



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE  
URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI

PROCEDURA OPERAȚIONALĂ  
PO MC 11

Ediția: 2

Revizia: 0

Pagina 1 din 19

AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR

Exemplar nr. 1

# AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR

PO. MC.11/Ed.2 Rev.0/Data 15.06.2022

Nr. crt.	Elemente privind responsabilii/ operațiunea	Numele și prenumele	Funcția	Data	Semnătura
	1	2	3	4	5
1.1.	Revizuit	Ing. Georgeta Ifrim	Referent SMCSS	20.05.2022	
1.2.	Verificat	Ing. Paula Cucu	R.M.C.	23.05.2022	
1.3.	Verificat	Cons. Jur. Ada Șorănescu	Șef Birou Juridic	25.05.2022	
1.4.	Verificat	Dr. As. Med. Cristina Chiriac	Director Îngrijiri	25.05.2022	
1.5.	Verificat	Conf.Univ.Dr.Lidia Ionescu	Director Medical	10.06.2022	
1.6.	Aprobat si Avizat	Prof.Univ. Dr.Daniel Timofte	Manager, Președinte Comisia de Monitorizare	15.06	





SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE  
URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI

PROCEDURA OPERAȚIONALĂ  
PO MC 11

Ediția: 2

Revizia: 0

Pagina 2 din 19

AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR


Exemplar nr. 1

FORMULAR DE EVIDENȚĂ A MODIFICĂRILOR

Nr. crt.	Ediția sau, după caz, revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei (descrierea modificării)	Responsabil elaborare/ revizuire (nume, prenume, funcție)	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
	1				
2.1.	Ediția I, revizia 0	x	Ediție inițială	Ec. Irina Alistar	-
2.2	Ediția II, revizia 0	x	-S-a aplicat formatul codului de control intern/managerial (Ordinului nr.600\2018 ) - Completare cu riscuri și indicatori de monitorizare a procedurii; Completare definiții, Actualizare cadru legislativ, completare generalități, completare atribuții	Ing. Georgeta Ifrim j. Emanuel Calance	15.06.2022

CUPRINS

1. SCOPUL PROCEDURII .....	3
1.2. Riscuri identificate .....	3
2. DOMENIUL DE APLICARE A PROCEDURII .....	3
3. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ .....	4
4. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI ALE TERMENILOR UTILIZAȚI ÎN PROCEDURA .....	5
5. DESCRIEREA PROCEDURII .....	7
6. DOCUMENTE UTILIZATE.....	9
7. RESURSE NECESARE .....	10
8. MODUL DE LUCRU .....	10
8.7. INDICATORI DE EFICIENȚĂ ȘI EFICACITATE.....	10
9. RESPONSABILITĂȚI.....	11
10. ANEXE, INREGISTRARI.....	12
12.LISTA DE DIFUZARE .....	18

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI</p>	<b>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO MC 11</b>	<b>Ediția: 2</b>
	<b>AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR</b>	Revizia: 0 Pagina 3 din 19
		Exemplar nr. 1

## 1. SCOPUL PROCEDURII

### 1.1. Scop general

- Prezenta procedura are drept scop descrierea modului de autoevaluare a calității serviciilor prestate în Spitalului Județean de Urgență "Sfântul Spiridon" Iași ;
- Asigură continuitatea activității, inclusiv în condiții de fluctuație a personalului;
- Da continuitatea activității, inclusiv în condiții de fluctuație a personalului ;
- Sprijină auditul și/ sau alte organisme abilitate în acțiuni de auditare și/sau control, iar pe manager, în luarea deciziilor.

### 1.2. Riscuri identificate

- Nerespectarea în totalitate a prezentei proceduri de către personalul angajat ;
- Abordarea necorespunzătoare a activității de autoevaluare a calității serviciilor medicale;
- Omiterea respectării structurii Raportului de Autoevaluare conform prezentei proceduri;
- Redactarea incompletă a Raportului de Autoevaluare.
- Netransmiterea rapoartelor de autoevaluare a activității fiecărei structuri în termenele stabilite .

## 2. DOMENIUL DE APLICARE A PROCEDURII

### 2.1. PRECIZAREA (DEFINIREA) ACTIVITĂȚII LA CARE SE REFERĂ PROCEDURA FORMALIZATĂ

Prevederile prezentei proceduri se aplică în toate sectoarele de activitate ale Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași, respectiv de către persoanele desemnate șefi de secții clinice /compartiment/servicii ( sector medical și TESA ) ale unitatii.

### 2.2. DELIMITAREA EXPLICITĂ A ACTIVITĂȚII PROCEDURATE ÎN CADRUL PORTOFOLIULUI DE ACTIVITĂȚI DESFĂȘURATE DE ENTITATEA PUBLICĂ

Activitatea implică:

- Stabilirea responsabilităților celui care efectuează autoevaluarea;
- Existența acestor responsabilități în fișele de post corespunzătoare funcției.

### 2.3. ACTIVITĂȚI DE CARE DEPINDE ACTIVITATEA PROCEDURATĂ:

- instruirea personalului,
- autoevaluarea personalului,
- funcționarea programului informatic.

