

Nr. inreg. 2694 / 19.03.2020

**DECLARATIE PRIVIND  
POLITICA IN DOMENIUL CALITATII**

Prin aceasta declaratie de politica de calitate, Comitetul Director isi asuma responsabilitatea comunicării politicii de calitate în cadrul organizației si analizarea ei periodica, pentru a fi în mod continuu adecvată scopului:

- satisfacerea cerințelor și așteptărilor pacienților noștri, aparținătorilor acestora si a angajaților instituției, prin concentrarea resurselor de care dispunem în direcția creșterii calității serviciilor medicale
- sa oferim servicii de cea mai înaltă calitate, garantând accesul nediscriminatoriu la serviciile de îngrijire medicală

Principala preocupare a tuturor angajatilor Spitalului Orasenesc Negresti Oas este satisfacerea cerintelor pacientilor, serviciile medicale prestate venind în întâmpinarea nevoilor lor și fiind menite să le îmbunătățească starea de sănătate fizică, mentală și socială.

**Obiectivele noastre, privind asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacientului sunt:**

- plasarea permanentă a pacientul în centrul atenției;
- dezvoltarea managementului spitalului pe baze clinice;
- managementul riscurilor;
- creșterea calității actului medical prin pregătire profesională continuă și învățarea din erori a întregului personal;
- organizarea și îmbunătățirea comunicării între profesioniști și între personalul medical si pacient și aparținători;
- colaborare profesională între persoane și echipe medicale din spital și din alte unități sanitare cu care vom încheia protocoale de colaborare pentru asigurarea unei asistențe medicale integrate inter și multi disciplinară;
- asigurarea eficacității și eficienței actului medical, prin autoevaluarea și îmbunătățirea continuă a protoalelor de diagnostic și tratament și a procedurilor privind organizarea acordării serviciilor de sănătate;
- creșterea gradului de utilizare a resurselor prin o mai bună planificare a activității;
- instruirea permanentă a personalului pentru asigurarea flexibilității și mobilității acestuia;
- obținerea satisfacției pacienților, a angajaților și a tuturor părților interesate prin calitatea serviciilor oferite,
- conformarea cu cerințele legale în domeniul calității aplicabile activității desfășurate;
- implicarea fiecărui angajat în scopul aplicării politicii in domeniul calității prin inițiative, performanțe, responsabilitate si colaborare permanentă.

**In scopul realizarii acestor obiective, conducerea Spitalului Orasenesc Negresti Oas se angajeaza sa:**

- mentina un cadru organizatoric adecvat, capabil sa asigure realizarea politicii in domeniul calitatii
- asigure toate resursele necesare satisfacerii si asteptarilor pacienților
- revizuiasca periodic politica in domeniul calitatii si sa analizeze stadiul realizarii obiectivelor propuse
- analizeze Sistemul de Management al Calitatii anual sau ori de cate ori este necesar

- sa comunice angajatilor orientarea catre pacienti si importanta respectarii cerintelor legale si de reglementare
- să asigure condițiile evaluării tehnologiilor medicale disponibile ale spitalului și adaptării a acestora evoluției continue din domeniu
- sa satisfaca cerintele tuturor partilor interesate, incepand cu pacientul si sa imbunatateasca continuu eficacitatea sistemului de management al calitatii.

**Personalul medico-sanitar** din unitatea noastra se obliga :

- sa respecte demnitatea vietii umane
- sa manifeste empatie, compasiune si sa ingrijeasca fara discriminare
- sa sustina perfectiunea si profesionalismul prin educatie, cercetare si evaluare
- sa promoveze calitatea, echitatea si responsabilitatea
- sa asigure calitatea și siguranța administrării terapiei transfuzionale

Sistemul de calitate implementat este stabilit in conformitate cu cerintele SR EN ISO 9001:2015 – Sisteme de management ale calitatii: Cerinte.

