat secția de Cardiologie și Laboratorul de Analize medicale.

În 1973 s-a construit noua clădire a SJUT având 700 paturi, asigurând servicii medicale populației din municipiul Târgoviște și din zonele limitrofe.

## **1.3 Descrierea principalelor servicii medicale**

Principalele servicii medicale pe care Spitalul Județean de Urgență Târgoviște le pune la dispoziția comunității sunt:


- Consultatii specializate în regim ambulatoriu și în regim de urgență
- Investigatii paraclinice
- Stabilirea diagnosticului
- Tratamente medicale
- Interventii chirurgicale și recuperare medicală
- Îngrijire, cazare și masă

Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza recomandării de internare din partea medicului de familie acreditat sau a medicului de specialitate din ambulatoriu, iar persoanelor care nu au asigurare în sistem contracost.

## **1.4 Organigrama SJUT**

Organigrama Spitalului Județean de Urgență Târgoviște este prezentată în Anexa 1 a prezentului Manual al Calității și cuprinde toate secțiile, compartimentele, laboratoarele, serviciile și birourile precum și numărul posturilor aprobate.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 10 of 46
		Exemplar nr.: 1

## 2. DOMENIU DE APLICARE - SCOP

Prezentul Manual al Calitatii reflecta politica de calitate a Spitalului Județean de Urgență Târgoviște precum și Sistemul de Management al Calitatii documentat și implementat în cadrul organizației.

Manualul Calitatii demonstrează capacitatea SJUT de a preveni neconformitățile în toate etapele de desfășurare a activităților conform procedurilor de sistem și a celor operaționale.


Manualul Calitatii demonstrează de asemenea capacitatea SJUT de a furniza în mod consecvent servicii medicale ce îndeplinesc cerințele pacienților și reglementările legale conducând spre îmbunătățirea continuă a Sistemului de Management al Calitatii.

SMC adoptat și implementat se aplică tuturor activităților medicale desfășurate în cadrul Spitalului Județean de Urgență Târgoviște .

## 3. REFERINTE NORMATIVE

- **LEGEA nr.95/2006** - privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare
- **Legea nr. 46/2003** - privind drepturile pacientului
- **SR EN ISO 9000 : 2006** – Sisteme de management al calității. Principii fundamentale și vocabular.
- **SR EN ISO 9001 : 2008** – Sisteme de management al calității. Cerințe
- **SR EN ISO 19011 : 2003** - Ghid pentru auditarea sistemelor de management al calității și/sau mediu
- **SR ISO IWA-1:2009** - Sisteme de management al calității. Linii directoare pentru îmbunătățiri de proces în organizațiile de servicii de sănătate .
- **Codul de deontologie medicală**
- **Regulamentul de Organizare și Funcționare al SJUT**
- **Regulamentul de Ordine Interioară al SJUT**



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Ediția : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 11 of 46
		Exemplar nr.: 1

## 4. DEFINITII SI PRESCURTARI

### 4.1 Definitii

În cuprinsul manualului sunt valabile definițiile din standardul SR EN ISO 9000: 2006, dintre care amintim:

**A acțiune corectivă** = acțiune de eliminare a cauzei unei neconformități detectate sau a altei situații nedorite;

**A acțiune preventivă** = acțiune de eliminare a cauzei unei neconformități potențiale sau a altei posibile situații nedorite;

**Analiza efectuată de management** = evaluare oficială efectuată de managementul de la nivelul cel mai înalt asupra stadiului și adecvării sistemului de management al calității în raport cu politica în domeniul calității și cu obiectivele;

**Asigurarea calității** = parte a managementului calității concentrată pe furnizarea încrederii că cerințele referitoare la calitate vor fi îndeplinite;

**Audit** = proces sistematic, independent și documentat în scopul obținerii de dovezi de audit și evaluarea lor cu obiectivitate pentru a determina măsura în care sunt îndeplinite criteriile de audit;

**Calitate** = măsura în care un ansamblu de caracteristici intrinseci îndeplinesc cerințele;

**Capabilitate** = abilitatea unei organizații, sistem sau proces, de a realiza un serviciu care va îndeplini cerințele pentru serviciu;

**Cerință** = nevoie sau așteptare care este declarată, în general implicită sau obligatorie;

**Client** = organizație sau persoană care primește un serviciu;

**Dovadă obiectivă** = date care susțin că ceva există sau este adevărat;

**Furnizor** = organizație sau persoană care furnizează un serviciu;

**Inspecție** = evaluare a conformității prin observare și judecare însoțite după caz, de măsurare, încercare sau comparare cu un calibru;

**Încercare** = determinare a uneia sau mai multor caracteristici în conformitate cu o procedură;

**Înregistrare** = document prin care se declară rezultate obținute sau furnizează dovezi ale activităților realizate;

**Managementul calității** = activități coordonate pentru a orienta și controla o organizație în ceea ce privește calitatea;

**Managementul la cel mai înalt nivel** = persoană sau grup de persoane de la cel mai înalt nivel care orientează și controlează o organizație;

**Manualul calității** = document care descrie sistemul de management al calității al unei organizații;

**Neconformitate** = neîndeplinirea unei cerințe;


**Obiectiv al calității** = ceea ce se urmărește sau este avut în vedere referitor la calitate;

**Planificarea calității** = parte a managementului calității concentrată pe stabilirea obiectivelor calității și care specifică procesele operaționale și resursele aferente necesare pentru a îndeplini obiectivele calității;

**Politica referitoare la calitate** = intenții și orientări generale ale unei organizații referitoare la calitate așa cum sunt exprimate oficial de managementul la cel mai înalt nivel;

**Procedură** = mod specificat de desfășurare a unei activități sau a unui proces;



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 12 of 46
		Exemplar nr.: 1

**Proces** = ansamblul de activități corelate sau în interacțiune care transformă intrări în ieșiri;

**Serviciu** = rezultat al unui proces (servicii, software, hardware, materiale procesate);

**Proiectare și dezvoltare** = ansamblu de procese care transformă cerințe în caracteristici specificate sau în specificații ale unui serviciu, proces sau sistem;

**Serviciu** = rezultatul cel puțin al unei activități necesare a fi realizate la interfața dintre furnizor și client și este în general imaterial;

**Specificație** = document care stabilește cerințe;

**Trasabilitate** = abilitatea de a regăsi istoricul, realizarea sau localizarea a ceea ce este luat în considerare (pentru serviciu - originea materialelor și componentelor, istoricul procesării, distribuția și localizarea serviciului după prestare);

**Verificare** = confirmare, prin furnizare de dovezi obiective că au fost îndeplinite cerințele specificate;

## 4.2 Prescurtari

**SJUT** - Spitalul Județean de Urgență Targoviste

**MC** - Manualul calității

**SMC** - Sistemul de Management al Calitatii

**PO** - Procedură operationala

**PS** - Procedură de Sistem

**ISO** - Organizatia Internationala de Standardizare

**EN** - Standard European

**ROF** - Regulament de Organizare si Functionare

**ROI** - Regulament de Ordine Interioara

**FO** - Foaia de observatie

**PM** - Protocol medical

**NC** - Nucleul de Calitate

**MCSMCIAS** - Managementul Calitatii Serviciilor Medicale, Control Intern si Administrare Sectii

**SIUI** - Sistem Informatic Unic Integrat


**DRG** - Sistemul de Clasificare in Grupe de Diagnosticice

**CD** - Comitet Director

**IL** - Instructiune de lucru

**RN** - Raport de Neconformitate



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA TARGOVISTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 13 of 46
		Exemplar nr.: 1

## 5. SISTEMUL DE MANAGEMENT AL CALITATII

### 5.1. Cerinte generale

În cadrul SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENTA TARGOVISTE există un sistem de management al calității stabilit, documentat, implementat, menținut conform standardului SR EN ISO 9001: 2008 .

Sistemul de management al calitatii urmărește să demonstreze aptitudinea SJUT de a satisface permanent cerințele pacienților, în scopul creșterii continue a calitatii actului medical.


În acest scop în cadrul SJUT sunt identificate:

- procesele SMC si aplicarea acestora în întreaga organizație;  
Procesele incluse în SMC sunt structurate în 4 categorii:
  - procese de management
  - procese principale
  - procese suport medicale
  - procese suport nemedicale
  - procese de masurare, analiza si imbunatatire
- este stabilita succesiunea si interacțiunea acestor procese ;
- sunt stabilite criteriile și metodele necesare pentru a se asigura că atât funcționarea cât și controlul proceselor sunt eficiente;
- sunt asigurate resursele si informatiile necesare pentru a sustine operarea si monitorizarea acestor procese;
- se monitorizeaza, se masoara si se analizeaza aceste procese;
- sunt implementate acțiunii necesare pentru a obține rezultatele planificate și îmbunătățirea continuă a funcționării proceselor.

Toate procesele sistemului de management al calității sunt organizate în bucla PDCA (după inițialele din limba engleză Plan-Do-Check-Act) care constituie principiul operational al standardelor sistemelor de management al calității.

O abordare bazată pe procese are semnificatia succesiunii logice de activități desfășurate pentru a atinge în mod eficient rezultatul dorit. Interacțiunile dintre procese creează un SMC unic, integrat, bazat pe procese.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA TARGOVISTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Editia : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 14 of 46
		Exemplar nr.: 1

## 5.2. Documentația sistemului de management al calitatii

### 5.2.1 Generalități

Documentația SMC utilizată în SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA TARGOVISTE include :

- politica referitoare la calitate și obiectivele calității;
- manualul calității;
- proceduri documentate (proceduri de sistem) cerute de standardul SR EN ISO 9001: 2008:
  - PO privind controlul documentelor
  - PO privind controlul înregistrărilor
  - PO privind auditul intern
  - PO privind controlul serviciului neconform
  - PO privind acțiuni corective și preventive
- proceduri și alte documente necesare organizației pentru a se asigura de eficacitatea planificării, operării și controlului serviciilor medicale furnizate:
  - proceduri operationale
  - instrucțiuni de lucru
  - protocoale medicale
  - foaia de observație
  - documente externe( standarde,documentații cadru, acte normative, caiete de sarcini)
- înregistrări ale calitatii, care furnizeaza dovezi ale implementarii și mentinerii SMC

### 5.2.2 Manualul calitatii

Manualul Calitatii este principalul document utilizat în sistemul de management al calității în SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA TARGOVISTE .

Manualul calitatii include:


- Scopul SMC și domeniul de aplicare;
- Procedurile documentate stabilite pentru SMC;
- Descrierea interacțiunilor dintre procesele SMC;

Revizuirea manualului și a procedurilor documentate se efectuează ori de câte ori este nevoie .

Responsabilitatea gestionării MC al SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENTA TARGOVISTE îi revine **Nucleului de calitate** și Serviciului Managementul Calitatii Serviciilor Medicale, Control Intern și Administrare Secției care trebuie să asigure:

- întocmirea MC al SJUT;
- respectarea periodicității actualizărilor MC și propunerea, când este cazul, a actualizărilor neprogramate;
- parcurgerea de către acest document a traseului avizare-aprobare cu operarea în documentul respectiv a tuturor observațiilor rezultate din parcurgerea acestui traseu;



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Ediția : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 15 of 46
		Exemplar nr.: 1

- acțiunile și evidențele legate de editarea, păstrarea originalului, multiplicarea și difuzarea copiilor;
- controlul difuzării sau retragerii din uz a edițiilor MC către toate compartimentele implicate.

Necesitatea actualizării MC poate fi generată de:

- constatarea existenței unor neconformități în acest document față de situația reală;
- introducerea de modificări în scopul îmbunătățirii sistemului calității ;
- apariția de schimbări organizatorice în cadrul SJUT ;
- schimbări survenite în strategia generală a societății.

După elaborare, Manualul Calității se verifică și se aprobă de Managerul SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE.

Nu este permisă utilizarea altor exemplare din MC, în afara celor difuzate, numerotate și ținute în evidență de NC.

Nu este permisă nici un fel de adnotare, completare, modificare sau anulare (chiar sub semnătură) direct pe exemplarele MC difuzate.

Manualul Calității modificat (prin editie sau revizie) este supus aceluiași avizări /aprobări și se difuzează ca și documentul inițial.

Difuzarea MC al SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE se face astfel:

- MC se distribuie Managerului și sefilor de sectii din cadrul spitalului;
- Responsabilitatea difuzării MC în cadrul SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE o are NC si Serviciul MCSMCIAS, iar responsabilitatea promptei retrageri a documentelor ieșite din uz o are fiecare sef de sectie.


### 5.2.3 Controlul documentelor

Toate documentele SMC si cele referitoare la calitatea serviciilor medicale sunt tinute sub control, in conformitate cu procedura de sistem Controlul documentelor, in care se detaliaza tipul de documente, modul de elaborare, verificare, aprobare, difuzare si arhivare al acestora.