Activități care depind de activitatea procedurată:

- acordarea atenției cuvenite acestei autoevaluări.

### 2.4. STRUCTURI CARE INFLUENȚEAZĂ ACTIVITATEA PROCEDURATĂ:


- Consilii. Servicii, secții clinice

### 2.5. STRUCTURI BENEFICIARE DE REZULTATE:

- șefii de structuri/servicii/secții clinice/
- conducerea

Acest document conține informații și date ce sunt proprietatea Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon", Iași.

**UZ INTERN**

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI</p>	<b>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO MC 11</b>	<b>Ediția: 2</b>
	<b>AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR</b>	Revizia: 0 Pagina 4 din 19
		Exemplar nr. 1


### 3. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

#### 3.1. LEGISLAȚIE PRIMARĂ

- **SR CEN/TS 15224:2007** - Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001;
- **SR EN ISO 9001** Sisteme de management al calității;
- **Legea nr 46/2003**-privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare ;
- **Legea 95/2006** - privind reforma în domeniul sănătății cu modificări și completări ulterioare;
- **OMS nr. 1312/250/2020** privind organizarea și funcționarea structurii de management al calității serviciilor de sănătate în cadrul unităților sanitare cu paturi și serviciilor de ambulanță, în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;
- **Ordinul Secretarului General al Guvernului nr.600/2018** pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;
- **REGULAMENT (UE) Nr. 679/2016** - privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor);
- **CODUL CIVIL** Republicat - Secțiunea a 3-a Respectul vieții private și al demnității persoanei umane;

#### 3.2. LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

- **H.G. Nr. 696/2021** - pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022;;
- **Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1068/627/2021** - privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022;
- **LEGE Nr. 185/2017** - privind asigurarea calității în sistemul de sănătate;
- **Ordinul nr. 446/2017** privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;
- **ORDINUL M.S. nr. 1782/2006** - privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu toate modificările și completările ulterioare;
- **ORDIN Nr. 919/2006** - privind aprobarea normelor metodologice de înregistrare, stocare, prelucrare și transmitere a informațiilor legate de activitatea spitalului;
- **ORDIN Nr. 1.384/2010** privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public;
- **ORDIN Nr. 921/2006** - pentru stabilirea atribuțiilor comitetului director din cadrul spitalului public;

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI</p>	<b>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO MC 11</b>	<b>Ediția: 2</b>
		Revizia: 0 Pagina 5 din 19
	<b>AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR</b>	Exemplar nr. 1

- **ORDIN Nr. 320/2007** - privind aprobarea conținutului Contractului de administrare a secției/laboratorului sau serviciului medical din cadrul spitalului public;
- **ORDIN Nr. 298/2020** - pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;
- **ORDIN Nr. 1.501/2016** - privind aprobarea implementării mecanismului de feedback al pacientului în spitalele publice, modificat de Ordinul 1399/2021;
- **Ordin MS nr. 1376/2016** - pentru aprobarea Planurilor regionale de servicii de sănătate;
- **ORDIN Nr. 1.567/2007** - privind aprobarea valorilor medii naționale ale indicatorilor de performanță ai managementului spitalului;
- **Ordonanța Guvernului nr. 119/1999** - privind controlul intern/managerial și controlul financiar preventiv, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- **ORDIN Nr. 921/2006** - pentru stabilirea atribuțiilor comitetului director din cadrul spitalului public;

### 3.3. REGLEMENTĂRI INTERNE ale entității publice

- SR EN ISO 9001:2015 „Sisteme de management al calității. Cerințe.”
- Manualul calitatii;
- Regulamentul Intern;
- **ORDINUL nr. 836/2020** - pentru aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare al Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;
- Regulament de organizare și de lucru a Comisiei pentru monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a dezvoltării sistemului de control managerial;
- Codul de Conduită Etică și Profesională al personalului contractual din Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași, ed. 2021;
- Fise post.

## 4. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI ALE TERMENILOR UTILIZAȚI ÎN PROCEDURA


### 4.1. DEFINIȚII ALE TERMENILOR

**Procedura operațională** - Prezentarea formalizată și detaliată, în scris, a tuturor pașilor ce trebuie urmați, modalitățile de lucru și regulile de aplicat pentru realizarea activităților și acțiunilor, respectiv activitățile de control implementate, responsabilitățile și atribuțiile personalului de conducere și de execuție din cadrul entității publice;

**Ediția a unei proceduri operaționale** - Forma inițială sau actualizată, după caz, a unei proceduri operaționale, aprobată și difuzată;

**Evaluarea internă (autoevaluarea) de către spital** - constă în analiza serviciilor oferite, a indicatorilor de performanță și monitorizare și comunicarea către A.N.M.C.S.a concluziilor acesteia, precum și a altor informații specifice cerute de către A.N.M.C.S. pe tot parcursul procesului de evaluare.

**Autoevaluarea controlului intern** - un proces în care eficacitatea controlului intern managerial este examinată și evaluată, în scopul furnizării unei asigurări rezonabile că toate obiectivele entității publice vor fi realizate.