Pentru a realiza :

**MISIUNEA: este de a oferi servicii medicale de calitate ,sigure si eficiente**

si

**VIZIUNEA: furnizarea serviciilor medicale printr-un raspuns adecvat la nevoile pacientilor avand la baza echitatea si alocarea eficienta si eficace a resurselor existente**

noastra și a satisface într-o măsură cât mai mare necesitățile actuale și așteptările viitoare ale pacienților, de a le furniza servicii medicale de calitate, ne vom conforma principiilor care stau la baza standardelor și referințelor privind Managementul Strategic și Organizațional, Managementul Clinic, Etica Medicală și Drepturile Pacientului, respectiv:

- a) dezvoltarea activității spitalului conform nevoilor de sănătate a populației din zona Oas.
- b) asigurării și îmbunătățirii continue a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului;
- c) asigurării nediscriminatorii a accesului pacientului la serviciile de sănătate, conform nevoilor acestuia, în limita misiunii și a resurselor spitalului;
- d) respectării demnității umane, a principiilor eticii și deontologiei medicale și a grijii față de sănătatea pacientului;
- e) orientării managementului organizațional, pe baze clinice, pentru susținerea asistenței medicale centrate pe pacient;
- f) abordării integrate, inter și multidisciplinare a pacientului în managementul de caz;
- g) promovării eficacității și eficienței prin dezvoltarea conceptului de evaluarea a practicii profesionale prin audit clinic și prin optimizarea procesului decizional;
- h) asigurarea continuității asistenței medicale în cadrul spitalului, prin asigurarea resurselor necesare, conform misiunii declarate și după externare prin colaborare cu medicii de familie și medicii specialiști din ambulator;
- i) promovării prin standarde a dezvoltării culturii organizaționale;
- j) protejării mediului;

Acesta declaratie este disponibila pentru pacientii nostri si este comunicata tuturor cadrelor medicale si nemedicale ale spitalului, colaboratorilor, altor parti interesate si va fi analizata periodic pentru adecvarea ei continua.

Prezenta declaratie intra in vigoare la data aprobarii, iar prevederile sale sunt obligatorii pentru intregul personal al spitalului.

**DATA**  
19.03.2020





### ANEXA 1 - FISA POSTULUI

1. **Nume ,prenume :** Berinde Rita
2. **Responsabilitati:** membru si secretar supleant in Consiliul Etic
3. **Atributii :**

#### **3.1 Atribuțiile ca membru in Consiliul Etic:**

- a) promovează valorile etice în rândul personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ al unității sanitare;
- b) identifică și analizează vulnerabilitățile etice și riscurile apărute, propune managerului adoptarea și implementarea măsurilor de prevenire a actelor de corupție la nivelul unității sanitare;
- c) formulează și înaintează managerului propuneri pentru diminuarea riscurilor de incidente de etică;
- d) analizează și avizează regulamentul de ordine interioară al unității sanitare și poate face propuneri pentru îmbunătățirea acestuia;
- e) formulează punct de vedere etic consultativ, la solicitarea comitetului director al unității sanitare;
- f) analizează din punct de vedere etic situațiile de dubiu care pot apărea în exercitarea profesiei medicale În situația în care un cadru medico-sanitar reclamă o situație de dubiu etic ce vizează propria sa activitate, avizul etic nu poate fi utilizat pentru incriminarea cadrului medico-sanitar respectiv, dacă solicitarea s-a realizat anterior actului medical la care se face referire;
- g) primește, din partea managerului unității sanitare, sesizările făcute în vederea soluționării.
- h) analizează cazurile de încălcare a principiilor morale sau deontologice în relația pacient-cadru medicosanitar și personal auxiliar din cadrul spitalului  
(Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003; Ordinul ministrului sănătății nr. 386/2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, art. 217, 218 și 219 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare; Codurile deontologice profesionale;ROI);
- i) verifică dacă personalul medico-sanitar și auxiliar, prin conduita sa, încalcă drepturile pacienților prevăzute în legislația specifică, pe baza sesizărilor primite (legea nr. 46/2003; art. 217, 218 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare);
- j) analizează sesizările personalului unității sanitare în legătură cu diferitele tipuri de abuzuri săvârșite de către pacienți sau superiori ierarhici. În măsura în care constată încălcări ale drepturilor personalului, propune măsuri concrete pentru apărarea bunei reputații a personalului
- (k) analizează sesizările ce privesc nerespectarea demnității umane și propune măsuri concrete de soluționare;
- l) emite avize referitoare la incidentele de etică semnalate,
- m) emite hotărâri cu caracter general ce vizează unitatea sanitară respectivă;
- n) asigură informarea managerului, a Compartimentului de integritate din cadrul Ministerului Sănătății și a petentului privind conținutul avizului etic. Managerul poartă răspunderea punerii în aplicare a soluțiilor propuse;
- o) aprobă conținutul comunicărilor adresate petenților, ca răspuns la sesizările acestora;
- p) înaintează către organele abilitate sesizările ce privesc plățile informale ale pacienților către personalul medico-sanitar ori auxiliar sau acte de condiționare a acordării serviciilor medicale de obținere a unor foloase, în cazul în care persoanele competente nu au sesizat organele conform atribuțiilor de serviciu;

