

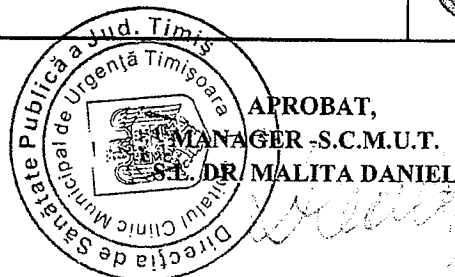
 <p>SPITALUL CLINIC MUNICIPAL DE URGENȚĂ TIMIȘOARA</p>  <p>ANMCS unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE</p>	<p align="center">SPITALUL CLINIC MUNICIPAL DE URGENȚĂ TIMIȘOARA</p> <p align="center">Număr Operator de date cu caracter personal - 37058 str. Hector Nr. 2 A, Timișoara, Timiș – RO, 300041 Tel : 0256/200048, 0256/221553, Fax: 0256/200046 http://www.spitalul-municipal-timisoara.ro e-mail: secretariat@sintm.ro Cod fiscal: 4483447</p>	<p>ISO 9001 ISO 14001 ISO 45001</p>  
---	--	---



APROBAT,
MANAGER -S.C.M.U.T.
DR. MALITA DANIEL

REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE AL COMISIEI DE COORDONARE A IMPLEMENTĂRII MANAGEMENTULUI CALITĂȚII SERVICIILOR ȘI SIGURANȚEI PACIENȚILOR

ART. 1 – (1) În temeiul prevederilor art. 4 pct. 9 și art. 5 alin. (1) pct. 16 din Anexa nr. 1 la O.M.S. 1348/2010 cu modificari Ordin 730/2018 privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului, la propunerea MANAGERULUI, SI COMITETULUI DIRECTOR al SCMUT¹ sa aprobat înființarea *Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților*², a cărei atribuții, responsabilități, mod de organizare și funcționare, sunt prevăzute în prezentul regulament.

(2) Decizia de înființare a *Comisiei* este **DECIZIA NR.169/13.12.2022.**

(3) Înființarea la nivelul *Spitalului* a *Comisiei*, se face în scopul implementării în cadrul acestuia a indicatorului 01.07.03.02.02³ din cadrul Listei de verificare nr. 6 - Managementul calității (atribuțiile SMC) - anexă la *Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 35/2018 pentru modificarea Ordinului Președintelui ANMCS nr.8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor*, potrivit căruia "Există decizie de înființare a comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare."

ART. 2 – COMISIA ESTE FORMATĂ DIN:

- PREȘEDINTE – DIRECTOR MEDICAL
- VICEPREȘEDINTE - DIR. FINANCIAR-CONTABIL
- VICEPREȘEDINTE - DIR. ÎNGRIJIRI MEDICALE
- VICEPREȘEDINTE - ȘEF SERVICIU S.P.L.A.A.M.
- VICEPREȘEDINTE - ȘEF SERVICIU MANAGEMENTUL CALITĂȚII

MEMBRII care vor fi echipele de management al calității de la nivelul fiecărui structuri. Echipele vor fi formate din șefii de structura și *responsabilul desemnat de seful de structura cu asigurarea și*

¹ Denumit în continuare: *Spitalul*

² Denumită în continuare: *Comisie*

³ Implementarea în cadrul spitalului a indicatorului 01.07.03.02.02 din cadrul Listei de verificare nr. 6 - Managementul calității (atribuțiile SMC), se realizează în contextul prevederilor art. 1 alin. (4) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, potrivit căruia: "Actele normative adoptate de ANMCS sunt obligatorii pentru toate unitățile sanitare care doresc să se acrediteze, în condițiile legii".

îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate și siguranței pacienților la nivelul structurii care împreună vor atinge obiectivele privind re acreditarea spitalului pentru ciclul II de acreditare, monitorizare post acreditare, implementarea și dezvoltarea continuă a conceptului de calitate. Se va întocmi în acest sens o adresă către structuri prin care se va solicita nominalizarea persoanelor responsabile cu calitatea. În urma primirii răspunsurilor se va întocmi decizia managerială de înființare a Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea re acreditării spitalului ciclul II de acreditare

e. SECRETARIAT – angajații Serviciului de Management al Calității Serviciilor Medicale.