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI</p>	<b>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO MC 11</b>	<b>Ediția: 2</b>
	<b>AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR</b>	Revizia: 0 Pagina 6 din 19
		Exemplar nr. 1

**Compartiment** - direcție generală, direcție, departament, serviciu, birou, comisii, inclusiv instituție/structură fără personalitate juridică aflată în subordinea, în coordonarea, sub autoritatea entității.

**Coordonare** - armonizarea deciziilor și a acțiunilor componentelor structurale ale entității publice pentru a se asigura realizarea obiectivelor acesteia.

**Control intern managerial** - ansamblul formelor de control exercitate la nivelul entității publice, inclusiv auditul intern, stabilite de conducere în concordanță cu obiectivele acesteia și cu reglementările legale, în vederea asigurării administrării fondurilor în mod economic, eficient și eficace; acesta include, de asemenea, structurile organizatorice, metodele și procedurile. Sintagma "control intern managerial" subliniază responsabilitatea tuturor nivelurilor ierarhice pentru ținerea sub control a tuturor proceselor interne desfășurate pentru realizarea obiectivelor generale și a celor specifice.

**Economicitate** - minimizarea costului resurselor alocate pentru atingerea rezultatelor estimate ale unei activități, cu menținerea calității corespunzătoare a acestor rezultate.

**Eficacitate** - gradul de îndeplinire a obiectivelor programate pentru fiecare dintre activități și raportul dintre efectul proiectat și rezultatul efectiv al activității respective.

**Eficiența** - maximizarea rezultatelor unei activități în relație cu resursele utilizate.

**Evaluare** - funcție managerială care constă în compararea rezultatelor cu obiectivele, depistarea cauzală a principalelor abateri (pozitive și negative) în vederea luării unor măsuri cu caracter corectiv sau preventiv (potrivit Ordinului SSG nr. 600/2018).

**Indicator** - expresie numerică ce caracterizează din punct de vedere cantitativ sau calitativ un proces sau îi definește evoluția.

**Indicator de performanță** - instrument de evaluare a performanței care ilustrează gradul de atingere a unui obiectiv stabilit.

**Măsuri de control** - acțiuni stabilite pentru gestionarea riscurilor și monitorizarea permanentă sau periodică a unei activități, a unei situații ș.a.

**Misiunea entității** - precizează scopul entității și legitimitatea existenței sale în mediul înconjurător, contribuind la crearea imaginii interne și externe a entității.

**Monitorizare** - activitatea continuă de colectare a informațiilor relevante despre modul de desfășurare a procesului sau a activității.

**Monitorizarea performanțelor** - supravegherea, urmărirea, de către conducerea entității publice, prin intermediul unor indicatori relevanți, a performanțelor activităților aflate în coordonare și pentru a identifica eventualele abateri de la țintele stabilite și luarea măsurilor de corecție.


**Neregulă** - orice abatere de la legalitate, regularitate și conformitate în raport cu dispozițiile naționale, europene și/sau internaționale.

**Obiective** - efectele pozitive pe care conducerea entității publice încearcă să le realizeze sau evenimentele/efectele negative pe care conducerea încearcă să le evite.

**Responsabilitate managerială** - definește un raport juridic de obligație a îndeplinirii sarcinilor de către conducătorul entității publice sau al unui compartiment al acesteia, care presupune să exercite managementul în limitele unor determinări interne și externe, în scopul realizării eficace, eficiente și în conformitate cu dispozițiile legale a obiectivelor stabilite, să comunice și să răspundă pentru neîndeplinirea obligațiilor manageriale în conformitate cu răspunderea juridică. Răspunderea managerială derivă din responsabilitatea conducătorului pentru toate cele cinci componente ale controlului intern managerial în sectorul public: mediul de control, performanțe și managementul riscului, activități de control, informare și comunicare, evaluare și audit.

*Acest document conține informații și date ce sunt proprietatea Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon", Iași.*

**UZ INTERN**

 <b>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI</b>	<b>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO MC 11</b>	<b>Ediția: 2</b>
	<b>AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR</b>	Revizia: 0 Pagina 7 din 19
		Exemplar nr. 1

**Strategie** - ansamblul obiectivelor majore ale entității publice pe termen lung, principalele modalități de realizare, împreună cu resursele alocate, în vederea obținerii avantajului competitiv potrivit misiunii entității. Strategia presupune stabilirea obiectivelor și priorităților organizaționale (pe baza previziunilor privind mediul extern și capacitățile entității) și desemnarea planurilor operaționale prin intermediul cărora aceste obiective pot fi atinse.