- q) sesizează organele abilitate ale statului ori de câte ori consideră că aspectele dintr-o speță pot face obiectul unei infracțiuni, dacă acestea nu au fost sesizate de reprezentanții unității sanitare sau de către petent;
  - r) aprobă conținutul rapoartelor bianuale și anuale întocmite de secretarul consiliului de etică;
  - s) redactează Anuarul Etic, care cuprinde modul de soluționare a spețelor reprezentative din cursul anului precedent. Anuarul etic este pus la dispoziția angajaților, constituind în timp un manual de bune practici la nivelul spitalului;
  - t) analizează rezultatele aplicării Chestionarului de satisfacție a pacientului, parte a mecanismului de feedback al pacientului.
- (2) Consiliul de etică poate solicita documente și informații în legătură cu cauza supusă analizei și poate invita la ședințele sale persoane care pot să contribuie la soluționarea speței prezentate.

### 3.2 Atributii ca secretar in Consiliul Etic:

- . Deține elementele de identificare - antetul și ștampila Consiliului de Etică - în vederea avizării și transmiterii documentelor;
- 2. Asigură redactarea documentelor, înregistrarea și evidența corespondenței, a sesizărilor, hotărârilor și avizelor de etică;
- 3. Introduce sesizările colectate în sistemul informatic securizat, în termen de o zi lucrătoare de la înregistrarea acestora și asigură informarea, după caz, a membrilor consiliului de etică și a managerului unității sanitare, prin mijloace electronice cu privire la acestea. Informarea adresată managerului se face doar în cazul sesizărilor primite prin intermediul sistemului informatic;
- 4. Asigură realizarea și gestionarea bazei de date privind sesizările referitoare la nerespectarea drepturilor pacienților de către cadrele medico-sanitare și pe cele referitoare la abuzurile pacienților față de cadrele medicosanitare;
- 5. Informează președintele cu privire la sesizările primite în vederea convocării Consiliului de Etică;
- 6. Convoacă membrii Consiliului de Etică ori de câte ori e necesar, la solicitarea președintelui, cu cel puțin o zi înaintea întrunirilor, pe baza unui convocator –model formular “convocator”-anexa nr. 1
- 7. Asigură confidențialitatea datelor cu caracter personal, pentru o corectă și imparțială soluționare a spețelor supuse atenției consiliului de etică;
- 8. Intocmește procesele-verbale ale ședințelor consiliului de etică
- 9. Transmite comisiei analiza Chestionarelor de satisfacție a pacienților. Asigura trimestrial informarea membrilor Consiliului etic și a managerului SONO cu privire la mecanismul de feedback al pacientului;
- 10. Asigură postarea pe site-ul unității sanitare a informațiilor privind activitatea consiliului de etică;
- 11. Formulează și/sau colectează propunerile de îmbunătățire a activității consiliului sau a spitalului și le supune aprobării consiliului de etică;
- 12. Intocmește raportul de activitate semestrial al activității desfășurate în primele 7 zile ale lunii următoare semestrului raportat și îl supune avizării președintelui și ulterior aprobării managerului;
- 13. Intocmește raportul anual al activității desfășurate și Anuarul Etic în primele 15 zile ale anului următor celui raportat și îl supune avizării președintelui și ulterior aprobării managerului.

Am luat cunostinta de prezenta Anexa la fisa de post si de implicatiile ce decurg din asumarea ei, astazi:  
30.03.2018