Prin această procedură se asigură respectarea, susținerea și funcționarea eficientă și eficace a proceselor, astfel încât:

- documentele sunt avizate/aprobate, înainte de emitere, pentru a verifica corectitudinea lor;
- edițiile în vigoare ale documentelor adecvate sunt disponibile în toate compartimentele implicate în funcționarea SMC;
- documentele pot fi revizuite atunci cand este cazul;
- documentele sunt disponibile, identificabile, lizibile și sunt păstrate corespunzător;
- documentele ieșite din uz sunt retrase prompt din toate locurile de difuzare și/sau utilizare;
- exemplarele neținute în evidență se marchează ca atare și au caracter informativ;
- documentele de proveniență externă sunt identificate și distribuția lor este controlată.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Ediția : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie :
		Nr.de ex. :
		Pagina 16 of 46
		Exemplar nr.: 1

#### 5.2.4 Controlul înregistrărilor

Inregistrările sunt stabilite și menținute pentru a furniza dovezi ale conformității cu cerințele SMC și cu funcționarea eficientă a acestuia. Pentru înregistrări a fost stabilită o procedură de sistem care asigură controlul:

- Identificarea și acuratețea înregistrărilor;
- Clasificarea înregistrărilor după importanța datelor și informațiilor conținute (înregistrări permanente și înregistrări nepermanente);
- Disponibilitatea și depozitarea înregistrărilor;
- Protejarea înregistrărilor;
- Regasirea înregistrărilor;
- Durata de păstrare a înregistrărilor;
- Arhivarea și eliminarea înregistrărilor.

Disponibilitatea înregistrărilor se asigură pe o perioadă stabilită, conform reglementărilor în vigoare.

Inregistrările sunt astfel păstrate încât să rămână lizibile, identificabile și regasibile cu ușurință.

## 6. RESPONSABILITATEA MANAGEMENTULUI


### 6.1 Angajamentul managementului

Top Managementul SJUT își propune elaborarea, implementarea, dezvoltarea și îmbunătățirea continuă a eficacității SMC prin :

- **Orientarea spre client** înseamnă identificarea nevoilor, dorințelor și așteptărilor pacienților, adică venirea în întâmpinarea acestor așteptări (profilactic);
- **Satisfacerea cerințelor pacienților**
- **Calitatea pe primul plan**, înseamnă implicarea permanentă a tuturor secțiilor, compartimentelor, a întregului personal în calitatea actului medical;
- **Îmbunătățirea continuă a calității** presupune perfecționare, tinzându-se spre excelență;
- **Abordarea sistemică**, constă în aprecierea actului medical prin prisma celor 3 ipostaze:
  - medical;
  - informational;
  - economic.
- **Stabilirea politicii de calitate a serviciilor medicale**
- **Stabilirea obiectivelor calității**
- **Perfecționarea continuă a personalului**
- **Asigurarea disponibilității resurselor**





 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Ediția : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie :
		Nr.de ex. :
		Pagina 17 of 46
		Exemplar nr.: 1

Se dorește deasemenea implementarea sistemului TQM (Total Quality Management) sistem centrat pe calitate, bazat pe participarea tuturor membrilor organizației, prin care se urmărește asigurarea succesului pe termen lung, prin satisfacerea pacienților și obținerea de avantaje pentru toți membrii organizației și pentru societate.

## 6.2 Orientarea către pacient

Orientarea către pacient presupune:

- Cunoașterea nevoilor și așteptărilor pacienților
- Relațiile cu pacienții
- Satisfacerea pacienților

### 1. Cunoașterea nevoilor și așteptărilor pacienților

Determinarea nevoilor și a cerințelor pacienților sunt foarte importante în atingerea obiectivelor de calitate ale SJUT și implică în satisfacerea nevoilor pacienților.

### 2. Relațiile cu pacienții

Relația medic-pacient are o semnificație extrem de importantă pentru calitatea serviciilor medicale. Astfel, medicul poate veni în contact direct cu pacientul în mod repetat și își construiește relația cu pacientul pe baza experiențelor trecute.


Medicului trebuie, ca împreună cu pacientul, să vadă care este conținutul ajutorului solicitat, pe baza unei discuții deschise. Totodată el trebuie să țină cont de interacțiunea dintre aspectele fizice, spirituale și sociale.

S-a constatat că în cursul unui tratament cronic este necesar ca încrederea în medic să crească pe baza contactelor repetate și acumularea de cât mai multe cunoștințe despre problemele pacientului. Există o multitudine de factori, pozitivi sau negativi, care influențează încrederea în terapie a pacientului.

Factorii pozitivi pentru încrederea în terapie sunt considerați următorii:

- existența unei relații medic-pacient;
- pacientul are cunoștința asupra naturii bolii sale;
- pacientul este conștient de gravitatea bolii;
- pacientul a mai avut experiența cu această boală;
- pacientul este primit de medic la orice oră;
- regimul terapeutic este simplu;
- instrucțiunile sunt precise și concise;
- expunerea unui model realist cu privire la rezultatele așteptate în urma tratamentului;
- îngrijirea satisfăcătoare a copiilor bolnavi de către părinți;
- suport acordat de familie;
- implicarea continuă a medicului față de problemele pacientului.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Ediția : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 18 of 46
		Exemplar nr.: 1

Dintre factorii negativi pot fi enumerati urmatoarii:

- intreruperea comunicarii intre medic si pacient;
- pacientul nu este constient de gravitatea bolii sau are prea putin interes pentru sanatatea lui;
- pacientul trebuie sa astepte mult;
- tratamentul este lung sau de lunga durata;
- instructiunile sunt neadecvate;
- pacientul este izolat social sau are are o familie izolata.

### 3. Satisfacerea pacientilor

Principiile care stau la baza asigurarii calitatii si implicit a satisfacerii pacientilor:


- Conducere prin leadership: implicarea tuturor partenerilor, managerul fiind un individ cheie pentru organizatie;
- Implementare la nivelul intregii organizatii: toata echipa de ingrijiri trebuie sa fie implicata;
- Responsabilitate individuala: fiecare membru trebuie sa fie reponsabil de calitate;
- Promovarea imbunatatirii continue a calitatii ;
- Instruirea si dezvoltarea personalului medical;
- Utilizarea rationala a resurselor;
- Imbunatatirea comunicarii cu pacientii;
- Crearea obisnuintei de a transfera si altor echipe cunostintele acumulate;
- Acordare centrata pe pacient: pacientul trebuie implicat si testat din punct de vedere al opiniilor.

## 6.3 Politica referitoare la calitate

Politica referitoare la calitate asumata si exprimata prin Declaratia Managerului este:

- Adecvata fata de scopul SJUT;
- Un angajament privind satisfacerea cerintelor SMC;
- Un angajament privind imbunatatirea continua a eficacitatii SMC;
- Documentata, implementata si comunicata intregului personal al SJUT;
- Analizata periodic si revizuita;
- Disponibila pentru partile interesate si pentru public.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Ediția : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 19 of 46
		Exemplar nr.: 1

## 6.4 Planificarea

### 6.4.1. Obiectivele calității

Obiectivele generale si cele strategice sunt stabilite in Declarația politica in domeniul calitatii a Managerului si sunt dezvoltate prin planificarea obiectivelor specifice elaborate la nivel fiecare structuri de catre fiecare sef de sectie in parte.

Obiectivele calitatii sunt stabilite, analizate si revizuite periodic in functie de:

- Politica referitoare la calitate
- Nivelul de satisfactie al pacientilor si a partilor interesate
- Necesitatile actuale si viitoare al spitalului;
- Resursele necesare pentru realizarea obiectivelor calitatii
- Performantele actuale ale proceselor si ale serviciilor medicale;
- Oportunitatile de imbunatatire a calitatii serviciilor;

### 6.4.2. Planificarea Sistemului de Management al Calitatii

Planificarea SMC este efectuata cu scopul realizarii cerintelor si a obiectivelor calitatii, pentru a asigura menținerea integrității SMC atunci când schimbările acestuia sunt planificate și implementate.

La nivelul fiecarei structuri a SJUT trebuie sa se identifice activitatile si resursele necesare pentru a se atinge obiectivele specifice nivelului respectiv si obiectivele generale ale SMC si pentru îmbunatatirea continua.


Aceasta planificare este în concordanta cu celelalte cerinte ale SMC si rezultatele sunt documentate.

Planificarea include:

- a) procesele SMC pentru nivelul respectiv,
- b) resursele necesare la nivelul respectiv,
- c) masurarea si monitorizarea parametrilor/indicatorilor de performanta a proceselor desfasurate,
- d) îmbunatatirea continua a SMC.

Planificarea are rolul de a asigura ca schimbarile organizatorice sunt efectuate într-un mod controlat si ca aceste schimbari nu afecteaza integritatea SMC.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 20 of 46
		Exemplar nr.: 1

## 6.5 Responsabilitate, autoritate și comunicare

### 6.5.1 Responsabilitate și autoritate

Responsabilitatile și autoritățile personalului care coordonează procesele și implementează politica în domeniul calității sunt definite și comunicate prin următoarele documente:

- Manualul Calității
- Procedurile de sistem specifice SMC
- Regulamentul de Organizare și Funcționare
- Fisele de post
- Contractele de administrare
- Regulamentul de Ordine Interioară
- Organigrama
- Decizii
- Alte documentele SMC.


Responsabilitatea și autoritatea pentru implementarea SMC și a procedurilor aferente în SJUT aparține în principal Comitetului Director, Nucleului de Calitate și Serviciului MCSMCIAS.

**Întregul personal al organizației are responsabilitate pentru calitatea activităților efectuate, respectarea documentelor SMC și îmbunătățirea continuă a proceselor în care sunt implicați.**

#### **Responsabilitățile Comitetului Director:**

- Elaborează planul de dezvoltare al spitalului pe perioada mandatului, în baza propunerilor scrise ale consiliului medical;
- Elaborează, pe baza propunerilor consiliului medical, planul anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;
- Propune spre aprobare managerului și urmărește implementarea de măsuri organizatorice privind îmbunătățirea calității actului medical, a condițiilor de cazare, igienă și alimentație, precum și de măsuri de prevenire a infecțiilor nosocomiale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice;
- Elaborează proiectul bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, pe baza centralizării de către compartimentul economico-financiar a propunerilor fundamentate ale conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului, pe care îl supune aprobării managerului;
- Urmărește realizarea indicatorilor privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli pe secții și compartimente, asigurând sprijin șefilor de secții și compartimente pentru încadrarea în bugetul alocat;




 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Ediția : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 21 of 46
		Exemplar nr.: 1

- Asigură monitorizarea și raportarea indicatorilor specifici activității medicale, financiare, economice, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control, pe care le prezintă managerului, conform metodologiei stabilite;
- Analizează, la propunerea consiliului medical, măsurile pentru dezvoltarea și îmbunătățirea activității spitalului, în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației, dezvoltarea tehnologiilor medicale, ghidurilor și protocoalelor de practică medicală;
- Analizează, trimestrial sau ori de câte ori este nevoie, modul de îndeplinire a obligațiilor asumate prin contracte și propune managerului măsuri de îmbunătățire a activității spitalului;

#### **Responsabilitatile Managerului:**

- Elaborează, pe baza nevoilor de servicii medicale ale populației din zona arondată, planul de dezvoltare a spitalului pe perioada mandatului ca urmare a propunerilor consiliului medical și îl supune aprobării consiliului de administrație al spitalului;
- Aprobă planul anual de servicii medicale, elaborat de comitetul director, la propunerea consiliului medical;
- Aprobă măsurile propuse de comitetul director pentru dezvoltarea activității spitalului, în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației;
- Urmărește realizarea activităților de control al calității serviciilor medicale oferite de spital, coordonate de directorul medical, cu sprijinul consiliului medical și al celui științific;
- Negociază și încheie, în numele și pe seama spitalului, protocoale de colaborare și/sau contracte cu alți furnizori de servicii pentru asigurarea continuității și creșterii calității serviciilor medicale;
- Aplică strategiile și politica de dezvoltare în domeniul sanitar ale Ministerului Sănătății Publice, adecvate la necesarul de servicii medicale pentru populația deservită;
- Răspunde, împreună cu comitetul director, de asigurarea condițiilor de investigații medicale, tratament, cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor nosocomiale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății;
- Întreprinde măsurile necesare și urmărește realizarea indicatorilor de performanță a activității asumați prin contractul de management;
- Răspunde de asigurarea condițiilor corespunzătoare pentru realizarea unor acte medicale de calitate de către personalul medico-sanitar din spital;
- Stabilește politica în domeniul calității SJUT, precum și obiectivele strategice;
- Conduce și efectuează analiza SMC și dispune măsurile care se impun în ceea ce privește îmbunătățirea calității;
- Aprobă Manualul Calității, procedurile de sistem, procedurile operationale și protocoalele medicale care devin instrumente de lucru obligatorii pentru întreg personalul SJUT;
- Asigură condițiile adecvate pentru menținerea și dezvoltarea SMC;
- Numește prin decizie Nucleul de Calitate;
- Comunica prin politica în domeniul calității a importanței satisfacerii cerințelor pacienților ;
- Asigura disponibilitatea resurselor necesare implementării politicii și obiectivelor de calitate.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 22 of 46
		Exemplar nr.: 1