#### 4.2. ABREVIERI

Nr. crt.	Abrevierea	Termenul abreviat
1.	PL	Procedura de lucru
2.	E	Elaborare
3.	V	Verificare
4.	A	Aprobare
5.	Ap.	Aplicare
6.	Ah.	Arhivare
7.	MP	Manualul de procese
8.	CNAS	Casa Nationala de Asigurari de Sanatate
9.	PV	Proces verbal
10.	CM	Comisia de Monitorizare
11.	CD	Comitetul Director
12.	RMC	Reprezententul Managementului Calitatii
13.	SMCSS	Serviciul de management al calității serviciilor de sanatate
14.	FOCG	Foaie de observatie clinica generala
15.	PMC	Plan de Masuri Corective
16.	EAAAM	Eveniment advers asociat asistenței medicale


#### 5. DESCRIEREA PROCEDURII

##### 5.1 GENERALITATI

**Sistemul de control intern managerial** al oricărei entități publice operează cu o diversitate de procedee, mijloace, acțiuni, dispoziții, care privesc toate aspectele legate de activitățile entității, fiind stabilite și implementate de conducerea entității pentru a-i permite deținerea unui bun control asupra funcționării entității în ansamblul ei, precum și a fiecărei activități/operațiuni în parte.

În acest sens, entitățile publice care au implementat un sistem de management al calității sau orice alt sistem de management specific domeniului de activitate pot răspunde la cerințele impuse de Codul controlului intern managerial, prin principiile specifice sistemului de management implementat, cu condiția ca acele principii să fie aplicate unitar la nivelul întregii entități publice.

Acest fapt este evidențiat în operațiunea de evaluare a sistemului de control intern managerial prin completarea chestionarului de autoevaluare și explicarea răspunsurilor cu documente justificative specifice sistemului aplicat.

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI</p>	<b>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ</b> <b>PO MC 11</b>	<b>Ediția: 2</b>
	<b>AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR</b>	Revizia: 0 Pagina 8 din 19
		Exemplar nr. 1

Ordinul Secretariatului General nr. 600/2018 reglementează **Evaluarea sistemului de control intern managerial** prin Standardul 15 care descrie cu titlu general, o serie de direcții pentru în zona responsabilității manageriale:

- Conducătorul entității publice atribuie responsabilități de evaluare a controlului intern managerial conducătorilor compartimentelor, elaborând în acest scop politici, planuri și programe.
- Conducătorul entității publice dispune și monitorizează evaluarea controlului intern managerial prin intermediul compartimentelor, în conformitate cu anexele nr. 3 și 4.
- Conducătorul entității publice elaborează, anual, prin asumarea responsabilității manageriale, un raport asupra propriului sistem de control intern managerial.

În același timp se va asigura verificarea și evaluarea în mod continuu a funcționării sistemului de control intern managerial și a componentelor sale, pentru a identifica la timp punctele slabe, respectiv deficiențele controlului intern și pentru a lua măsuri de corectare și/sau eliminare în timp util a acestora.

Cel puțin o dată pe an, se va efectua o verificare și autoevaluare a propriului sistem de control intern managerial, pentru a stabili gradul de conformitate a acestuia cu standardele de control intern managerial.

Conducătorii compartimentelor din cadrul entității publice iau măsuri adecvate și prompte pentru remedierea punctelor slabe, respectiv a deficiențelor identificate în procesul de autoevaluare a sistemului de control intern managerial; aceste măsuri se transpun anual într-un program de dezvoltare a sistemului de control intern managerial.

Tot anual conducătorul entității publice elaborează anual un raport asupra sistemului de control intern managerial, ca bază pentru un plan de acțiune care să conțină zonele vulnerabile identificate, instrumentele de control necesar a fi implementate, măsuri și direcții de acțiune pentru creșterea capacității controlului intern managerial în realizarea obiectivelor entității.

În cazul de față prin prezenta procedura se are în vedere autoevaluarea calității serviciilor prestate în cadrul spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași în conformitate cu legislația și standardele în vigoare. Autoevaluarea serviciilor prestate se realizează la nivelul principalelor structuri ale spitalului.

- Autoevaluarea serviciilor prestate se realizează la nivelul fiecărei secții / compartiment / serviciu (sector medical și TESA);
- Fiecare structură este obligată să-și autoevalueze serviciile prestate pe baza indicatorilor realizați, comparativ cu indicatorii propuși (indicatorii de management asumați) spre îndeplinire în sectorul de activitate respectiv.;
- Semestrial, fiecare structură va prezenta sefului direct un raport scris asupra serviciilor prestate și a indicatorilor realizați, comparativ cu indicatorii propuși spre îndeplinire în sectorul de activitate respectiv.


## 5.2 STABILIREA OBIECTIVELOR

Obiectivele propuse de consilii (Consiliul de administrație, Consiliul medical, Managementul calității, Consiliul de etică) sunt la nivel general și la nivelul fiecărei structuri organizatorice sau secție clinică, urmărind cel puțin următoarele direcții:

- îngrijirea medicală ;
- cercetare ;
- sistem informațional;

*Acest document conține informații și date ce sunt proprietatea Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon", Iași.*

**UZ INTERN**

 <b>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI</b>	<b>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO MC 11</b>	<b>Ediția: 2</b>
	<b>AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR</b>	Revizia: 0
		Pagina 9 din 19
		Exemplar nr. 1

- dotării (infrastructura);
- proiecte sociale;
- educație medicală continuă.

Punctul de pornire în stabilirea obiectivelor îl reprezintă **analiza SWOT** a activității spitalului.