Titular: chim. Berinde Rita





## ANEXA 2- FISA POSTULUI

1. **Nume ,prenume :** Berinde Rita

2. **Responsabilitati:** membru si secretar in Comisia Nucleu de Calitate

3. **Atributii :**

3.1. **Atributii ca membru al Comisiei Nucleu de Calitate :**

- a) asigura monitorizarea internă a calității serviciilor medicale furnizate, prin urmărirea respectării criteriilor de calitate
- b) identificarea riscurilor și propunerea de măsuri de prevenire sau rezolvare a acestora
- c) evaluează indicatorii de calitate ai sectiei
- d) participa la auditurile interne a sectiilor
- e) analizeaz semestrial chestionarele de satisfactie ale pacientilor, reclamatiiile, sugestiile primite
- f) monitorizează principalii indicatori de performanță în activitatea medicală insistând asupra acelor care privesc direct pacientul;
- g) emit recomandări cu privire la completarea corectă a documentelor medicale, ca urmare a rapoartelor de verificare. Se face o analiză, pe secții, a respectării modalității de consemnare a informațiilor privind activitatea proprie ( datele primite, evoluția pacienților, recomandările de tratament/ consulturi/investigații)
- h) monitorizează respectarea protocoalelor diagnostice și terapeutice din secții și formulează sugestii pentru actualizarea acestora (actualizarea protocoalelor se face când evaluările periodice ale eficacității și eficienței acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu.)
- i) întocmește și difuzează rapoarte anuale privitoare la modalitatea de implementare a reglementărilor / procedurilor / protocoalelor
- j) sesizează deficiențele prezente la nivelul secțiilor în domeniul calității actului medical și le înaintează sefului de sectie si coordonatorului comisiei,
- k) analizeaza respectarea prevederilor legale referitoare la documentația înmănată pacientului la externare și la respectarea confidențialității datelor;
- l) analizeaza din punct de vedere al cauzelor generatoare a evenimentele adverse și cele cu potențial de afectare a pacientului - "near miss" . Problemele identificate și măsurile propuse în urma analizei evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului - "near miss" sunt raportate conducerii spitalului.
- m) la solicitarea consiliului medical elaborează rapoarte referitoare la calitatea actului medical desfășurat în spital

3.2. **Atributiile secretariatul comisiei Nucleu de Calitate sunt:**

- a) Intocmeste si transmite convocari, dispozitii, rapoarte si alte documente ale comisiei
- b) Arhiveaza documentele comisiei

Am luat cunostinta de prezenta Anexa la fisa de post si de implicatiile ce decurg din asumarea ei, astazi:  
17.12.2019

Titular: chim. Berinde Rita



### ANEXA 3 - FISA POSTULUI

1. **Nume ,prenume** : Berinde Rita
2. **Responsabilitati**: membru si secretar in Comisia de Monitorizare pe Control Intern Managerial
3. **Atributii** :

#### 3.1 Atribuțiile ca membru in Comisiei de monitorizare sunt :

- coordoneaza procesul de actualizare a obiectivelor generale si specifice;
- coordoneaza procesul de actualizare a a activitatilor procedurale;
- coordoneaza procesul de de gestionare a riscurilor;
- coordoneaza sistemul de monitorizare a performantelor;
- coordoneaza procesul de monitorizare situatiei procedurilor;
- coordoneaza sistemul de monitorizare si de raportare, respectiv informare catre manager;
- elaboreaza Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial, denumit **Program de dezvoltare**, care se actualizeaza anual.

#### 3.2 Atributii ca secretar in Secretariat tehnic al Comisiei de Monitorizare – ST

##### 1. Aspecte administrative

- Managementul documentelor aflate in atributia Comisiei de monitorizare;
- Emite Ordinea de zi a sedintei;
- La cererea Comisiei de monitorizare intocmeste ROF-ul a Comisiei de monitorizare;
- La cererea Comisiei de monitorizare intocmeste *Programul de dezvoltare*;
- Intocmeste rapoarile si situatiile centralizatoare anuale;
- Elaboreaza *Informarea privind monitorizarea performantelor* la nivel SONO;
- Transmite *Informarea privind monitorizarea performantelor* la nivel SONO, aprobata de presedintele Comisiei de monitorizare, catre mangerul SONO.

##### 2. Managementul riscurilor

- Analizeaza Registrele de riscuri pe compartimente;
- Elaboreaza *Registrul de riscuri* al SONO;
- Elaboreaza *Planul de implementare al masurilor de control* (prin centralizarea masurilor primite de la compartimente) si il transmite la compartimente (aprobat), in vederea aplicarii acestuia;
- Elaboreaza *Informarea privind desfasurarea procesului de gestionare a riscurilor*.