### **Responsabilitatile Directorului Medical:**

- In calitate de președinte al consiliului medical, coordonează și răspunde de elaborarea la termen a propunerilor privind planul de dezvoltare al spitalului, planul anual de servicii medicale, bugetul de venituri și cheltuieli;
- Monitorizează calitatea serviciilor medicale acordate la nivelul spitalului, inclusiv prin evaluarea satisfacției pacienților, și elaborează, împreună cu șefii de secții, propuneri de îmbunătățire a activității medicale;
- Aprobă protocoale de practică medicală la nivelul spitalului și monitorizează procesul de implementare a protocoalelor și ghidurilor de practică medicală la nivelul întregului spital;
- Răspunde de coordonarea și corelarea activităților medicale desfășurate la nivelul secțiilor pentru asigurarea tratamentului adecvat pentru pacienții internați;
- Intocmește planul de formare și perfecționare a personalului medical, la propunerea șefilor de secții și laboratoare;
- Asigură respectarea normelor de etică profesională și deontologie medicală la nivelul spitalului, colaborând cu Colegiul Medicilor din România;
- Răspunde de acreditarea personalului medical al spitalului și de acreditarea activităților medicale desfășurate în spital, în conformitate cu legislația în vigoare;

### **Responsabilitatile Directorului de Îngrijiri:**

- organizează, coordonează, controlează și răspunde de activitatea de îngrijire din cadrul instituției;
- monitorizează calitatea serviciilor de îngrijire acordate, inclusiv prin evaluarea satisfacției pacienților și ia măsuri pentru îmbunătățirea acesteia;
- controlează, evaluează periodic calitatea activității asistenților medicali și a altor categorii de personal cu pregătire medie sanitară și elaborează programul și propuneri de îmbunătățire a acesteia;
- stabilește, pentru personalul din subordine, la propunerea asistenților medicali șefi de secție necesarul și conținutul programelor de perfecționare organizate în cadrul unității;
- analizează cererile și avizează participarea personalului din subordine la programele de educație continuă organizate în afara instituției;
- controlează și evaluează periodic activitatea personalului din subordine, propune și participă la acordarea calificativelor profesionale;
- coordonează și controlează prin sondaj îndeplinirea atribuțiilor profesionale, de către asistenții medicali și alte categorii de personal cu pregătire medie sanitară, privind:
  - respectarea normelor privind prevenirea și combaterea infecțiilor nozocomiale;
  - asigurarea primirii în condiții optime a pacienților;
  - corectitudinea înregistrării datelor în dosarul de îngrijire al pacientului;
  - comportamentul etic față de membrii echipei, față de pacient și aparținătorii acestuia;
  - repartizarea personalului pe secții, pentru asigurarea calității activităților de îngrijire și în concordanță cu nevoile instituției și normativele de personal;
  - respectarea programului de activitate;
  - corectitudinea predării/preluării serviciului;



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Ediția : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie :
		Nr.de ex. :
		Pagina 23 of 46
		Exemplar nr.: 1

- o modul de desfășurare a pregătirii practice a viitorilor asistenți medicali;
- o respectarea normelor de protecția muncii și prevederilor regulamentului intern;

#### **Responsabilitatile Directorului Financiar-Contabil:**


- Asigură și răspunde de buna organizare și funcționare a activității financiare a unității în conformitate cu legislația în vigoare;
- Organizează contabilitatea în cadrul unității în conformitate cu dispozițiile legale și asigură efectuarea corectă și la timp a înregistrărilor;
- Asigură întocmirea la timp și în conformitate cu dispozițiile legale a bilanțelor de verificare și a bilanțurilor trimestriale și anuale;
- Propune defalcarea pe trimestre a indicatorilor financiari aprobați în bugetul de venituri și cheltuieli;
- Asigură executarea bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, urmărind realizarea indicatorilor financiari aprobați și respectarea disciplinei contractuale și financiare;
- Angajează unitatea prin semnătură alături de manager în toate operațiunile patrimoniale, având obligația, în condițiile legii, de a refuza pe acelea care contravin dispozițiilor legale;
- Analizează, din punct de vedere financiar, planul de acțiune pentru situații speciale prevăzute de lege, precum și pentru situații de criză;
- Participă la organizarea sistemului informațional al unității, urmărind folosirea cât mai eficientă a datelor contabilității;
- Evaluează, prin bilanțul contabil, eficiența indicatorilor specifici;
- Asigura îndeplinirea în conformitate cu dispozițiile legale a obligațiilor unității către bugetul statului, trezorerie și terți;
- Asigură plata integrală și la timp a drepturilor bănești convenite personalului încadrat în spital;
- Asigura întocmirea, circuitul și păstrarea documentelor justificative care stau la baza înregistrărilor în contabilitate;
- Organizează evidența tuturor creanțelor și obligațiilor cu caracter patrimonial care revin spitalului din contracte, protocoale și alte acte asemănătoare și urmărește realizarea la timp a acestora;
- Ia măsuri pentru prevenirea pagubelor și urmărește recuperarea lor;
- Asigură aplicarea dispozițiilor legale privitoare la gestionarea valorilor materiale și ia măsuri pentru ținerea la zi și corectă a evidențelor gestionării;
- Răspunde de îndeplinirea atribuțiilor ce revin serviciului financiar-contabilitate cu privire la exercitarea controlului financiar preventiv și al asigurării integrității patrimoniului;
- Îndeplinește formele de scădere din evidență a bunurilor de orice fel în cazurile și condițiile prevăzute de lege;
- Exerită controlul ierarhic operativ curent asupra activității supuse acestui control;

#### **Responsabilitatile Nucleului de Calitate:**

- Asigurarea monitorizării interne a calității serviciilor medicale furnizate asiguraților la acest nivel, prin urmărirea respectării criteriilor de calitate (anexa nr. 1 din Metodologia de lucru a acestui ordin nr. ET/604/1109/487/2002).

Pentru monitorizarea criteriilor de calitate referitoare la:




 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 24 of 46
		Exemplar nr.: 1

- oportunitatea continuării spitalizării la 24 ore;
  - înregistrarea datelor despre evoluția stării de sănătate a pacientului, confirmarea diagnosticului la 24/72 ore în foile de observație;
  - indicarea medicației în foaia de observație, concordantă medicației prescrisă în foaia de observație cu cea efectiv eliberată prin condica de medicamente;
  - vor fi efectuate, prin sondaj, un număr de minim două evaluări lunare, pentru fiecare secție în parte. Data efectuării sondajelor și constatările vor fi înregistrate în registrul de activitate al nucleului de calitate cu semnătura persoanei care a efectuat sondajul.
- Întocmirea punctajului aferent criteriilor de calitate și urmărirea lunară pentru reactualizarea acestuia. Punctajele vor fi calculate conform indicațiilor din grilă (anexa nr. 2 din Metodologia de lucru a acestui ordin nr. ET/604/1109/487/ 2002). Pentru calcularea punctajului aferent criteriilor de calitate referitoare la:
    - decizia de internare a bolnavilor;
    - internarea pacienților pe secție în funcție de concordanța cu diagnosticul principal la internare;
    - igienizarea pacienților;
    - transportarea/însoțirea pacientului internat pe secție;
    - externarea pacientului (înmânarea scrisorii medicale și după caz a rețetei gratuite/compensate);
    - poate fi consultată fișa circuitului pacientului (anexa nr. 3 din Metodologia de lucru a acestui ordin nr. ET/604/1109/487/ 2002).
  - Raportarea trimestrială către Casa de Asigurări de Sănătate, Direcția de Sănătate Publică, precum și Colegiul Medicilor, a indicatorilor de calitate stabiliți de comun acord cu acestea.
  - Prezentarea propunerilor de îmbunătățire a calității serviciilor medicale furnizate asiguraților, pe fiecare secție în parte și global pe spital, conducerii spitalului. Propunerile vor fi aduse și la cunoștința medicilor șefi de secție. Conducerea spitalului va putea astfel analiza propunerile înaintate de nucleul de calitate în vederea aplicării eventualelor măsuri corective și/sau preventive, după caz.
  - Se vor întruni lunar sau ori de câte ori este nevoie cu reprezentanții desemnați pentru monitorizarea externă a calității. Decizia în vederea organizării unor astfel de întruniri va putea fi luată de cel puțin doi din cei trei reprezentanți ai instituțiilor implicate în monitorizarea externă a calității, în vederea discutării: punctajului obținut la evaluarea criteriilor de calitate, deficiențelor constatate și a măsurilor ce pot fi propuse spre aplicare pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale.
  - Elaborarea unor materiale cu informații utile pacientului și aparținătorilor, date generale despre spital, programul de vizită pentru aparținători, medicul curant, modalitatea de contact a acestuia, etc., (conform modelului din anexa nr. 6 din Metodologia de lucru a acestui ordin nr. ET/604/1109/487/ 2002), ce vor fi puse la dispoziția acestora în momentul internării pe secție.
  - Utilizează modelele standard de elaborare a procedurilor în vederea asigurării uniformității, conformității și facilității la nivelul întregii instituții.





 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 25 of 46
		Exemplar nr.: 1

- Pregătesc personalul angajat al spitalului in vederea cunoasterii parametrilor de lucru specifici fiecarui sector de activitate si verifica modul de implementare a sistemului de management al calitatii la nivel de structura.
- Informeaza direct managementul asupra neconformitatilor considerate critice pentru spital, asigurand un sistem operativ de feed-back al informarii.
- Se documenteaza permanent asupra modificarii si completarii standerdelor aplicabile domeniului de ingrijire al sanatatii si elaboreaza propuneri de dezvoltare/actualizare in consecinta a propriului sistem de management al calitatii.
- Participa la elaborarea planului strategic al spitalului , propunand obiectivele in domeniul calitatii serviciilor medicale in concordanta atat cu studiile de marketing dar mai ales cu proiectiile de structura si resurse umane preconizate ca fezabile si necesare.


#### **Responsabilitatile Serviciului MCSMCIAS:**

- Pregătește și analizează Planul anual al managementului calității;
- Coordonează activitățile de elaborare a documentelor sistemului de management al calității:
  - Manualul calității;
  - Procedurile;
- Coordonează și implementează programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice fiecărei secții, laborator etc. și a standardelor de calitate;
- Coordonează și implementează procesul de îmbunătățire continuă a calității serviciilor;
- Colaborează cu toate structurile unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității;
- Implementează instrumente de asigurare a calității și de evaluare a serviciilor oferite;
- Asigură implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de manager;
- Asigură implementarea și menținerea conformității sistemului de management al calității cu cerințele specifice;
- Coordonează activitățile de analiză a neconformităților constatate și propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun;
- Coordonează analizele cu privire la eficacitatea sistemului de management al calității;
- Asigură aplicarea strategiei sanitare și politica de calitate a unității în domeniul medical în scopul asigurării sănătății pacienților;
- Asistă și răspunde tuturor solicitărilor managerului pe domeniul de management al calității;

#### **6.5.2 Reprezentantul managementului**

Managerul impune Politica in domeniul calitatii si numeste prin decizie Nucleul de Calitate care are autoritatea si responsabilitatea in ceea ce priveste implementarea si mentinerea cerintelor SMC. De asemenea si membrii Comitetului Director si Serviciul MCSMCIAS au responsabilitati in acest sens.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 26 of 46
		Exemplar nr.: 1

Responsabilitatile membrilor CD, NC si Serviciului MCSMCIAS se regasesc la punctul 6.5.1 in prezentul Manual al Calitatii.

### 6.5.3 Comunicarea internă

Managementul SJUT asigura transmiterea tuturor informatiilor relevante privind politica si cerintele SMC, comunica obiectivele si realizările în domeniul calitatii, încurajeaza feedback-ul si comunicarea între membrii organizatiei prin implicarea directa a acestora.

Informatiile referitoare la procesele si eficacitatea SMC sunt comunicate personalului prin urmatoarele cai:

- Sedinte operative cu Sefii de Sectie/Servicii/Laborator
- Sedinte operative cu asistentii sefi
- Rapoartele de garda
- Analizele efectuate de Top Managementul SJUT
- Site-ul SJUT
- Intranet (Server public)
- Decizii

## 6.6 Analiza efectuată de management

### 6.6.1 Generalități


Comitetul Director analizeaza periodic SMC pentru a se asigura ca este corespunzator, adecvat si eficace. Aceasta analiza include evaluarea oportunitatilor de îmbunatatire si necesitatea de schimbare în SMC, inclusiv politica referitoare la calitate si obiectivele calitatii, prin analiza indicatorilor de performanta a managementului SJUT.