LISTA RESPONSABILILOR CU ASIGURAREA SI ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII SERVICIILOR DE SANĂTATE SI SIGURANȚEI PACIENȚILOR - ȘEFII DE STRUCTURĂ

Nr. crt	SECȚIE/COMPARTIMENT/ SERVICIU/LABORATOR/FARMACIE	NUME ȘI PRENUME	FUNCȚIA
0	1	2	3
2.	A.T.I II +U.T.S. II	DR. BRÎNCOVEANU MARIA	ȘEF UTS
3.	BLOC OPERATOR I	DR. HUȚ FLORIN	COORDONATOR
4.	BLOC OPERATOR II	DR. TALPOȘ ȘERBAN	COORDONATOR
5.	BLOC OPERATOR III	DR. LUPESCU STELIAN	COORDONATOR
6.	BLOC OPERATOR IV	DR. BUZESCU MANUELA	COORDONATOR
7.	BLOC OPERATOR V	DR. BĂCILĂ MIHAI	COORDONATOR
8.	CARDIOLOGIE	PROF. DR. TOMESCU MIRELA	ȘEF SECȚIE
9.	CHIRURGIE GENERALĂ I	DR. SIMA LAURENTIU	ȘEF SECȚIE
10.	CHIRURGIE GENERALĂ II - ONCOLOGICĂ	CONF. DR. ILINA RĂZVAN	ȘEF SECȚIE
11.	CHIRURGIE ORALĂ ȘI MAXILO-FACIALĂ	CONF. DR. MARIUS PRICOP	ȘEF SECȚIE
12.	CHIRURGIE TORACICĂ	ȘEF LUCRĂRI DR. COZMA GABRIEL	ȘEF SECȚIE
13.	DERMATOVENEROLOGIE	CONF. DR. CRISTODOR PATRICIA	ȘEF SECȚIE
14.	FARMACIA NR 1	FARM. GAVRILESCU CRISTINA	ȘEF FARMACIE
15.	FARMACIA NR 2	FARM. SIMONA FLOREA	ȘEF FARMACIE
16.	GASTROENTEROLOGIE	DR. MUSTA IOAN OCTAVIAN	ȘEF COMPARTIMENT
17.	GERIATRIE ȘI GERONTOLOGIE	DR. VANCEA CORINA	ȘEF COMPARTIMENT
18.	HEMATOLOGIE	CONF. DR. IONIȚĂ IOANA	ȘEF SECȚIE
19.	LABORATOR DE ANALIZE MEDICALE	PROF. DR. OLARIU RAREȘ	ȘEF SECȚIE
20.	LABORATOR DE RADIOLOGIE ȘI IMAGISTICĂ MEDICALĂ	DR. BORTLOVAN MONICA	ȘEF SECȚIE
21.	MEDICINĂ INTERNĂ	PROF. DR. LIGHEZAN DANIEL	ȘEF SECȚIE
22.	MEDICINA MUNCII	ȘEF LUCRĂRI DR. POPESCU FLORINA	ȘEF SECȚIE
23.	NEONATOLOGIE	DR. OLARIU GABRIELA	ȘEF SECȚIE