##### 3. Proceduri

- Centralizeaza evidentele cu activitatile procedurale de sistem de la nivelul compartimentelor;
- Elaboreaza *Situatia activitatilor procedurale de sistem* la nivel SONO

- Tine evidenta si inregistreaza procedurile de sistem si operationale
- Aloca cod procedurilor de sistem si procedurilor operationale in colaborare cu elaboratorul
- Verifica concordanta procedurilor elaborate cu structura minimala aprobata
- Transmite spre analiza procedurile de sistem membrilor Comisiei de monitorizare
- Difuzeaza copii sau fisiere in format electronic ale procedurilor de sistem
- Indosariaza originalul procedurilor de sistem si operationale si copiile retrase
- Arhiveaza originalul procedurilor de sistem si proceselor operationale

Am luat cunostinta de prezenta Anexa la fisa de post si de implicatiile ce decurg din asumarea ei, astazi: 16.03.2020

Titular: chim. Berinde Rita



#### ANEXA 4 - FISA POSTULUI

1. **Nume ,prenume :** Berinde Rita
2. **Responsabilitati:** membru si secretar in Echipa de coordonare a activitatilor de implementare a standarselor de acreditare a spitalelor
3. **Atributii :**

##### **3.1 Atribuțiile ca membru al echipei :**

- 1 stabileste politica de calitate si participa la elaborarea, implementarea și monitorizarea programului de dezvoltarea a sistemului de management al calității conform Ordinului 446/2017 și a standardelor de calitate implementate de Spital
2. asigură aplicarea strategiei sanitare și politica de calitate a spitalului în scopul asigurării sănătății și siguranței pacienților
3. împreună cu conducerea spitalului asigură dezvoltarea culturii calității în spital
4. asigura implementarea procesului de îmbunătățire continuă a calității serviciilor
5. implementează instrumente de asigurare a calității și de evaluare a serviciilor oferite
6. asigură implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de manager;
7. asigura activitățile de analiză a neconformităților de sistem constatate și propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun
8. analizează periodic nivelul de realizare a obiectivelor strategice si de calitate ale spitalului
9. asigură activitatea de auto-evaluare periodică a calității serviciilor care se documentează conform procedurilor în formularele interne utilizate și în cele solicitate de ANMCS - fisa de autoevaluare. Rezultatele auto-evaluării fundamentează măsurile de îmbunătățire a calității serviciilor și a sistemului de management al calității, adoptate la nivelul spitalului
10. asigură conformarea proceselor derulate în cadrul serviciilor la standardele implementate prin:
  - definirea și dezvoltarea regulilor și procedurilor necesare,
  - asigurarea cunoașterii procedurilor și documentelor sistemului de către angajați
  - asigurarea condițiilor necesare implementării cerințelor,referitoare la activitatea departamentului/secției/laboratorului sau serviciului medical pe care îl coordoneaza;
11. stabilirea de măsuri de îmbunătățire a sistemului în urma analizei rapoartelor de audit efectuate în cadrul departamentului/secției/laboratorului sau serviciului medical pe care îl coordoneaza
12. monitorizează implementarea planului de acțiuni pentru asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților
13. asigura evaluarea eficienței proceselor derulate în spital iar rezultatele evaluărilor sunt utilizate pentru eficientizarea activităților.
14. se asigura ca toate nivelurile de management au implementat o modalitate de management al riscurilor specifice activităților proprii. Managementul riscurilor neclinice asigură protecția pacienților, angajaților și vizitatorilor față de potențiale prejudicii. Stabilirea unei politici proactive de gestionare a riscurilor clinice.
15. se preocupa ca mediul de îngrijire sa asigure condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale. Mediul de îngrijire este evaluat și adaptat permanent la necesitățile asistenței medicale



16. implementează și dezvoltă un sistem de gestionare a evenimentelor adverse
17. promovează respectul pentru autonomia pacientului
18. prevede măsuri pentru conformitatea practicii medicale cu normele etice și legale care se aplică confidențialității datelor medicale ale pacientului
19. respectă principiul echității și justiției sociale și drepturile pacienților
20. promovează principiile binefacerii și non-vătămării
21. evaluează calitatea serviciilor prestate de către personalul din cadrul departamentului /secției/laboratorului sau serviciului medical și propune măsuri de îmbunătățire la nivel de sistem de management al calității;
22. asigură îmbunătățirea standardelor clinice și a modelelor de practică în scopul acordării de servicii medicale de calitate în scopul creșterii gradului de satisfacție a pacienților
23. contribuie la soluționarea sugestiilor, sesizărilor și reclamațiilor referitoare la activitatea departamentului/secției/laboratorului sau serviciului medical

### **3.2 Atribuții ca secretar al echipei :**

1. În baza dispozițiilor președintelui Echipei, întocmește și transmite convocări, dispoziții, rapoarte și alte documente ale Echipei
2. Arhivează documentele Echipei

Am luat cunoștința de prezența Anexa la fișa de post și de implicațiile ce decurg din asumarea ei, astăzi 16.03.2020

Titular: chim. Berinde Rita