### 6.6.2 Elementele de intrare ale analizei

Elementele de intrare ale analizei efectuate de Top managementul SJUT include informatii referitoare la:

- Indicatorii de performanta ai managementului SJUT conform analizei de controlling intraspitalicesc (benchmarking);
- Performantele proceselor si conformitatea serviciilor;
- Actiunile de urmarire de la analizele anterioare efectuate de management;
- Gradul de realizare a obiectivelor calitatii;
- Rezultatele auditurilor;
- Feedback-ul pacientilor;
- Analiza politicii calitatii;
- Stadiul actiunilor corective si preventive;
- Schimbari care sa influenteze SMC;
- Recomandari de imbunatatire a calitatii actului medical.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 27 of 46
		Exemplar nr.: 1

### 6.6.3 Elementele de iesire ale analizei

Elementele de iesire ale analizei includ:

- Îmbunătățirea proceselor și a eficacității SMC;
- Îmbunătățirea calității serviciilor medicale și satisfacerea cerințelor pacienților;
- Asigurarea necesarului de resurse pentru îmbunătățirea calității serviciilor.

## 7. MANAGEMENTUL RESURSELOR

### 7.1 Asigurarea resurselor

Oferirea unor servicii medicale de calitate se poate realiza dintr-o îmbinare fericită între un spațiu de cazare modern și generos, o platformă tehnologică ultramodernă și un corp de profesioniști angajați și angrenați continuu într-un program complex și exclusiv în cadrul SJUT.

Resursele SMC sunt grupate în:

- Resurse umane;
- Resurse de infrastructură.


și sunt destinate pentru:

- Implementarea și funcționarea SMC;
- Îmbunătățirea permanentă a eficacității și eficienței SMC;
- Creșterea satisfacției pacientului prin îndeplinirea cerințelor sale, dar și a salariatului prin asigurarea unor condiții de muncă conforme și printr-o motivare profesională și materială;
- Asigurarea tuturor facilităților privind realizarea obiectivelor SJUT.

În activitatea de alocare a resurselor, managementul trebuie să aibă în vedere următoarele considerente:

- Furnizarea eficace, eficientă și la timp a resurselor în raport cu oportunitățile și constrângerile aparute;
- Planificarea de resurse pentru necesitățile viitoare;
- Efectuarea de studii în vederea preîntâmpinării cerințelor pacienților și a înțelegerii cât mai exacte a acestor cerințe;
- Cunoașterea și aplicarea celor mai recente descoperiri în domeniul medical.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 28 of 46
		Exemplar nr.: 1

## 7.2 Resurse umane

### Generalitati

Pentru a stimula realizarea obiectivelor de imbunatatire a performantelor spitalului, managementul SJUT incurajeaza implicarea tuturor salariatilor prin:

- Programe privind instruirea, calificarea si specializarea personalului;
- Definirea responsabilitatilor si atributiilor personalului;
- Stabilirea obiectivelor individuale si de echipa, imbunatatirea proceselor si evaluarea rezultatelor;
- Facilitarea si incurajarea unei comunicari deschise , in ambele sensuri a informatiei, a sugestiilor si a opiniilor;

In stabilirea atributiilor personalului se iau in considerare:

- Studii (pregatire profesionala);
- Instruire, calificari, specializari;
- Abilitati personale;
- Experienta in domeniul de activitate.

Managementul Resurselor Umane implica o serie de masuri interdisciplinare cu privire la recrutarea personalului, selectia, incadrarea si utilizarea eficienta a muncii pana la incetarea contractului individual de munca din diferite motive.

Managementul SJUT este preocupat permanent de cresterea calitatii intregii activitati desfasurate, pentru ca alaturi de calitatea serviciilor oferite, un rol esential il are si competenta salariatilor. Astfel, managementul resurselor umane presupune imbunatatirea continua a acivitatii tuturor salariatilor in scopul realizarii in cele mai bune conditii a obiectivelor propuse.


Eficacitatea si eficienta utilizarii resurselor materiale si informationale depind intr-o masura hotaratoare de resursele umane.

### Competenta, instruire si constientizare

La nivelul Serviciului R.U.N.O.S s-a intocmit , implementat si periodic actualizat proceduri operationale cu scopul de a:

- determina nivelul de competenta necesara pentru care desfasoara activitati ce influenteaza calitatea serviciilor ( inclusiv necesarul de instruire / calificare in domeniile legale si de reglementare);



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 29 of 46
		Exemplar nr.: 1

- realiza instruirii, calificari si autorizari pentru a satisface cerintele spitalului;
- evalua eficacitatea actiunilor intreprinse;
- constientiza personalul privind importanta activitatilor intreprinse si contributia acestuia la realizarea obiectivelor calitatii;
- inregistra corect informatii referitoare la studii,instruire, abilitati si experienta personalului.

Responsabilitatea fiecarui sef al structurii spitalului este de a constientiza personalul din subordine cu privire la necesitatea furnizarii unor servicii medicale de calitate.

Prin constientizarea personalului pentru calitatea serviciilor medicale si a celor conexe furnizate, se urmareste:

- dezvoltarea atitudinii personalului fata de pacient si calitatea serviciului prestat;
- comunicarea importantei realizarii cerintelor pacientului;
- cunoasterea de catre personal a procedurilor si protocoalelor medicale;
- motivarea angajatului de a face efort pentru implementarea si asumarea obiectivelor declarate si comunicate de management;
- implicarea personalului in rezolvarea problemelor spitalului;
- motivarea si implicarea atamentului personalului fata de munca prestata;
- sprijinirea aspiratiilor profesionale si a obiectivelor personale ale salariatilor, care au efect asupra performantei procesului/ activitatii desfasurate.

### 7.3 Infrastructura

Managementul SJUT este preocupat permanent pentru a identifica, asigura și a menține infrastructura necesară desfășurării proceselor.


O infrastructură corespunzătoare, alături de celelalte resurse contribuie în mod direct la desfășurarea tuturor activităților în mod eficace și eficient.

În acest sens, în cadrul spitalului se desfășoara un proces de realizare și menținere a infrastructurii, necesar pentru realizarea serviciilor, ținând cont de necesitățile și așteptările părților interesate.

Funcție de aceste necesități au fost identificate elementele de infrastructură corespunzătoare și s-a asigurat disponibilitatea acestora, astfel:

- utilitatil ( apa, energie electrica, gaz, aer comprimat);
- sectii clinice;
- unitate de primire a urgentelor;
- aparatura chirurgicala, pentru investigatii de laborator si de specialitate;
- echipamente de masurare, incercare si inspectie;



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 30 of 46
		Exemplar nr.: 1

- parc auto specializat: salvari, alte mijloace de transport intern si extern;
  - mijloace de comunicare : telefon, fax, internet;
  - proceduri de sistem, proceduri operationale, programe si planuri manageriale, protocoale, reglementari si ghiduri medicale;
  - echipamente de lucru în conformitate cu reglementările în vigoare;
  - tehnologii informatice și de comunicare utilizate atât în realizarea proceselor cât și în supravegherea (monitorizarea) acestora;
  - documentație tehnică de specialitate ;
  - ascensoare, centrale termice, instalatie frigorifica, statie de oxigen, statie de sterilizare, statii de epurare apei menajere;
- Echipamentele, utilajele și mijloacele de transport din dotare sunt supuse unui program preventiv de mentenanță în scopul de a asigura:
- realizarea performanțelor funcționale și satisfacerea cerințelor clienților;
  - timpi minimi de nefuncționare;
  - costuri minime pentru întreținere și aprovizionare cu piese de schimb;
  - realizarea de calitate a operațiilor pentru care sunt utilizate;
- SJUT dispune de calculatoare și programe software care asigură monitorizarea și prelucrarea datelor pentru:
- activități legate de relația cu clienții și alte părți interesate (oferte pentru participare la licitații, contractare, situații de lucrări, raportari, etc)
  - activități financiare și de gestiune;
  - raportari de servicii medicale în sisteme informatice: SIUI, DRG.

## 7.4 Mediul de lucru

Managementul spitalului asigura mediul de lucru necesar realizarii serviciilor medicale conform cu cerintele specifice si stabilite în contractul cu CJAS Dambovita.

Mediul de lucru este o combinatie a factorilor umani si ai celor fizici.


Pentru **factorii umani** sunt stabilite reguli si asigurate conditii pentru:

- reguli de securitatea si sanatatea muncii si PSI , prin instruirii periodice;
- dezvoltare profesionala prin organizarea de cursuri de perfectionare.
- acordarea de recompense materiale si recunoasteri profesionale personalului implicat în diverse activitati;
- intelegerea si asumarea obiectivelor, atat celor specifice cat si a celor generale, precum si cunoasterea factorilor care influenteaza calitatea actului medical;

La realizarea unui act medical de calitate trebuie avut în vedere si asigurarea unui nivel optim a **factorilor fizici**:

- temperatura si lumina în functie de anotimp;
- igiena si curatenie;
- nivelul de zgomot;
- protectie împotriva vatamarii corporale.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 31 of 46
		Exemplar nr.: 1

La nivelul spitalului sunt numiți responsabili privind prevenția și protecția contra incendiilor și pentru asigurarea securității și sănătății în muncă.

Este organizat și stabilite responsabilități pentru securitatea muncii și paza contra incendiilor-toate în conformitate cu prevederile legale și de reglementare în domeniu.

SMC este conceput să funcționeze și în condiții de alertă, stress și în cazuri de urgență.

## 8. REALIZAREA SERVICIULUI

### 8.1 Planificarea realizării serviciului

Managementul SJUT asigură planificarea și dezvoltarea proceselor necesare activității de realizare a serviciilor medicale.

Implementarea sistemului de management al calității asigură focalizarea atenției nu numai asupra serviciului, ci și asupra succesiunii de procese în urma cărora rezultă acesta.

Planificarea realizării serviciului este descrisă în proceduri operationale, de sistem, instrucțiuni, regulamente și protocoale medicale pentru executia serviciilor medicale și nemedicale. Aceste documente descriu activitățile și responsabilitățile necesare realizării serviciului, înregistrările necesare inclusiv verificările și monitorizarile specifice.

La planificarea furnizării serviciilor, SJUT are în vedere următoarele aspecte :

- obiectivele calității și cerințele pentru serviciul furnizat;
- necesitatea de a stabili procese, documente și de a alocă resurse specifice serviciului furnizat;
- procesele și activitățile asociate riscurilor identificate, urmărite și controlate;
- activitățile cerute de verificare, validare și monitorizare precum și criteriile pentru acceptare a serviciului furnizat (stabilite de legislația și reglementările în vigoare privind calitatea serviciilor furnizate, drepturile angajaților);

### 8.2 Procese referitoare la relația cu pacientul

#### 8.2.1 Determinarea cerințelor referitoare la serviciu


SJUT identifică cerințele referitoare la serviciile medicale prestate, acestea fiind următoarele:

- cerințele specificate și nespecificate de către pacienți prin:
  - a) comunicarea cu pacienții prin dialog direct, transmiterea de prospecte, chestionare;
  - b) studierea ofertelor de servicii medicale și nemedicale similare;
  - c) încadrarea cerințelor pentru serviciu în cerințele legale și de reglementare aplicabile;
  - d) măsurarea nivelului de satisfacție al pacientului.
- cerințe stabilite prin legislație și reglementari ;
- orice alte cerințe suplimentare identificate de SJUT ce nu contravin prevederilor legale.

Alte cerințe referitoare la serviciile prestate sunt:

- cerințe privind **resursa umană** (calificare, instruire, experiența în domeniu, atitudine, punctualitate, atenție, promptitudine, reacție la reclamații și situații de criză / stres);



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 32 of 46
		Exemplar nr.: 1

- cerințe privind **infrastructura** (adecvata, suficienta, conforma, sa corespunda reglementarilor legale);
- cerințe privind **mediul de lucru** ( sigur, curat, steril).

Pentru satisfacerea cerințelor clienților, SJUT furnizează servicii care au la bază următoarele caracteristici:

- disponibilitate prin acces fără discriminare;
- calitatea serviciilor medicale și eficiența acestora;
- satisfacerea nevoilor pacienților
- transparența și responsabilitatea publică;
- respectarea reglementărilor specifice în domeniul medical;
- imbunatatire permanenta.