24.	O.R.L.	ŞEF LUCRĂRI. DR. HORHAT IOANA DELIA	ŞEF SECŢIE
25.	OBSTRETICĂ-GINECOLOGIE I	CONF. DR. CHIRIAC DANIELA	ŞEF SECŢIE
26.	OBSTRETICĂ-GINECOLOGIE II	PROF. DR. PIRTEA LAURENŢIU	ŞEF SECŢIE
27.	OBSTRETICĂ-GINECOLOGIE III	ŞEF LUCRĂRI DR. DORU CIPRIAN CRIŞAN	ŞEF SECŢIE
28.	OBSTRETICĂ-GINECOLOGIE IV	PROF. DR. SAS IOAN	ŞEF SECŢIE
29.	OFTALMOLOGIE	PROF. DR. MUNTEANU MIHNEA	ŞEF SECŢIE
30.	ONCOLOGIE MEDICALĂ	DR. ŞTEFAN CURESCU	ŞEF SECŢIE
31.	RADIOTERAPIE	DR. IONIŢĂ IULIA	ŞEF SECŢIE
32.	RECUPERARE, MEDICINĂ FIZICĂ ŞI BALNEOLOGIE	CONF. DR. RĂZVAN DRĂGOI	ŞEF SECŢIE
33.	SERV. ANATOMIE PATOLOGICĂ I	CONF. DR. FLAVIA BADERCA	ŞEF ANATOMIE PATOLOGICĂ
34.	SERV. ANATOMIE PATOLOGICĂ II	DR. MOLDOVAN MIHAELA	ŞEF ANATOMIE PATOLOGICĂ
35.	U.P.U.	PROF. DR. MEDERLE OVIDIU	ŞEF SECŢIE
J.	COMPARTIMENT AUDIT INTERN	EC. GAŞPAR VICTORIA	ŞEF COMPARTIMENT
37.	COMP. JURIDIC	CJ. ADELIN FODOR	ŞEF SERV.
38.	S.P.I.A.A.M.	DR. ONEŢ DELIA	ŞEF SERV.
39.	P.S.I.+S.S.M.	ING. BORLOVAN DAN	ŞEF SERV.
40.	SERV. ACHIZIŢII PUBLICE, CONTRACTE	EC. JIAN ELISABETA BEATRICE	ŞEF SERV.
41.	SERV. ADMINISTRATIV	ING. SZEKELY ALEXANDRU	ŞEF SERV.
42.	SERV. APROVIZIONARE	EC. MANGRA GEORGETA	ŞEF SERV.
43.	SERV. CONTABILITATE	EC. ŞANDOR MIHAELA	ŞEF SERV.
44.	SERV. FINANCIAR	EC. BOLDIŞ ROXANA	ŞEF SERV.
45.	S.M.C.	EC. VOICULESCU VIORICA	ŞEF SERV.
46.	SERV. R.U.N.O.S.	ING. PĂDURARU FLORICA DANIELA	ŞEF SERV.
47.	SERV. STATISTICĂ MEDICALĂ	DR. GIEA LUCIA	ŞEF SERV.
48.	SERV. TEHNIC	ING. CONSTANTINESCU DAN	ŞEF SERV.
49.	COMP. DE DEZVOLTARE ŞI FINANŢĂRI EXTERNE	PSIH. ARTAN ANDRADA	ŞEF SERV.
50.	SERV. INFORMATICĂ	ING. ADINA MUNTEANU	ŞEF SERV.

LISTA RESPONSABILILOR CU ASIGURAREA SI IMBUNATATIREA CALITATII SERVICIILOR DE SANATATE SI SIGURANTEI PACIENTILOR DESEMNATI DE SEFUL DE STRUCTURA