Pentru fiecare obiectiv se va respecta urmatorul mod tabelar de expunere:

<b>Ațiuni de întreprins</b>	<b>Indicator de performanță</b>	<b>Responsabili</b>	<b>Termen</b>	<b>Resurse</b>  previziunea bugetară / alte surse	<b>Ipoteze posibile care pot apărea în realizarea obiectivului</b>

### 5.3. MONITORIZAREA ACTIVITĂȚII SPITALULUI

Cel puțin o dată pe trimestru consiliile spitalului vor analiza activitatea spitalului urmărind:

- obiectivele sistemului;
- rezultatele auditurilor, controalelor interne, externe;
- feedback-ul de la pacienți;
- performanța proceselor și conformitatea serviciilor medicale prin indicatorii de performanță;
- stadiul acțiunilor corective și preventive;
- acțiuni de urmărire de la analizele anterioare;
- schimbări care ar putea influența activitatea spitalului;
- conformitatea cu cerințele legale și de reglementare;
- recomandări pentru îmbunătățire a activității spitalului propuse de șefii structurilor organizatorice.

Fiecare ședință se va concretiza prin încheierea unui Proces Verbal de sinteză a elementelor discutate, proces verbal care va conține și măsuri punctual propuse pentru implementarea aspectelor analizate.

Pentru fiecare măsură propusă se va respecta urmatorul mod tabelar de expunere:

<b>Sarcina/decizie</b>	<b>Termen</b>	<b>Responsabil</b>	<b>Resurse</b>	<b>Stadiul de realizare</b>

### 5.4. COMUNICAREA INTERNA

Fiecare comisie va comunica tuturor angajaților toate deciziile luate, decizii care privesc activitatea acestora.


Aceste înștiințări se vor realiza în scris cu luare la cunoștință și se vor păstra de către un responsabil desemnat de fiecare secție clinică/ structură / serviciu.

### 6. DOCUMENTE UTILIZATE

- Analize
- Procesele verbale de ședință

*Acest document conține informații și date ce sunt proprietatea Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon", Iași.*

**UZ INTERN**

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI</p>	<b>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO MC 11</b>	<b>Ediția: 2</b>
		<b>AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR</b>
		Revizia: 0 Pagina 10 din 19
		Exemplar nr. 1

## 7. RESURSE NECESARE

### 7.1. Resurse materiale:

- FOCG tipizata;
- Materiale informatice;
- Acces la baza de date, internet;
- Calculatoare, imprimanta;
- Spatiu adecvat de lucru.

### 7.2. Resurse umane:

Personal cu atribuții specifice activității procedurate în desfășurarea activităților din cadrul procedurii.

Fisa postului cu atributii stabilite bine definite pe tipuri de activitati.

### 7.3. Resurse financiare:

Sunt prevăzute în bugetul de venituri și cheltuieli, conform contractului de muncă semnat de către angajat și legislației în vigoare

## 8. MODUL DE LUCRU

**8.1** Autoevaluarea serviciilor prestate se realizeaza la nivelul principalelor structuri ale spitalului.

**8.2.**Fiecare sef a sectorului de activitate este obligat să-și autoevalueze serviciile prestate trimestrial/semestrial/anual.

**8.3.**Fiecare șef va prezenta managerului un raport scris asupra serviciilor prestate și a indicatorilor realizati, comparativ cu indicatorii propusi spre îndeplinire în sectorul de activitate respectiv (număr de servicii realizate, indicatori realizati, observatii, concluzii, solicitări).

**8.4.**Managerul Spitalului, pe baza rapoartelor secțiilor clinice/ structurilor/ comisiilor/compartimentelor, întocmeste raportul de analiză a activității pentru anul respectiv, raport care va fi prezentat Consiliului de Administratie în ședința de analiză a activității.

### 8.5 Difuzarea Si Arhivarea Procedurilor Operationale

După avizare și aprobare, prezenta procedura se va transmite către SMCSS, de unde se va face difuzarea pe rețeaua de intranet a unității sanitare spre difuzare.


Procedurile operaționale se arhivează în cadrul SMCSS.

### 8.6 Instruirea referitoare la prevederile procedurii

Instruirea se va efectua la nivelul fiecărei structuri implicate, de către șefii de structuri pentru personalul din subordine.

### 8.7. INDICATORI DE EFICIENȚĂ ȘI EFICACITATE

- Număr de autoevaluări propuse / număr de autoevaluări efectuate /an;

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI</p>	<b>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO MC 11</b>	<b>Ediția: 2</b>
		Revizia: 0
	<b>AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR</b>	Pagina 11 din 19
		Exemplar nr. 1

- Număr de măsuri propuse/Numar de masuri indeplinite/sectie clinica;
- Număr de masuri indeplinite / număr de autoevaluări efectuate /sectie clinica;
- Numar de persoane instruite/ din numar total de personal implicat in activitatea de autoevaluare;
- Număr de masuri indeplinite / număr de măsuri propuse /an.