### **8.2.2 Analiza cerințelor referitoare la serviciu**

Spitalul analizează cerințele referitoare la serviciul medical. Această analiză este reprezentată de ansamblul acțiunilor sistematice efectuate de spital înainte de luarea în îngrijire a pacientului, pentru a se asigura ca exigentele pentru calitate sunt definite într-un mod adecvat, fara ambiguitati, clar descrise si realizabile.

Analiza consta in colectarea si verificarea tuturor informatiilor necesare pentru determinarea capabilitatii si efectuarea unei bune prestatii a spitalului fata de potentialul pacient.

Solicitarea pacientului poate fi scrisa, verbala sau tacita.

In timpul beneficierii de serviciul medical, pacientul intra in contact cu factorul uman, infrastructura si mediul de activitate al spitalului , astfel:

- pacient si medic: pentru un corect si complet diagnostic, pentru terapie, pentru informatiile de furnizat, pentru aplicarea tratamentului, respectul persoanei, secretul medical.
- pacient si personalul care-l ingrijeste: pentru hranit, asigurat igiena personala si a spatiilor si transportat;
- pacient si spital: privind primirea, starea localului, calitatea serviciilor hoteliere, mijloacele puse la dispozitie de personalul ingrijitor, informatiile de furnizat, secretul medical.


Înainte de începerea efectuării serviciului medical pacienții sau familiile lor sunt informate de beneficiile pe care le aduc tratamentele efectuate, cat si riscurile care pot sa apara in cursul investigatiilor sau tratamentului.

Toate informatiile cu privire la : diagnostic, tratament, proceduri terapeutice si recomandari medicale sunt consemnate in foaia de observatie a pacientului.

In cazul in care sunt inregistrate prejudicii datorate activitatii spitalului, acestea sunt asistate si orientate catre nucleul de calitate al spitalului, prin emiterea unei reclamatii, care se trateaza printr-un plan de masuri .





 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Ediția : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 33 of 46
		Exemplar nr.: 1

### **8.2.3 Comunicarea cu pacientul**

În concordanță cu angajamentul privind satisfacția clientului, SJUT consideră o comunicare corectă și concretă cu clientul ca un element cheie al satisfacției acestuia. O bună comunicare cu clientul, poate duce la reducerea dezamăgirii acestuia și chiar la modificarea unui deznodământ nesatisfăcător într-o experiență pozitivă.

Beneficiile unei bune comunicări cu pacientul sunt de ambele părți, asigurând o complianță mai bună la tratament, un confort psihic sporit din partea pacientului, localizarea pacienților și controlul mai bun al bolilor cronice. Asadar, trebuie să facem cu toții un efort pentru a comunica mai bine, pentru a crește calitatea și eficiența actului medical.

Comunicarea cu clienții se realizează în special prin următoarele acțiuni și în următoarele situații:

- explicitarea și clarificarea modului de efectuare a serviciilor medicale solicitate, a riscurilor ce trebuie asumate și cunoscute în prealabil, a posibilelor efecte ulterioare asupra organismului;
- se efectuează înregistrarea datelor pacientului: biletul de trimitere, fișa de recomandare, cartea de identitate, calitatea de asigurat, rezultatele unor investigații anterioare, scrisoarea medicală etc.
- se confirmă setul complet de servicii medicale care trebuie executate;
- se întreprind analize pentru stabilirea cauzelor unor rezultate necorespunzătoare sau neconcludente, putându-se solicita repetarea parțială sau totală a investigației;
- pacientul este informat de orice întârziere în execuția serviciilor medicale.

Activitatea de informare, prin care pacientul sau potențialul client poate avea acces la informațiile despre serviciile prestate de către SJUT, se realizează prin mass-media, site-ul spitalului sau direct la sediul acestuia prin Biroul de Internări și prin biroul Informații Fisier.

## **8.3 Dezvoltarea serviciilor medicale**

### **8.3.1. Planificarea proiectării și a dezvoltării**

SJUT planifică, coordonează și controlează activitatea de proiectare și dezvoltare.

La nivelul SJUT se întocmește graficul de elaborare a lucrărilor de proiectare-dezvoltare care cuprinde:


- Denumirea lucrării de proiectare și dezvoltare;
- Tipul documentațiilor de proiectare și dezvoltare;
- Etapele proiectării și dezvoltării;
- Responsabilul pentru verificarea internă;
- Responsabilul cu avizarea, care este un responsabil din partea Consiliului Județean Târgoviște;
- Termenele de predare.

Graficul de elaborare a lucrărilor este aprobat de către Manager și se actualizează, dacă este cazul, în funcție de evoluția procesului de proiectare și dezvoltare.

Procesul de dezvoltare se aplică de toate structurile spitalului (secțiile clinice, ambulatoriu, tehnic, administrativ și de deservire etc.) precum și de către persoanele implicate în activitatea de dezvoltare a serviciilor medicale și non-mediceale, ca de ex.:

- un tratament nou,
- regimuri dietetice,



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Ediția : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 34 of 46
		Exemplar nr.: 1

- servicii de primire,
- servicii hoteliere ;
- examene de laborator,
- imagistica,
- logistica și întreținere.

Proiectele cu privire la dezvoltarea serviciilor medicale și non-medicale sunt consemnate în « Planul de Dezvoltare a SJUT » unde sunt stabilite : resursele necesare, sursa de finanțare, responsabilii și termenele de finalizare.

### **8.3.2. Date de intrare ale proiectării și dezvoltării**

Datele de intrare pentru programele de dezvoltare sau pentru proiecte sunt analizate din punct de vedere al conținutului, corelat cu capacitatea, dotarea și calificarea personalului.

Ca urmare a cerințelor de dezvoltare și a cerințelor de reglementare legală, SJUT definitivează datele de intrare care trebuie să răspundă:

- Cerințelor de aplicabilitate și performanță;
- Cerințelor legale și de reglementare aplicabile;
- Informațiilor din proiecte similare anterioare;
- Si altor cerințe esențiale.

Datele de intrare ale dezvoltării sunt stabilite de regulă în: solicitări de la clienți/pacienți, decizii manageriale, planuri de investiții, caiete de sarcini, specificații, standarde, protocoale medicale, prescripții, prevederi legale și reglementare, experiența anterioară a spitalului, cataloage ale furnizorilor de echipamente și consumabile, schițe de amplasare a utilajelor, proiecte ale spațiilor existente etc.

### **8.3.3 Datele de ieșire ale dezvoltării**


Toate documentele aferente activităților de proiectare și dezvoltare desfășurate de către SJUT respectă cerințele sub aspectul garantării corectitudinii și completitudinii cerințelor și exigențelor solicitate.

Datele de ieșire ale proiectării și dezvoltării specifice activității din SJUT pot fi concretizate în :

- programe de investiții pentru modernizarea infrastructurii;
- dosare de autorizare specifice activității;
- programe privind îmbunătățirea mediului de lucru;
- programe de investiții pentru dotarea cu echipamente performante;
- programe de instruire și perfecționare profesională a personalului pentru creșterea competenței în realizarea actului medical;

Datele de ieșire ale proiectării și dezvoltării sunt furnizate în forma care permite verificarea în raport cu datele de intrare. Datele de ieșire sunt aprobate înainte de emiteră și îndeplinesc cerințele datelor de intrare și definesc caracteristicile esențiale pentru o utilizare sigură și corectă.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 35 of 46
		Exemplar nr.: 1

### **8.3.4. Analiza proiectării și dezvoltării**

Analiza proiectării și dezvoltării urmărește capacitatea rezultatelor proiectării de a satisface cerințele și de a identifica eventuale probleme, propunând acțiuni corective.

### **8.3.5 Verificarea proiectelor**

Se realizează în scopul asigurării ca datele de ieșire ale etapei de dezvoltare satisfac condițiile cuprinse în datele de intrare.

Verificarea se face utilizând următoarele metode:

- a) soluții menționate în literatura de specialitate;
- b) efectuarea de demonstrații;
- c) modul de respectare a cerințelor reglementate și legale.
- d) analiza riscului de accidente sau incidente.

### **8.3.6 Validarea dezvoltării**

Validarea proiectării și dezvoltării asigură că, produsul/ serviciul rezultat este capabil să satisfacă cerințele specificate. Validarea este finalizată înainte de livrarea sau implementarea serviciului.

Documentele de validare se păstrează la dosarul proiectului, alături de toate înregistrările specifice fazelor anterioare.

Modificările și schimbările proiectului sunt identificate, efectuate prin modificarea documentului respectiv și reluarea traseului de analiză, verificare și – după caz- validare ca și la documentul inițial.

## **8.4 Aprovizionare**

### **8.4.1 Procesul de aprovizionare**


Procesul de aprovizionare din cadrul SJUT, parcurge următoarele etape:

- primirea și analiza necesarului de materiale, medicamente, materiale sanitare, etc.
- planificarea activității de aprovizionare în funcție de resursele financiare alocate;
- selectarea furnizorilor cu respectarea legislației în vigoare;
- încheierea de contracte/comenzi;
- livrarea produsului aprovizionat;
- recepția produsului ;
- depozitarea;
- eliberare în consum.

#### **Procesul de evaluare a furnizorilor are la bază următoarele criterii:**

- eficiența furnizorilor;
- dificultatea de înlocuire a furnizorului;
- durata colaborării anterioare;



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 36 of 46
		Exemplar nr.: 1

- respectarea programelor de livrare;
- colaborarea și soluționarea reclamațiilor, service;
- raportul calitate - preț.

Procesul de aprovizionare și implicat de selecție a furnizorilor revine ca și atribuție Serviciului Achiziții Publice și Aprovizionare.

#### **8.4.2 Informații referitoare la aprovizionare**

Dacă prin reglementările Ministerului Sănătății nu sunt stabilite alte proceduri de achiziție, atunci responsabilitatea evaluării ofertelor furnizorilor sub aspectul îndeplinirii cerințelor din documentele de aprovizionare, precum și pentru elaborarea și transmiterea comenzilor și perfectarea contractelor revine Serviciului Achiziții Publice și Aprovizionare.

Comenzile și contractele cuprind prevederi concordante cu cele din necesarele de aprovizionare în ceea ce privește:

- a) obiectul comenzii (produse, servicii, echipamente etc.), cu cantități și termene de livrare;
- b) cerințe privind calitatea (specificații tehnice, standarde etc.);
- c) cerințe privind metode de verificare/ analize la recepție;
- d) cerințe privind sistemul de management al calității.

#### **8.4.3 Verificarea produsului/ serviciului aprovizionat**

La intrarea în spital se efectuează recepția tuturor produselor/ materialelor/ medicamentelor.

Activitatea de inspecție la primire permite verificarea modului în care furnizorii își îndeplinesc obligațiile contractuale și livrează produse conform cerințelor specificate.

Toate produsele, materialele, echipamentele aprovizionate nu sunt introduse în depozit și utilizate fără a fi recepționate.

Recepția la primire este executată de comisii de recepție- funcție de domenii-numite prin dispoziția managerului.

În cazul constatării de neconformități, atât din punct de vedere cantitativ cât și calitativ, comisia de recepție semnalează aceste neconformități și ia măsurile necesare soluționării acestora.

## **8.5 Furnizarea serviciului**

### **8.5.1 Controlul furnizării serviciilor**


Activitatea SJUT constă în efectuarea de servicii medicale (diagnostic, tratament, îngrijirea pacientului, recuperare, urgente), de ambulatoriu sau cu internare, servicii imagistice și servicii paraclinice. Activitățile sunt documentate de o manieră adecvată.

Spitalul planifică și realizează aceste servicii medicale în condiții controlate.

Condițiile controlate includ, după caz:

- disponibilitatea informațiilor care descriu tipul serviciilor medicale, analizelor și investigațiilor medicale;
- utilizarea echipamentului adecvat;
- implementarea activităților de aprovizionare.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 37 of 46
		Exemplar nr.: 1

Activitatea presupune o succesiune logică de procese ce contribuie la realizarea serviciului și determină calitatea lui.

Scopul controlului proceselor este să asigure o metodologie prin care să identifice și să planifice procesele de furnizare a serviciilor, care influențează direct: calitatea, mediul, sănătatea și securitatea în muncă.

Modul în care se realizează serviciile pe care le furnizează SJUT este descris în proceduri operationale, proceduri de sistem, instrucțiuni și protocoale de lucru.

Tinerea sub control a furnizării serviciilor este asigurată, prin :

- Pregătirea serviciului ;
- Identificarea și planificarea proceselor necesare;
- Realizarea serviciului;
- Verificarea calității serviciului.

Planificarea proceselor include :

- Documentația serviciului medical (proceduri operationale, instrucțiuni de lucru, protocoale medicale).
- Asigurarea cu informații, materiale, echipamente de lucru și monitorizare/ măsurare, utilități.
- Resurse : umane calificate, materiale și financiare.