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	SECŢIE/COMPARTIMENT/ SERVICIU/LABORATOR/FARMACIE	FUNCTIA
1	DR. FLOREA INES	A.T.I + U.T.S. I	MEDIC
2	DR. HORVATH ANAMARIA	A.T.I + U.T.S. II	MEDIC
3	AS. IOVAN CORNELIA	BLOC OPERATOR I	ASISTENT
4	CONF. DR. IANES EMILIA	BLOC OPERATOR II	MEDIC
5	DR. MOT IOAN CRISTIAN	BLOC OPERATOR III	MEDIC
6	DR. BUZESCU MANUELA	BLOC OPERATOR IV	MEDIC
7	DR SIMION DUMITRU MIRCEA	BLOC OPERATOR V	MEDIC
8	DR. LUMINITA VELCEAN	CARDIOLOGIE	MEDIC
9	DR. ISTODOR ALIN	CHIRURGIE GENERALA I	MEDIC
10	DR. RADULESCU CARMEN	CHIRURGIE GENERALA II - ONCOLOGICA	MEDIC
11	DR. BANU ANCUŢA	CHIRURGIE ORALA SI MAXILO-FACIALA	MEDIC
12	DR. MIRON IRIS	CHIRURGIE TORACICA	MEDIC
13	DR. ZAMFIR FLORICA	DERMATOVENEROLOGIE	MEDIC
14	FARM. DREVA ANA	FARMACIA NR 1	FARMACIST
15	FARM. CAMELIA FLOREA	FARMACIA NR 2	FARMACIST
16	AS. FRĂŢII VIOLETA	FARMACIA NR 2 ODOBESCU	ASISTENT
17	AS. CIUMAŞIU CRENGUŢA	GASTROENTEROLOGIE	ASISTENT
18	AS AVU CORINA	GERIATRIE SI GERONTOLOGIE	ASISTENT
19	DR. GHILIEZAN FLORICA	HEMATOLOGIE	MEDIC
20	CHIM. CAMELIA ARDELEAN	LABORATOR DE ANALIZE MEDICALE	CHIMIST
21	DR. OANA CRISTINA SĂRĂCIN	LABORATOR DE RADIOLOGIE SI IMAGISTICA MEDICALA	MEDIC
22	DR. LIANA ROXANA COCEALĂ	MEDICINA INTERNA	MEDIC
23	DR. KOVACS LIGIA	MEDICINA MUNCH	MEDIC
24	DR. TUNESCU MIHAELA	NEONATOLOGIE	MEDIC
25	PROF. DR. BALICA NICOLAE CONSTANTIN	O.R.L.	MEDIC
26	DR. MUNTLEAN LAURA	OBSTRETICA-GINECOLOGIE I	MEDIC
27	DR SIMION DUMITRU MIRCEA	OBSTRETICA-GINECOLOGIE II	MEDIC
28	DR. DĂRĂMBANŢI LAURA	OBSTRETICA-GINECOLOGIE III	MEDIC
29	DR. ŞERBAN DENIS	OBSTRETICA-GINECOLOGIE IV	MEDIC
30	DR. PREDĂ MARIA-ALEXANDRA	OFTALMOLOGIE	MEDIC
31	DR. BORBORA RĂZVAN DANIEL	ONCOLOGIE MEDICALA	MEDIC
12	DR. BULZA LUMINITA	RADIOTERAPIE	MEDIC
33	DR. RĂZVAN GABRIEL DRĂGOI	RECUPERARE, MEDICINA FIZICA SI BALNEOLOGIE	MEDIC
34	DR. RASCI SIMONA	SERVICIUL DE ANATOMIE PATOLOGICA I	MEDIC
35	DR. DINULESCU TEODORA	SERVICIUL DE ANATOMIE PATOLOGICA II	MEDIC
36	DR BOSS ALEXANDRA	UPU	ASISTENT
37	C.J. VERUZAB ALINA	COMPARTIMENT JURIDIC	CONSILIER JURIDIC
38	ING. BORTLOVAN DAN	P.S.I.	INGINER
39	DR. TRINŢĂ BOGDAN	S.P.I.A.M.	MEDIC
40	ING. BORTLOVAN DAN	S.S.M.	INGINER
41	EC. CONSTANTIN DIANA	SERVICIUL ACHIZITII	ECONOMIST
42	DAMIAN CARMEN	SERVICIUL ADMINISTRATIV	REFERENT
43	EC. SIMONA OPREA	SERVICIUL APROVIZIONARE	ŞEF SERVICIU
44	EC. JEBELLEAN MARIA	SERVICIUL CONTABILITATE	ECONOMIST
45	EC. POPOVICI LIVIA	SERVICIUL FINANCIAR	ECONOMIST
46	EC. ISTRATE CRISTINA	SERVICIUL MANAGEMENTUL CALITATII	ECONOMIST
47	EC. VICZE ANTONETA	SERVICIUL R.U.O.N.S.	ECONOMIST
48	AS. BALĂŞA CALUDIA	SERVICIUL STATISTICA MEDICALA	ASISTENT
49	ING. FLORIN CONSTANTIN	SERVICIUL TEHNIC	INGINER
50	EC. MARINESCU EUGEN VLAD	COMP. DEZVOLTARE SI FINANTARI EXTERNE	ECONOMIST
51	EC. GASPAR VICTORIA	COMPARTIMENTUL AUDIT INTERN	ECONOMIST
52	ING. GHEORGHIOU CĂTĂLIN	SERV. INFORMATICA	INGINER

ART. 3 – ATRIBUȚIILE ȘI RESPONSABILITĂȚILE COMISIEI SUNT URMĂTOARELE:

- a) Face propuneri privind obiectivele și activitățile cuprinse în *Planul anual al managementului calității și siguranței pacienților*, pe care le supune analizei Consiliului medical. În acest sens, se asigură că recomandările cele mai pertinente de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților se regăsesc în planul de îmbunătățire a calității, funcție de fondurile financiare la dispoziție;
- b) Înaintează Consiliului medical propuneri privind programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice fiecărei secții, laborator etc. și a standardelor de calitate;
- c) Asigură mecanismele de relaționare a tuturor structurilor unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității, fiind în acest sens obligat să facă propuneri fundamentate legal;
- d) Face propuneri fundamentate care susțin implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de MANAGER (prin planul strategic și/sau planul de management);
- e) Analizează neconformitățile constatate în derularea activităților de către oricare dintre membrii *Comisiei* și propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun;
- f) Identifică activitățile critice care pot determina întârzieri în realizarea obiectivelor din *Planul anual al managementului calității și siguranței pacienților*, și face propuneri în vederea sincronizării acestora;
- g) Prin membrii săi, pune la dispoziția S.M.C. informațiile necesare întocmirii analizei modului de respectare a termenelor de realizare a activităților în vederea identificării cauzelor de întârziere și adoptării măsurilor în consecință;
- h) Susține în permanență S.M.C. în atingerea obiectivelor / activităților care privesc: re acreditarea spitalului, monitorizarea post-acreditare, implementarea și dezvoltarea continuă a conceptului de "Calitate";
- i) Asigură prin membrii săi, difuzarea către întreg personalul spitalului a informațiilor privind stadiul implementării sistemului de management al calității, precum și a măsurilor de remediere/înlăturare a deficiențelor constatate;
- j) Pune la dispoziția S.M.C. informațiile necesare întocmirii de autoevaluări pentru monitorizarea implementării managementului calității și urmărește ca rezultatele acestora să fundamenteze măsurile de îmbunătățire a calității serviciilor, adoptate la nivelul spitalului;
- k) Propune anual sau ori de câte ori se constată necesar S.M.C, să evalueze punctual, nivelul de conformitate a respectării unor proceduri și protocoale aprobate, de la nivelul tuturor sectoarelor de activitate din spital, în a căror implementare s-au constatat neregularități;
- l) Sprijină S.M.C. în asigurarea permanentă a fluenței comunicării inter-instituționale, în scopul urmăririi de către A.N.M.C.S. a conformității spitalului cu cerințele standardelor de acreditare și cu celelalte prevederi legale aplicabile pe toata durata de valabilitate a acreditării, asigurând în acest sens desfășurarea în bune condiții a activităților impuse prin Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 298/2020 pentru aprobarea "*Metodologiei de monitorizare a unităților sanitare acreditate*";
- m) Face propuneri privind participarea anuală a propriilor membrii, la minim un curs, forum, conferință sau altă formă de pregătire profesională organizată sub egida A.N.M.C.S., care are ca subiect managementul calității serviciilor de sănătate și/sau privind auditul clinic/intern, pe care le înaintează comandantului în vederea luării de decizii;
- n) Face propuneri privind luarea măsurilor necesare în vederea respectării principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate de către spital și se preocupă de implementarea și dezvoltarea și armonizarea mediului ambiantal (cultura organizațională) și culturii calității în *Spital*, având în