## 9. RESPONSABILITĂȚI

### 9.1. MANAGER

- Aprobă prezenta procedura de lucru ;
- Asigura disponibilitatea resurselor necesare ducerii la indeplinire a prevederii prezentei proceduri.
- Dispune măsurile necesare în vederea realizării indicatorilor de performanță a activității asumate prin contractul de management;
- Răspunde de înregistrarea, stocarea, prelucrarea și transmiterea informațiilor legate de activitatea sa, în conformitate cu normele aprobate prin ordin al ministrului sănătății;
- Răspunde de monitorizarea și raportarea datelor specifice activității medicale, economico-financiare, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control, în conformitate cu reglementările legale în vigoare;

### 9.2. COMISIA DE MONITORIZARE/PREȘEDINTELE

- Urmărește aplicarea prevederilor prezentei proceduri.

### 9.3 COMITETUL DIRECTOR

- Aprobă prezenta procedura de lucru ;
- Asigura disponibilitatea resurselor necesare ducerii la indeplinire a prevederii prezentei proceduri;
- 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;

### 9.4. DIRECTOR MEDICAL

- Verifica prezenta procedura;
- Raspunde de respectarea procedurii de catre personalul din subordine;
- Asigura disponibilitatea resurselor necesare ducerii la indeplinire a prevederii prezentei proceduri.
- 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;


### 9.5. SEF BIROU JURIDIC

- Verifica respectarea legalitatii referitoare la elaborarea procedurii.

### 9.6. SEFII DE STRUCTURI (UPU, sectii clinice,compartimente, servicii,birouri,laboratoare, farmacie)

*Acest document conține informații și date ce sunt proprietatea Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon", Iași.*

**UZ INTERN**

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI</p>	<b>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO MC 11</b>	<b>Ediția: 2</b>
	<b>AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR</b>	Revizia: 0
		Pagina 12 din 19
		Exemplar nr. 1

- Raspund de respectarea prezentei proceduri ;
- Intocmirea rapoartelor de autoevaluare la intervalele stabilite conform prezentei proceduri.

#### **9.7 SERVICIUL DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII SERVICIILOR DE SANATATE**

- Evaluează periodic stadiul de implementare a planului de management al calității serviciilor de sănătate și a nivelului de conformitate cu standardele și cu cerințele de monitorizare postacreditare, adoptate de către ANMCS;
- Măsoară și evaluează calitatea serviciilor furnizate de către unitatea sanitară, inclusiv investigarea nivelului de satisfacție a pacienților;
- Coordonează și controlează activitățile de analiză, evaluare și raportare a indicatorilor de monitorizare a conformității la cerințele standardelor ANMCS;
- Monitorizarea, centralizarea, analiza și raportarea către ANMCS a situațiilor legate de producerea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale, precum și a altor informații necesare pregătirii evaluării unității sanitare sau monitorizării nivelului de conformitate cu standardele ANMCS;

#### **10. ANEXE, INREGISTRARI**

**Anexa nr. 1 - RAPORT DE AUTOEVALUARE SECTII CLINICE**

**Anexa nr 2 - STRUCTURA INDICATORILOR DE CALITATE ASUMATI DE SPITAL, RESPECTIV DE SEFII DE SECTII CLINICE ( ca anexa la Contractele de Admnistrare )**



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE  
URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI

**PROCEDURA OPERAȚIONALĂ  
PO MC 11**

Ediția: 2

Revizia: 0

Pagina 13 din 19

**AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR**

Exemplar nr. 1

Anexa nr. 1 - RAPORT DE AUTOEVALUARE SECTII CLINICE

**RAPORT DE ANALIZA**

**1. Se au în vedere la autoevaluare, indicatorii statistici de utilizare (rapoarte statistice, rapoarte DRG, rapoarte indicatori de performanta)**

Analiza pe sectii

<i>Sectia/compartiment</i>	<i>Indicatori în crestere ( sau cu valori bune)</i>	<i>Indicatori în scadere ( sau cu valori slabe)</i>

Discuții.....

Măsuri.recomandate.....

Măsuri.implementate.....

**2. Analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților pe baza rapoartelor și recomandărilor rezultate în urma prelucrării datelor**

Constatări Gradul mediu de satisfacție al pacienților/ aparținătorilor= ( ...%)

Probleme consemnate în chestionare

Discutii.....

Măsuri recomandate.....

**3. Analiza incidentelor si riscurilor terapeutice și infectioase ale activității medicale în secție (dacă a fost cazul), în ceea ce privește:**

- nr. pacienti care au refuzat tratamentul=.....
- nr. de erori de identificare a pacientului=.....
- nr. pacienti cu risc anestezic=.....
- nr. pacienti cu risc operator=....
- nr. incidente intraoperatorii. =....
- nr. de pacienti cu complicatii postoperatorii=....
- nr. pacienti cu reinterventie chirurgicala=....

Discutii.....

Măsuri recomandate.....

**4. Analiza indicatorilor de calitate ai activitatii medicale pe baza rapoartelor Serviciului Statistica**

*a. Indicatori de calitate*

*b. Indicatorii de management ( economico-financiari pe baza rapoartelor intocmite de Serviciul Financiar Contabil – consumuri specifice sectorului de activitate și costuri asociate acestora)*

Acest document conține informații și date ce sunt proprietatea Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon", Iași.