### **8.5.2 Validarea proceselor de furnizare a serviciului**

Toate procesele medicale sunt considerate "processe speciale" deoarece deficiențele devin vizibile doar după ce serviciul a fost efectuat.


Validarea serviciului este necesară acolo unde rezultatele nu pot fi verificate prin monitorizări succesive sau măsurători. Sunt avute în vedere trei aspecte:

- folosirea în procesele de realizare a serviciului a personalului calificat și autorizat pentru desfășurarea și controlul acestora;
- utilizarea de echipamente validate/omologate/verificate (fapt care se demonstrează prin înregistrări), care să garanteze executia conformă cu specificațiile unui serviciu sau a unui proces;
- colaborarea cu firme autorizate/ acreditate pentru acele procese pentru care spitalul nu prezintă posibilități de realizare, dar îi sunt necesare și influențează calitatea serviciului medical. În cazul aprovizionării unor astfel de procese, spitalul păstrează înregistrări ale acestor firme care să demonstreze acreditarea sau autorizarea și care să demonstreze validarea procesului;

La asimilarea unui proces medical nou sau modernizat se au în vedere:

- descrierea sa în proceduri și/ sau protocoale medicale;
- criteriile de acceptare - respingere a procesului;
- echipamente, materiale și metode noi;
- personal calificat și cu experiența necesară;



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 38 of 46
		Exemplar nr.: 1

- înregistrari necesare pe parcursul desfășurării procesului;
- perioada de revalidare a procesului.

Responsabilitatea pentru efectuarea tuturor înregistrărilor aferente desfășurării proceselor revine personalului implicat în derularea proceselor.

### **8.5.3 Identificare și trasabilitate**

Identificarea și asigurarea trasabilității serviciului medical se realizează prin înregistrările realizate, prin fisa de observație, care se emite la prezentarea pacientului și până la externarea acestuia; la fisa se adaugă documentele și înregistrările care rezultă din prestarea serviciului medical. Din aceste înregistrări se poate reface istoricul prestației serviciului medical.

Trasabilitatea se bazează pe sistemul de informații obținut prin utilizarea identificărilor privind materialele utilizate și persoanele responsabile de proces sau etapă de proces al activității medicale.

Se asigură trasabilitatea procesului de furnizare a serviciilor medicale prin urmărirea înregistrărilor la fiecare activitate desfășurată în conformitate cu procedurile specifice.

Trasabilitatea este o soluție pentru protecția pacientului, dar este și un instrument de control și delimitare de responsabilitate.

Obiectivul trasabilității este de a obține un control total asupra serviciilor medicale furnizate de spital, prin capacitatea de a intervenii în cazul în care ulterior prestației se constată un defect sau inconvenient al serviciului.

Întotdeauna, spitalul identifică serviciile medicale de ambulatoriu clinic, serviciile imagistice și serviciile paraclinice, cu mijloace adecvate, pe durata efectuării acestora.

Identificarea pacienților care solicită servicii clinice sau paraclinice se face pe baza codului numeric personal și se înregistrează în registrele medicale și în sistemul informatic.

Identificarea și trasabilitatea serviciilor medicale au ca scop:

- aprovizionarea și introducerea în spital numai a produselor acceptate;
- identificarea și localizarea în orice stadiu al procesului de furnizare servicii medicale, a materialelor și echipamentelor utilizate;
- evitarea confuziilor în procesul de furnizare a serviciilor medicale precum și a utilizării unor produse neconforme;
- identificarea documentelor de aprovizionare, depozitare, inspecții și încercări;
- identificarea unică a furnizorilor și clienților.


### **8.5.4 Proprietatea pacientului**

SJUT tratează cu grijă și responsabilitate proprietatea clientului, reprezentată de: documente, înregistrări cu date și informații (acte care prezintă calitatea de asigurat, acte de identitate, examene, consultatii și tratamente prelabile, radiografii, scrisori ale medicilor de familie/specialiști); furnizarea propriului sange; îmbracamintea și alte bunuri ale pacienților internați.

Spitalul identifică, verifică, protejează și pune în siguranță proprietatea clientului, pusă la dispoziție pentru a fi utilizată prin înregistrările existente în cadrul spitalului.

În caz de pierdere sau deteriorare se aduce la cunoștința pacientului și se stabilesc modalități de soluționare amiabile.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Ediția : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 39 of 46
		Exemplar nr.: 1

### **8.5.5 Pastrarea produsului**

SJUT păstrează produsele în locuri de depozitare special amenajate și asigură condițiile de pastrare, conservare, manipulare în conformitate cu prescripțiile din instrucțiunile care însoțesc produsele respective, armonizate cu prevederile legale aplicabile.

În scopul menținerii caracteristicilor de calitate, pentru evitarea dezordinii, distrugerilor, pierderilor sau utilizărilor necorespunzătoare începând de la primire, depozit, pe fluxul de utilizare, produsele (farmaceutice, consumabile și din alte categorii necesare proceselor spitalului) sunt identificate încă de la intrare în depozit sau locul de utilizare.

În cazul stocării produselor, personalul este instruit în privința menținerii unor stocuri adecvate, în spiritul satisfacerii cerințelor de asigurare a continuității serviciilor medicale și non-medicale.

În scop preventiv se utilizează mijloace de transport echipate corespunzător, precum și dispozitive de manipulare specifice adecvate produselor în vederea evitării deteriorării/distrugerii acestora.

Cerinta este aplicabila și dezvoltata corespunzator și în procesele de transport bolnavi, medicamente, substanțe periculoase.

## **8.6 Controlul echipamentelor de măsurare și monitorizare**

SJUT determină monitorizările și măsurările care trebuie efectuate și echipamentele de măsurare și monitorizare necesare, pentru a furniza dovezi ale conformității serviciilor medicale cu cerințele legislative.


Spitalul stabilește procesele prin care se asigură că monitorizările și măsurările pot fi efectuate și că sunt efectuate într- un mod corect și la termen.

SJUT are în dotare diferite echipamente de măsurare și monitorizare în toate punctele de lucru (tensiometre, termometre, termostate, balanțe etc.).

Spitalul are încheiate contracte de prestări servicii cu firme autorizate privind verificarea și etalonarea echipamentelor din dotare. În urma verificării și etalonării sunt emise și se păstrează Buletine de Verificare Metrologică sau Certificate de etalonare pentru fiecare dispozitiv de măsurare și monitorizare în parte. Originalele acestor buletine se arhivează.

De preferință, anumite verificări metrologice se efectuează în perioada de reducere a activității. Utilizarea echipamentului din dotare se efectuează în conformitate cu cartea tehnică sau alte documente tehnice însoțitoare. Personalul utilizator este instruit în privința parametrilor de măsurat precum și a limitelor aparatului; de asemenea personalul urmărește datele scadente ale verificărilor metrologice.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 40 of 46
		Exemplar nr.: 1

## 9. MASURARE ANALIZA SI IMBUNATATIRE

### 9.1 Generalitati

Spitalul Județean de Urgență Târgoviște a dezvoltat, implementat și menținut, un sistem de monitorizare, măsurare, colectare și analiză a tuturor datelor referitoare la funcționarea Sistemului de Management al Calității (SMC) pentru:

1. Demonstrarea conformității serviciului medical, având în vedere:
  - monitorizarea și măsurarea serviciilor,
  - controlul neconformităților serviciilor;
2. Asigurarea conformității Sistemului de Management al Calității, care se face prin:
  - monitorizarea și măsurarea proceselor,
  - control neconformități - de sistem,
  - evaluare a satisfacției pacientului,
  - audituri interne,
  - analiză datelor;
3. Determinarea și materializarea permanentă a posibilităților de îmbunătățire a eficacității acestuia, asigurând:
  - îmbunătățirea continuă,
  - acțiuni corective și preventive.

Procesele de monitorizare, măsurare, analiză și îmbunătățire implementate pentru a demonstra conformitatea produsului cu cerințele specificate sunt efectuate de personal instruit corespunzător și competent.

#### 9.2.1 Satisfactia pacientului

Una din modalitățile de măsurare a performanței Sistemului de Management al Calității în SJUT o reprezintă monitorizarea informațiilor privind percepția pacientului asupra modului de realizare a serviciilor medicale.

Evaluarea satisfacției pacientului:

- Satisfacția pacientului este o componentă a evaluării calității îngrijirilor;
- Satisfacția pacientului poate fi considerată drept un rezultat al îngrijirilor;
- Notiunea de satisfacție este subiectivă și predominant calitativă.


Spitalul promovează o politică de apropiere față de pacienți urmărind:

- sensibilizarea și conștientizarea întregului personal referitor la importanța satisfacerii cerințelor pacienților;
- păstrarea contactului permanent cu pacienții prin intermediul căilor de comunicare stabilite.

Pentru a monitoriza permanent gradul de satisfacție al pacienților asupra modului de realizare a serviciilor medicale, SJUT colectează și analizează următoarele informații:





 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Editia : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie :
		Nr.de ex. :
		Pagina 41 of 46
		Exemplar nr.: 1

- reclamațiile și sugestiile pacienților;
- chestionare de evaluare a gradului de satisfacție al pacienților;
- schimbul de informații din timpul derulării serviciilor medicale.

Spitalul a identificat și aplică modalități de obținere a informațiilor necesare măsurării și monitorizării atât a satisfacției pacienților cât și a angajaților.

### 9.2.2 Auditul intern

Auditul calitatii este un examen metodologic și independent care are scopul de a stabili dacă activitățile și rezultatele referitoare la calitate respecta dispozițiile și standardele prestabilite, dacă acestea sunt aplicate eficient și sunt apte să conducă la realizarea obiectivelor.

Auditul calitatii este o succesiune de activități bazată pe documente scrise care constă în investigații, verificări, examinări, evaluări ale planurilor, programelor, sistemelor calitatii pentru a stabili măsura în care acestea au fost corect elaborate și implementate, în concordanță cu cerințele specificate.

În cadrul Spitalului Județean de Urgență Târgoviște se efectuează, planificat, audituri interne, acest proces fiind instrumentul principal prin care se determină, în mod sistematic, dacă Sistemului de Management al Calității este:

- conform cu cerințele standardelor de referință (SR EN ISO 9001: 2008)
- implementat, menținut în mod eficace și îmbunătățit continuu,

Occupationale se respecta cerințele legale și alte cerințe aplicabile în vigoare.

Etapele auditului intern sunt:


- planificarea procesului prin programul anual de Audit intern, având în vedere:
  - starea și importanța proceselor,
  - zonele care sunt auditate,
  - rezultatele auditurilor anterioare;
- definirea criteriilor și domeniul de aplicare;
- stabilirea frecvenței și a metodelor de audit;
- selectarea modului de efectuare a auditurilor, asigurând:
  - obiectivitatea auditului,
  - imparțialitatea auditului,
  - auditorii nu își audiază propria lor activitate.

Neconformitățile constatate se descriu în note de neconformități suficient de detaliat pentru a permite coordonatorilor compartimentelor auditate să stabilească și să implementeze acțiuni corective necesare.

Verificarea implementării și eficacității acțiunilor corective se face prin audituri de supraveghere.

Raportele de audit intern și când este cazul, rapoartele de acțiuni corective aferente constituie date esențiale de intrare pentru analizele efectuate de management.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 42 of 46
		Exemplar nr.: 1

### **9.2.3 Monitorizarea si masurarea proceselor**

In cadrul Spitalului Judetean de Urgenta Targoviste sunt aplicate metode corespunzatoare pentru monitorizarea si masurarea proceselor Sistemului de Management al Calitatii, astfel incat sa se demonstreze ca prin tinerea sub control a proceselor se obtin rezultatele planificate.

Procesele necesare SMC, sunt monitorizate si masurate, acolo unde este aplicabil, in felul urmatoar:

- prin intermediul auditurilor interne si externe si prin intermediul analizelor efectuate de management;
- prin raportari periodice;
- prin culegere de date si interpretare a lor, pe perioade de timp;
- prin aprecierea eficacitatii actiunilor intreprinse pentru finalizarea actiunilor de imbunatatire.

In cazul in care nu se obtin rezultatele planificate, sunt intreprinse actiuni corective pentru ca, in final sa se obtina conformitatea proceselor si a serviciilor cu documentatia SMC , respectiv cu cerintele pacientului.

Intensitatea interventiei este stabilita in functie de efectul acesteia asupra procesului si poate lua una din urmatoarele forme:

- Modificarea unei proceduri;
- Introducerea unui procedeu de verificare;
- Modificarea etapelor proceselor;
- Instruirea suplimentara a angajatilor.

### **9.2.4 Monitorizarea si masurarea serviciului**

Spitalul Judetean de Urgenta Targoviste a identificat, a stabilit și a specificat cerințele de măsurare, acolo unde este cazul, și monitorizare pentru serviciile medicale oferite pacientilor săi.