- acest sens obligația de a aviza Codul de conduită existent la nivelul spitalului, precum și eventualele modificări/completări la acesta;
- o) În baza "Raportului intermediar de etapă de monitorizare", a "Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare" și a "Raportului final de etapă de monitorizare" transmise spitalului de către responsabilul zonal cu monitorizarea – nominalizat de către A.N.M.C.S., sprijină S.M.C. în vederea întocmirii de către acesta a "Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare" și urmărirea remedierii tuturor neconformităților.
- p) În situația producerii unor evenimente adverse la nivelul spitalului, face propuneri de nominalizare de către seful de structură a personalului care face parte din comisia de cercetare a respectivelor evenimente, în funcție de natura evenimentului și de locația în care s-au produs acestea. După emiterea de către comisiile de cercetare a evenimentelor adverse a rapoartelor de analiză a cauzelor care au dus la apariția respectivelor evenimente, face propuneri concrete în vederea implementării măsurilor pentru prevenirea repetării lor;
- q) Monitorizează condițiile de obținere/menținere a tuturor certificatelor de calitate specifice activităților desfășurate în toate sectoarele de activitate ale spitalului, astfel cum sunt acestea menționate în Lista de verificare nr. 01 - Autorizări și certificări ale calității și, face propuneri concrete în acest sens către Consiliul medical;
- r) Analizează anual propunerile formulate de către S.M.C. privind tematica pentru instruirea angajaților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului, diferențiată pe categorii de personal, în scopul prioritizării acestora;
- s) Analizează anual propunerile formulate de către persoana desemnată de către manager să desfășoare activitatea de informare și relații publice, în ceea ce privește conținutul programului de pregătire pentru îmbunătățirea comunicării personalului spitalului cu pacienții/ însoțitorii/aparținătorii;
- t) Asigură interfața necesară elaborării de protocoale/ințelegeri scrise între secții privind asistența medicală, consultului interdisciplinar, etc.;
- u) Face propuneri concrete privind asigurarea cu resurse de către conducerea spitalului pentru realizarea fiecărui obiectiv din programul de management al calității și siguranței pacienților;
- v) Realizează anual analiza obiectivității evaluării nivelului de satisfacție al pacienților prin utilizarea chestionarelor de satisfacție, pe care o transmite Consiliului medical;
- w) Monitorizează modul de implementare a recomandărilor S.M.C. pentru eficientizarea activităților și proceselor derulate în spital;
- x) Identifică procesele din organizație și disfuncțiile produse în desfășurarea acestora, întocmind propuneri fezabile de remediere a neajunsurilor constatate;
- y) Analizează conținutul standardelor, criteriilor, certințelor și indicatorilor prevăzuți de Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 35/2018 și stabilește care este drumul de parcurs pentru a atinge cel mai înalt grad de conformitate cu acestea/aceștia, raportat la resursele aflate la dispoziția spitalului, condițiile concrete și prioritățile de etapă existente, stabilind în acest sens obiectivele, activitățile, resursele și termenele de realizare cu responsabilități de implementare a propunerilor formulate;
- z) Coordonează elaborarea documentației aferente procesului de evaluare și acreditare împreună cu S.M.C.
- aa) În situația analizei unor indicatori, îndeosebi a celor comuni mai multor liste de verificare:
- i. Stabilește un mod de acțiune comun pentru toate structurile care implementează respectivii indicatori;
- ii. Stabilește modul de monitorizare și evaluare a derulării proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite;

- iii. Stabilește documentația necesară asigurării trasabilității proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite, eliminând documentele și înscrisurile redundante și inutile;
 - iv. Identifică activitățile pentru care este necesar să se elaboreze proceduri de sistem sau operaționale, pentru a asigura omogenitatea modului de acțiune;
 - v. Identifică actele medicale pentru care se consideră că este necesară elaborarea de protocoale de diagnostic și tratament;
 - vi. Stabilește proceduri de monitorizare a eficacității și eficienței procedurilor și protocoalelor;
 - vii. Stabilește echipele care vor elabora aceste documente. Acestea vor fi formate din personalul implicat în aplicarea acestor proceduri/protocoale;
 - viii. Stabilește circuitul documentelor, având în vedere siguranța și securitatea informațiilor;
 - ix. Asigură implementarea, conștientizarea și asumarea procedurilor, protocoalelor promovate;
- bb) În perioada de previzită din etapa de de evaluare (coordonată de către *Comisia de evaluare a spitalului*⁴ nominalizată prin Ordin al președintelui A.N.M.C.S.), *Comisia* pune la dispoziția S.M.C toate documentele/informațiile necesare a fi încărcate în aplicația CaPeSaRo, documentele obligatorii solicitate, precum și a eventualelor documente suplimentare necesare desfășurării procesului de evaluare și acreditare:
- cc) Pe timpul vizitei propriu-zise la spital a *C.E.* nominalizată prin Ordin al președintelui A.N.M.C.S., membrii *Comisiei* au următoarele obligații:
- i. să participe la ședințele de deschidere, informare zilnică și informare finală;
 - ii. se pun de acord în ceea ce privește programul de evaluare împreună cu membrii *C.E.* pentru a nu perturba buna desfășurare a activității spitalului;
 - iii. pun la dispoziție toate documentele necesare validării conformității cu indicatorii, cerințele și criteriile standardelor de acreditare, asigurând o cooperare pro-activă cu membrii *C.E.*;
 - iv. transmit secretarului *C.E.* toate documentele solicitate în format scris sau electronic;
 - v. gestionează și aplanează eventualele situații tensionate determinate de vizita *C.E.*
- dd) În perioada de postvizită din etapa de de evaluare, face propuneri privind formularea de către spital, în scris, în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea proiectului de raport de evaluare, a obiecțiilor cu privire la unele aspecte cuprinse în acesta, dacă este cazul;
- ee) După elaborarea de către membrii *C.E.* a raportului de evaluare și comunicarea acestuia către spital, face propuneri concrete de remediere a deficiențelor semnalate în respectivul raport.