**UZ INTERN**



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE  
URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI

PROCEDURA OPERAȚIONALĂ  
PO MC 11

AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR

Ediția: 2

Revizia: 0

Pagina 14 din 19

Exemplar nr. 1

Discutii.....

Măsuri recomandate/implementate.....

**5. Analiza consumului de medicamente antibiotice la nivel de sectie/medic pe baza raportului consumului lunar de medicamente/ antibiotice de la farmacie.**

Constatări

a. Cele mai costisitoare medicamente utilizate

a. ....

b. ....

c. ....

b. Primele trei antibiotice utilizate la nivel de sectie

a. ....

b. ....

c. ....

c. Tendinta de utilizare este .....

Discutii.....

Măsuri recomandate/implementate.....

**6. Analiza ratei de incidenta si prevalenta a infectiilor nosocomiale in luna anterioara, / masuri de prevenire si control a infectiilor nosocomiale pe baza comunicarii si raportarilor lunare.**

Discutii.....

Măsuri recomandate.....

**7. Analiza modului de completare a FOCG si recomandari**

a. Analiza la nivel de sectie ( sefii de sectii prezinta : cate foi au verificat, ce erori au constatat, ce recomandari au facut)

b. Analiza unui esantion de foi din sectie , aceleasi consemnari

Nr FOCG/ nr FSZ verificate.....

Nr FOCG/ FSZ incomplete.....

Erori.mai..frecvente.....

Discutii.....

Măsuri recomandate.....

**8. Protocoale, ghiduri sau proceduri supuse avizarii Consiliului medical**

Protocoale/ghiduri discutate si aprobate:

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE  
URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI

PROCEDURA OPERAȚIONALĂ  
PO MC 11

AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR

Ediția: 2

Revizia: 0

Pagina 15 din 19

Exemplar nr. 1

**9. Evenimente EAAAM declarate/ Rapoarte analiză EAAAM**

.....  
.....

**10. Diverse (ANALIZA NR. PACIENȚI INTERNAȚI PROGRAMAȚI/NR. PACIENȚI INTERNAȚI/AN; analiza semestrială a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice și măsuri adoptate**

.....

Măsuri propuse.....

.....

**11. Obiective strategice analizate periodic:**

.....

Discuții:.....

.....

**12. Incidente /accidente de muncă**

.....

Discuții:.....

.....

Măsuri propuse.....

.....

Șef Secție Clinică.....



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE  
URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI

PROCEDURA OPERAȚIONALĂ  
PO MC 11

AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR

Ediția: 2

Revizia: 0

Pagina 16 din 19

Exemplar nr. 1

Anexa nr 2 - STRUCTURA INDICATORILOR DE CALITATE ASUMATI DE SPITAL, RESPECTIV DE SEFII DE SECTII CLINICE

INDICATORI DE PERFORMANTA AI MANAGEMENTULUI UNITATII SPITALICESTI ASUMATI

Categoria de indicatori	Nr. crt.	Denumirea indicatorului			
			asumat	realizat	%
Indicatori de management a resurselor	1	Numărul mediu de bolnavi externați (spitalizare continua) pe un medic			
	2	Proporția medicilor din total personal angajat (se calculează numai la semestru și la total an)			
	3	Proporția personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului (se calculează numai la semestru și la total an)			
	4	Proporția personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical (se calculează numai la semestru și la total an)			
	5	Numărul mediu de consultații pe un medic în ambulatoriu pe un medic			
	6	Numărul mediu de consultații pe un medic în camera de gardă/UPU			
Indicatori de utilizare a serviciilor	1	Numărul de pacienți externați - total și pe secții			
		TOTAL SPITAL			
		Secția .....			
	2	Durata medie de spitalizare, pe spital și pe fiecare secție			
		TOTAL SPITAL			
	3.b)	Rata de utilizare a paturilor, pe spital și pe fiecare secție			
		TOTAL SPITAL			
		Secția .....			
	4	Proporția urgențelor din totalul pacienților internați (%)			
		TOTAL SPITAL			
5	Proportia bolnavilor internati cu bilet de trimitere din totalul bolnavilor internati, pe spital și pe fiecare secție				
	TOTAL SPITAL				
6	Indicele de complexitate al cazurilor - pe total spital și pe fiecare secție				

Acest document conține informații și date ce sunt proprietatea Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon", Iași.