Monitorizarea și măsurarea serviciului / pacientului se realizează prin rapoartele de garda, foile de observatii, verificari în diferite etape de realizare a serviciilor medicale si nonmedicale.

Activitățile de monitorizare și măsurare se fac conform cu procedurile operationale si protocoale medicale.

## **9.3 Controlul serviciului neconform**


Semnalarea de către personalul de orice nivel al spitalului a existenței unor nereguli sau neconformități conduce automat la raportarea acestora și la analiza operativă din partea conducerii.

Serviciul identificat ca neconform se identifică și se documenteaza prin rapoarte de neconformitate si/ sau procese verbale de recepție calitativă, iar atunci când este posibil se marchează și/sau se izolează (spatii de carantina).

După ce s-au întreprins asupra serviciului neconform acțiunile de corecție stabilite, se efectuează reverificarea acestuia, iar înregistrările se pastreaza.

Controlul serviciului neconform stabilește:



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTĂ TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Ediția : 1
		Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 43 of 46
		Exemplar nr.: 1

- care sunt tipurile de neconformități depistate în timpul monitorizării și măsurării proceselor;
- cum se documentează neconformitățile și care sunt funcțiile implicate;
- modul de identificare și separare (când acest lucru este posibil) a produsului neconform;
- responsabilitățile pentru analiza neconformităților și stabilirea modului de tratare a acestora.
- cum se marchează și izolează (când acest lucru este posibil) serviciul neconform;
- responsabilitățile privind aprobarea modului de tratare a neconformității și tratarea propriu-zisă;
- modul de efectuare a analizei periodice a neconformităților în scopul documentării bazei de date pentru analiza efectuată de management și a identificării neconformităților sistematice și/sau cu o frecvență mare de apariție în vederea inițierii de acțiuni corective.

## 9.4 Analiza datelor

Analiza datelor se bazează pe deciziile obținute din măsurările și informațiile rezultate din monitorizarea și măsurarea proceselor specifice spitalului. În acest context, sunt analizate date provenite din diferite surse pentru a evalua performanțele în raport cu planurile, obiectivele și alte scopuri definite, pentru a identifica zonele pentru îmbunătățire (inclusiv, posibile beneficii pentru părțile interesate).

Deciziile bazate pe fapte necesită acțiuni eficiente, cum ar fi metode de analiză verificate, tehnici corespunzătoare și luarea deciziilor pentru întreprinderea unor acțiuni pe baza rezultatelor analizelor logice completate cu experiența și intuiție.

Analiza datelor ajută la determinarea cauzelor primare ale problemelor existente sau potențiale și la orientarea deciziilor privind acțiunile corective și preventive necesare pentru îmbunătățire.


Descrierea procesului de analiză a datelor cuprinde:

- identificarea datelor și stabilirea metodelor de analiză statistică a datelor;
- culegerea datelor și prelucrarea statistică a acestora;
- comunicarea datelor prelucrate statistic;
- analiza datelor prelucrate statistic;
- îmbunătățirea continuă a Sistemului Integrat de Management prin stabilirea de acțiuni corective/preventive.

În vederea analizei sunt determinate și colectate date corespunzătoare ce includ rezultatele din activitățile de măsurare și monitorizare sau din alte surse relevante. Analiza datelor furnizează informații referitoare la:

- satisfacția pacientului;
- rezultatele programelor de instruire;
- rezultatele analizei resurselor;
- caracteristicile și tendințele proceselor și produselor inclusiv oportunitățile pentru acțiuni preventive;
- rapoarte de neconformitate/analiza cauzelor;



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 44 of 46
		Exemplar nr.: 1

- sinteza neconformităților înregistrate într-o perioadă definită;
- rezultatele auditurilor interne;
- analiza rapoartelor de audit;
- reclamații ale clienților;
- sinteza reclamațiilor înregistrate într-o perioadă definită;
- îmbunătățire, stadiul îndeplinirii acțiunilor corective și preventive.

## 9.5 Imbunatatire

### 9.5.1 Imbunatatire continua

Spitalul Județean de Urgență Târgoviște se preocupă permanent pentru îmbunătățirea continuă a Sistemului Integrat de Management prin:

- stabilirea și aplicarea politicii privind calitatea, mediul, sănătatea și securitatea ocupațională;
- stabilirea și atingerea obiectivelor generale și specifice ale calității, de mediu, de sănătate și securitate ocupațională ;
- efectuarea auditurilor interne ;
- analiza datelor ;
- analize efectuate de management ;
- inițierea de acțiuni corective și preventive.

Îmbunătățirea continua are ca rezultat modificarea, în pași mici, a serviciilor medicale sau a proceselor și, când este cazul, a Sistemului de Management al Calitatii ori a structurii organizatorice.

### 9.5.2 Actiune corectiva

Acțiunile corective sunt inițiate pentru a elimina cauzele care au generat neconformități referitoare la serviciu, la proces sau la sistemul calității.

Managementul de varf se asigura ca actiunile corective sunt utilizate ca instrumente de imbunatatire.


Descrierea procesului de initiere si aplicare a actiunilor corective:

- analiza neconformitatilor (inclusiv a reclamatilor pacientilor si a malpraxis-ului);
- determinarea cauzelor neconformitatilor;
- evaluarea necesitatii de actiuni pentru a preveni reaparitia neconformitatilor;
- determinarea si implementarea actiunilor necesare;
- inregistrarea rezultatelor actiunilor intreprinse;
- analiza actiunilor corective intreprinse.

Sursele de informatii pentru a intreprinde actiuni corective includ:

- reclamatia clientilor;



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA TÂRGOVIȘTE</b>	<b>MANUALUL CALITĂȚII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 45 of 46
		Exemplar nr.: 1

- rapoartele de neconformitate, notele de neconformitate;
- rapoartele de audit intern și extern;
- datele de ieșire ale analizelor efectuate de management;
- personalul spitalului;
- monitorizarea proceselor.

### **9.5.3 Actiune preventiva**

Eliminarea cauzelor neconformitatilor potențiale în vederea prevenirii apariției acestora, se realizează prin acțiuni preventive.

Descrierea procesului de inițiere și aplicare a acțiunilor preventive:

- determinarea neconformitatilor potențiale și a cauzelor acestora;
- evaluarea necesității de acțiuni pentru a preveni apariția neconformitatilor;
- determinarea și implementarea acțiunilor necesare;
- înregistrările rezultatelor acțiunilor întreprinse;
- analiza acțiunilor preventive întreprinse.


Sursele de informații pentru a întreprinde acțiuni preventive include:

- rezultatele monitorizărilor și măsurărilor proceselor;
- rezultatele activității de analiză a datelor;
- rezultatele evaluării satisfacției clienților;
- rezultatele analizei efectuate de management;
- tratarea sesizărilor clienților;
- activități de audit.

Acțiunile preventive propuse pot fi:

- revizuirea unor proceduri ale Sistemului de Management al Calității, respectiv unor instrucțiuni de lucru;
- revizuirea sistemului de management al calității;
- instruirea suplimentară a personalului spitalului.



 <b>SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENTA TARGOVISTE</b>	<b>MANUALUL CALITATII</b>	Editia : 1 Nr.de ex. : 2
		Revizie : Nr.de ex. :
		Pagina 46 of 46
		Exemplar nr.: 1

## 9. ANEXE

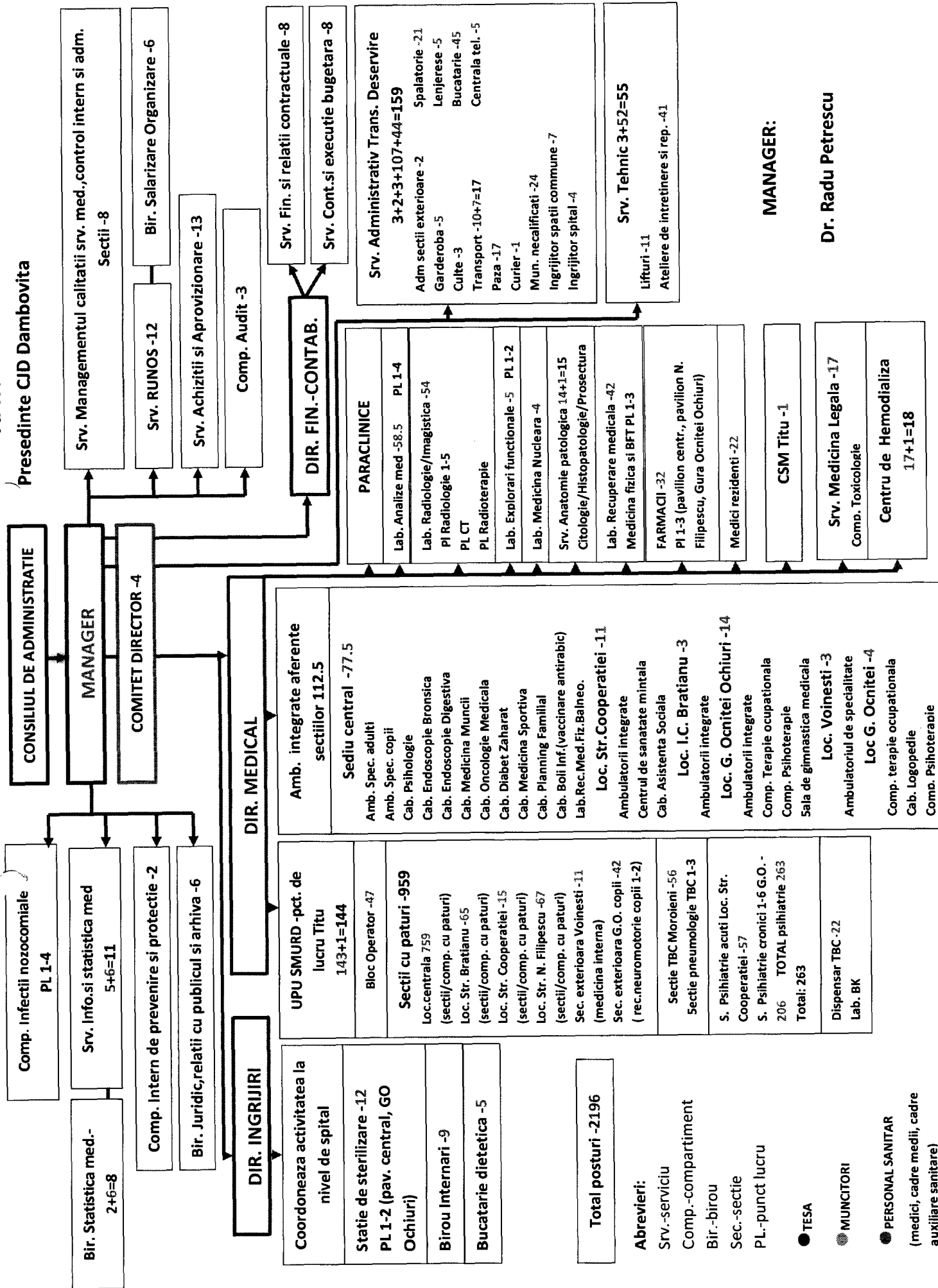
**Anexa 1 - Organigrama SJUT**

**Anexa 2 - Lista documentatiei SMC**

**Anexa 3 - Harta proceselor Spitalului Județean de Urgență Târgoviște**



Presedinte CJD Dambovita



**MANAGER:**

**Dr. Radu Petrescu**

<b>UPU SMURD -pct. de lucru Titu</b> 143+1=144	<b>Amb. integrate aferente sectiilor 112.5</b> Sediu central -77.5
Bloc Operator -47	Amb. Spec. adulti
<b>Sectii cu paturi -959</b> Loc.centrala 759 (sectii/comp. cu paturi) Loc. Str. Bratianu -65 (sectii/comp. cu paturi) Loc. Str. Cooperatiei -15 (sectii/comp. cu paturi) Loc. Str. N. Filipescu -67 (sectii/comp. cu paturi) Sec. exterioara Voinești -11 (medicina interna) Sec. exterioara G.O. copii -42 (rec.neuromotorie copii 1-2)	Amb. Spec. copii
	Cab. Psihologie
	Cab. Endoscopie Bronsica
	Cab. Endoscopie Digestiva
	Cab. Medicina Muncii
	Cab. Oncologie Medicala
	Cab. Diabet Zaharat
	Cab. Medicina Sportiva
	Cab. Planning Familiar
	Cab. Boli Inf.(vaccinare antirabic)
	Lab.Rec.Med.Fiz.Balneo.
	<b>Loc. Str.Cooperatiei -11</b>
	Ambulatorii integrate
	Centrul de sanatate mintala
	Cab. Asistenta Sociala
	<b>Loc. I.C. Bratianu -3</b>
	Ambulatorii integrate
	<b>Loc. G. Ocniței Ochiuri -14</b>
	Ambulatorii integrate
	Comp. Terapie ocupationala
	Comp. Psihoterapie
	Sala de gimnastica medicala
	<b>Loc. Voinești -3</b>
	Ambulatoriul de specialitate
	<b>Loc G. Ocniței -4</b>
	Comp. terapie ocupationala
	Cab. Logopedie
	Comp. Psihoterapie