ART.4 ÎN VEDEREA ÎNDEPLINIRII ATRIBUȚIILOR PROPRII, COMISIA, VA AVEA ÎN VEDERE ÎN PERMANENȚĂ:

- a) creșterea calității serviciilor și siguranței pacienților;
- b) implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital;
- c) implementarea și menținerea conformității sistemului de management al calității cu cerințele specifice;
- d) dezvoltarea continuă a sistemelor de management al calității.

ART. 5(1) *Comisia* se întrunește, de regulă, lunar, în ședință ordinară, pentru promovarea/ implementarea/ dezvoltarea sistemelor de management al calității și a îmbunătățirii stadiului de implementare al acestora.

(2) La ordinul MANAGERULUI sau la solicitarea SMC *Comisia* se întrunește în ședințe extraordinare, ori de câte ori este nevoie, pentru soluționarea unor situații neconforme care determină diminuarea calității serviciilor și siguranței pacienților.

⁴ Denumită în continuare: C.E.

**MANAGEMENTUL CALITĂȚII,
ȘEF SERV. EC. VOICULESCU VIORICA**

ART. 9 – Toate materialele elaborate în cadrul ședințelor *Comisiei*, precum și cele care au fost prezentate în cadrul acestora, vor fi gestionate, înregistrate și arhivate conform prevederilor legale aplicabile la nivelul *Spitalului*, de către secretarul *Comisiei*.

„01.03.03.01 - Armonizarea relațiilor dintre diferitele niveluri ale managementului *Spitalului* și angajați se realizează prin implicarea angajaților în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuțiilor, respectând mecanismele de dialog social” prevăzută în Anexa la *Ordinul ministrului sănătății nr. 46/2017*, procesul-verbal de ședință va fi postat pe serverul *Spitalului* în folderul dedicat *Comisiei*, prin mijlocul secretarului acesteia.

(2) În scopul luării la nivelul *Spitalului* a măsurilor necesare de implementare a Cerinței în conformitate cu legislația în vigoare

ART. 8 (1) Luările în discuție se vor consemna într-un Proces-verbal de ședință, tehnoredactat, prin grija secretarului *Comisiei*, care va fi înaintat MANAGERULUI, în vederea luării măsurilor ce se impun în conformitate cu legislația în vigoare

(2) Deciziile *Comisiei* se iau cu majoritatea simplă.

ART. 7 (1) *Comisia* este legal întrunită dacă sunt prezente jumătate plus unul din totalul membrilor acesteia.

ședințelor ordinar, în acest sens având obligația de a contacta secretarul *Comisiei*, anterior termenului stabilit la alin. (1).

(2) Oricare dintre membrii *Comisiei* poate contribui cu propuneri la stabilirea ordinii de zi a ședințelor ordinare, în acest sens având obligația de a contacta secretarul *Comisiei*, anterior termenului stabilit la alin. (1).

ART. 6 (1) Ordinea de zi a ședințelor ordinar, precum și eventualele documente care urmează a fi discutate în cadrul ședințelor, se postează pe adresa internă a unității dedicat *Comisiei*, de regulă, cu un timp înainte de ședință, prin grija secretarului *Comisiei*, pentru a da posibilitatea membrilor acesteia să pregătească materialele necesare a fi discutate în cadrul ședințelor.