UZ INTERN



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE  
URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI

PROCEDURA OPERAȚIONALĂ  
PO MC 11

AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR

Ediția: 2

Revizia: 0

Pagina 17 din 19

Exemplar nr. 1

		TOTAL SPITAL			
		Secția .....			
<b>Indicatori economico-financiar</b>	1	Execuție bugetară față de bugetul de cheltuieli aprobat			
	2	Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului (sintagma " venituri proprii " inseamna,in cazul acestui indicator,toate veniturile obtinute in contractul cu casa de asigurari de sanatate			
	3	Procentul cheltuielilor de personal in total cheltuieli ale spitalului			
	4	Procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului (%)			
	5	Procentul cheltuielilor de personal din totalul sumelor decontate de casele de asigurari de sanatate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate pentru serviciile medicale furnizate ,precum si din sumele asigurate din bugetul Ministerului Sanatatii cu aceasta destinatie			
	6	Costul mediu pe zi de spitalizare			
		TOTAL SPITAL			
<b>Indicatori de calitate</b>	1	Rata mortalității generale (%)			
			TOTAL SPITAL		
	2	Rata infecțiilor nozocomiale, pe total spital și pe fiecare secție (%)			
			TOTAL SPITAL		
	3	Rata pacienților reinternăți (fără programare) în intervalul de 30 de zile de la externare (%)			
			TOTAL SPITAL		
4	Indicele de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare (%)				
		TOTAL SPITAL			
5	Procentul pacienților internați și transferați către alte spitale (%)				
		TOTAL SPITAL			
6	Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților				



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE  
URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI

PROCEDURA OPERAȚIONALĂ  
PO MC 11

Ediția: 2

Revizia: 0

Pagina 18 din 19

AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR

Exemplar nr. 1

12.LISTA DE DIFUZARE

Nr. ex.	Compartiment	Nume și prenume	Data primirii	Semnătura	Data retragerii	Semnătura
1.	Director Medical	Conf.Dr. Ionescu Lidia				
2.	Director Ingrijiri	Dr.As.Med.Chiriac Cristina Petronela				
3.	Secția Medicină Internă I	Conf.Dr. Floria Mariana				
4.	Secția Medicină Internă II	Prof. Univ. Dr. Șorodoc Laurențiu				
5.	Secția Medicină Internă III	Prof. Dr. Rezuș Ciprian				
6.	IGH	Prof. Univ. Dr. Trifan Anca Victorița				
7.	Secția Gastroenterologie I	Prof. Univ. Dr. Toader Elena				
8.	Secția Gastroenterologie II	Conf. Univ. Dr. Sfarti Victor				
9.	Secția Cardiologie	Prof. Univ. Dr. Petriș Antoniu Octavian				
10.	Secția Chirurgie Generală I	Conf. Univ. Dr. Danilă Nicolae				
11.	Secția Chirurgie Generală II	Prof. Univ. Dr. Lupașcu Cristian Dumitru				
12.	Secția Chirurgie Generală III	Sef Lucr. Dr. Danila Radu				
13.	Secția Chirurgie Generală IV	Prof. Univ. Dr. Grigorovici Alexandru				
14.	Secția Dermato-venerologie	Prof. Univ. Dr. Gheucă-Solovăstru Laura				
15.	Secția Endocrinologie	Conf. Univ. Dr. Preda Cristina				
16.	Secția Hematologie	Conf. Dr. Bădulescu Oana-Viola				
17.	Secția Imunologie-Alergologie	Sef Lucr. Dr. Celina Stafie				
18.	Secția Chirurgie Vasculară	Prof. Univ. Dr. Popa Radu Florin				
19.	Secția O.R.L.	Prof. Univ. Dr. Cobzeanu Mihail - Dan				
20.	Secția O.M.F.	Prof. Univ. Dr. Popescu Eugenia				

Acest document conține informații și date ce sunt proprietatea Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon", Iași.

UZ INTERN



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE  
URGENȚĂ "SF. SPIRIDON" IAȘI

PROCEDURA OPERAȚIONALĂ  
PO MC 11

Ediția: 2

Revizia: 0

Pagina 19 din 19

AUTOEVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR

Exemplar nr. 1

21.	Secția Oftalmologie	Prof. Univ. Dr. Bogdanici Camelia Margareta				
22.	Secția Diabet, Nutriție și Boli Metabolice	Conf.Dr. Botnariu Eosefina Gina				
23.	Secția clinică Chirurgie Plastică, Microchir.Reconstr.	Sef Lucr. Dr. Pertea Mihaela				
24.	Secția clinică Ortopedie Traumatologie	Prof. Univ. Dr. Alexa Ovidiu				
25.	Anatomie Patologica	Conf Univ. Dr. Ciobanu Apostol Delia				
26.	Ambulatoriul Integrat	As Med. Pr Chiriac Georgiana				
27.	Lab. Radiologie/ Imagistica	Conf. Dr. Gheorghe Liliana				
28	Laborator Analize Medicale	Dr. Hurjui Loredana				
29	Dir Financiar Contabil	Ec Loghin Mariana				
30	Serviciul RUNOS	Ec Irina Dulhac				
30.	Birou Juridic	Cons Jur. Soranescu Ada				
28.	Serviciul Achizitii	Ec Monica Vicol				
29	ATA	Ec. Marian Costachescu				
29	Compartiment Audit	Dr Iablonski Mariana				
30.	SMCSS	Ing .Paula Cucu				
32.	Serviciul Evaluare Statatistica Medicala	An. Butoi Corneanu Daniela				
33	Birou Informatica	An. Melinte Valentin				
34	Compartiment PSI ,SSM, PC	Ing. Radu Nanu				