<b>Coordoneaza activitatea la nivel de spital</b>
<b>Statie de sterilizare -12</b> PL 1-2 (pav. central, GO Ochiuri)
<b>Birou Internari -9</b>
<b>Bucatarie dietetica -5</b>

**Total posturi -2196**

**Abrevieri:**

- SRV.-serviciu
- Comp.-compartment
- Bir.-birou
- Sec.-sectie
- PL.-punct lucru

- TESA
- MUNCITORI
- PERSONAL SANITAR

(medici, cadre medii, cadre auxiliare sanitare)

<b>PARACLINICE</b>
Lab. Analize med -58.5 PL 1-4
Lab. Radiologie/Imagistica -54
PL Radiologie 1-5
PL CT
PL Radioterapie
Lab. Explorari functionale -5 PL 1-2
Lab. Medicina Nucleara -4
Srv. Anatomie patologica 14+1=15
Citologie/Histopatologie/Prosectura
Lab. Recuperare medicala -42
Medicina fizica si BFT PL 1-3
FARMACII -32
PL 1-3 (pavilion centr., pavilion N. Filipescu, Gura Ocniței Ochiuri)
Medici rezidenti -22
<b>CSM Titu -1</b>
<b>Srv. Medicina Legala -17</b> Comp. Toxicologie
<b>Centru de Hemodializa</b> 17+1=18

<b>Srv. Administrativ Trans. Deservire</b> 3+2+3+107+44=159
Adm sectii exterioara -2
Spalatorie -21
Lenjerese -5
Bucatarie -45
Centrala tel. -5
Transport -10+7=17
Paza -17
Curier -1
Mun. necalificati -24
Ingrijitor spatii comune -7
Ingrijitor spital -4
<b>Srv. Tehnic 3+52=55</b>
Lifturi -11
Ateliere de intretinere si rep. -41

<b>Srv. Managementul calitatii srv. med., control intern si adm.</b> Sectii -8
<b>Srv. RUNOS -12</b>
<b>Srv. Achizitii si Aprovizionare -13</b>
<b>Comp. Audit -3</b>
<b>DIR. FIN.-CONTAB.</b>
<b>Srv. Fin. si relatii contractuale -8</b>
<b>Srv. Cont.si executie bugetara -8</b>
<b>Srv. Managementul calitatii srv. med., control intern si adm.</b> Sectii -8
<b>Bir. Salarizare Organizare -6</b>

<b>CONSILIUL DE ADMINISTRATIE</b>
<b>MANAGER</b>
<b>COMITET DIRECTOR -4</b>
<b>Comp. Infectii nozocomiale</b> PL 1-4
<b>Srv. Info.si statistica med</b> 5+6=11
<b>Comp. Intern de prevenire si protectie -2</b>
<b>Bir. Juridic,relatii cu publicul si arhiva -6</b>

<b>Bir. Statistica med.-</b> 2+6=8
<b>Comp. Intern de prevenire si protectie -2</b>
<b>Bir. Juridic,relatii cu publicul si arhiva -6</b>
<b>DIR. INGIJIRI</b>

## LISTA DOCUMENTATIEI SMC

Pentru ca Spitalul Judetean de Urgenta Targoviste sa functioneze eficace, iar Sistemul de Management al Calitatii sa fie performant este necesara utilizarea **Ciclului PDCA ( Plan-Do-Check-Act)** pentru imbunatatirea tuturor proceselor care contribuie la cresterea calitatii serviciilor medicale.

### 1. Plan - Planificarea

Planificarea se refera la totalitatea proceselor, a obiectivelor si implicit a procedurilor necesare aplicarii si imbunatatirii politicii de calitate.

### 2. Do - Efectueaza

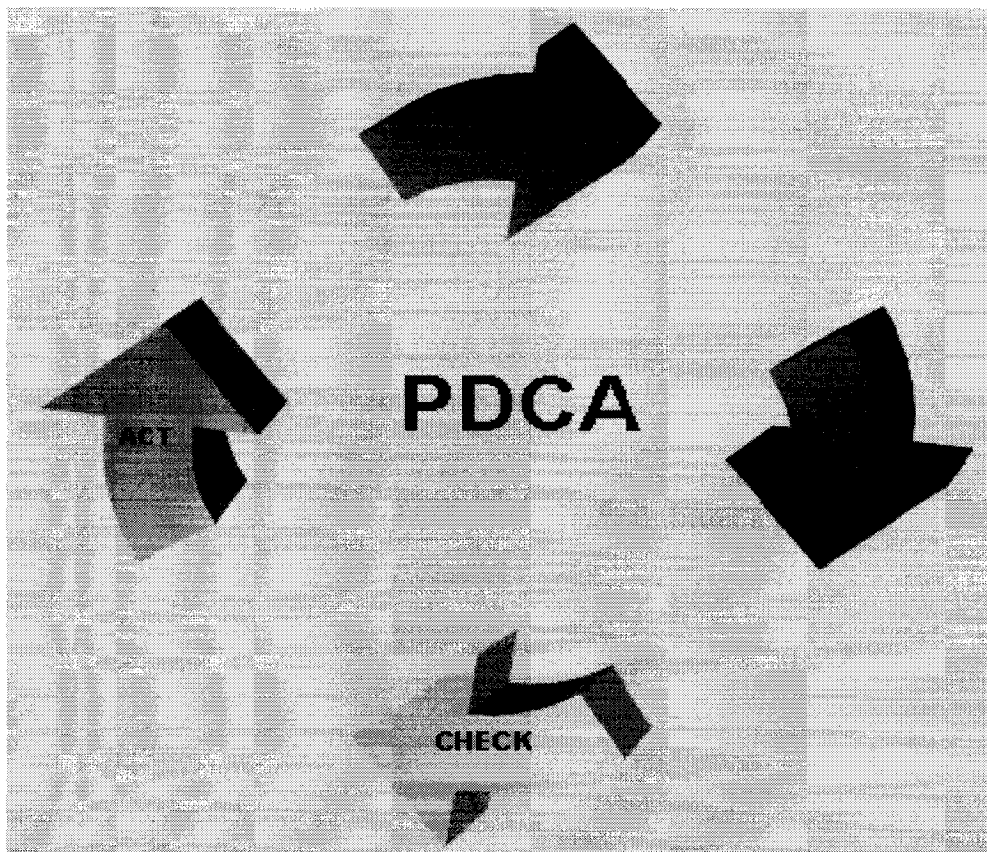
Aplica procesele necesare obtinerii rezultatelor dorite.

### 3. Check - Verifica

Monitorizeaza si masoara procesele si serviciile medicale rezultate in raport cu obiectivele si politica de calitate stabilite.

### 4. Act - Actioneaza

Implementarea proceselor si imbunatatirea continua a performantelor.





<b>NR. CRT.</b>	<b>PROCEDURA</b>	<b>CODUL</b>
1.	Manualul Calitatii	MC-01
<b>PROCEDURI DE SISTEM</b>		
2.	Controlul Documentelor	PS-01
3.	Controlul Inregistrarilor	PS-02
4.	Controlul Serviciului Neconform	PS-03
5.	Actiuni Corective si Preventive	PS-04
6.	Managementul Riscului	PS-05
7.	Semnalarea Neregularitatilor	PS-06
8.	Comunicare Interna si Externa	PS-07
9.	Corespondenta	PS-08
10.	Arhivarea	PS-09
11.	Delegarea	PS-10
12.	Planificarea Concediului de Odihna	PS-11
13.	Circuitul Documentelor	PS-12
14.	Coplata	PS-13
15.	Gestionarea Abaterilor	PS-14
<b>PROCEDURI OPERATIONALE</b>		

ANEXA 3 - Harta proceselor din SJUT




**PROCESE SUPT NEMEDICALE**

**PROCESE ANALIZA, MASURARE, PUNNATAJIRE**

PROCESE DE MANAGEMENT

**PROCESE SUPT NEMEDICALE**

ADMINISTRATIV  
DESERVIRE  
TRANSPORT

ACHIZITII PUBLICE  
APROVIZIONARE

R.U.N.O.S

FINANCIAR  
CONTABILITATE

ASIGURAREA HRANEI  
PENTRU PACIENTII  
INTERNATI

CURATENIE

INFORMATICA si  
STATISTICA

ACCES SI PAZA

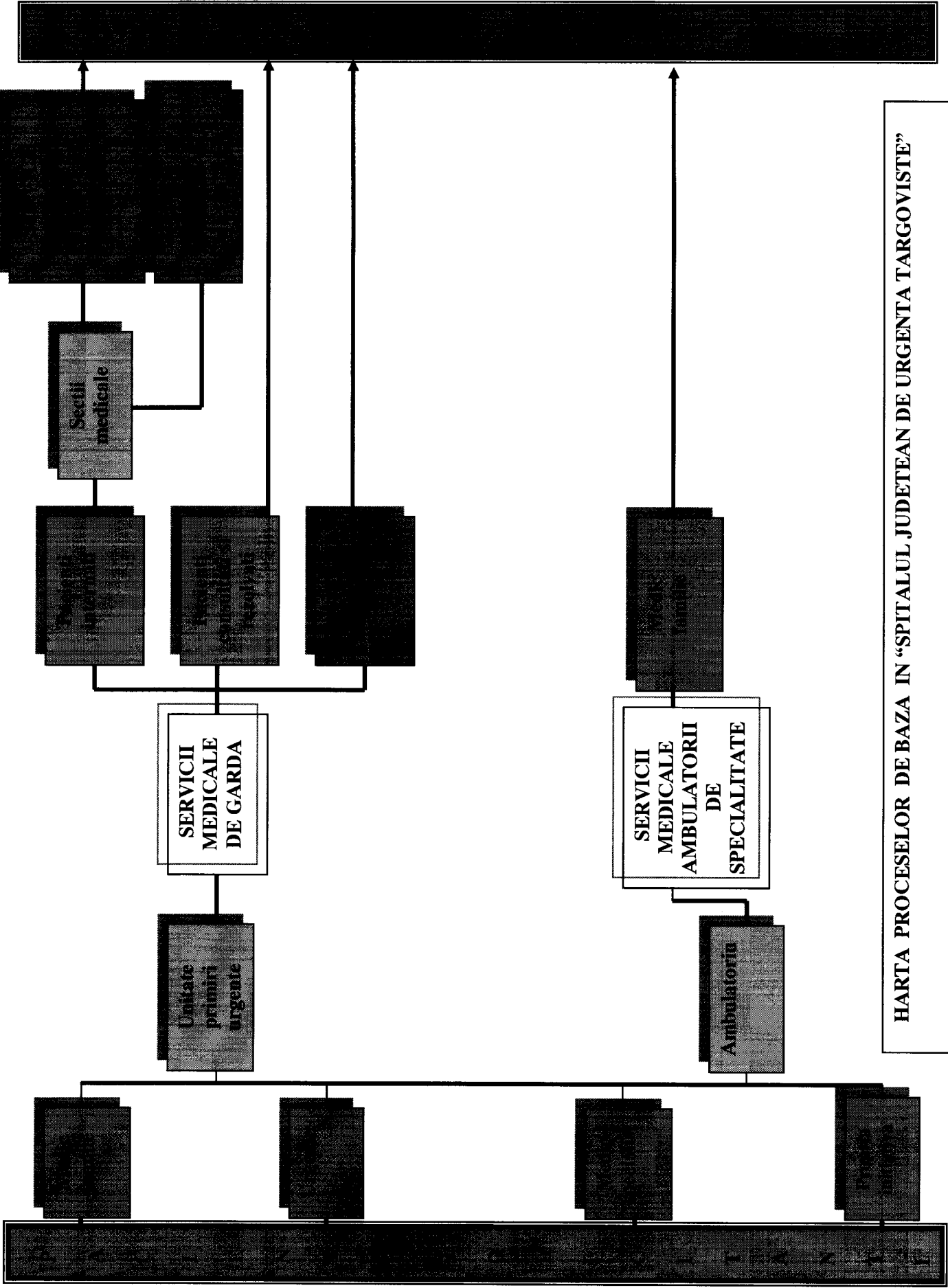
DEPOZITARE,  
MANIPULARE,  
STOCARE

CONTROLUL  
INTERN si  
AUDIT

ASISTENTA  
JURIDICA

MENTENANTA  
INFRASTRUCTURII

PROCESE ANALIZA, MASURARE, IMBUNATATIRE



HARTA PROCESELOR DE BAZA IN "SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA TARGOVISTE"