

SPITALUL CLINIC de PNEUMFTIZIOLOGIE IAȘI  Serviciul de management al calitatii	AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR	Ediția: 1
		Revizia: 1
	PS 1-05	Pagina 1 din 15
		Exemplar nr. 1

Aprob,
Manager

1. Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii de lucru

	Elementele privind responsabilii/ operațiunea	Numele Prenumele	și Funcția	Data	Semnătură
0	1	2	3	4	5
1.1	Elaborat		Sef SMC	20.02.2019	
1.2	Verificat		Director Medical	22.02.2019	
1.3	Avizat		Sef lucr. Dr. Presedinte Comisia de Monitorizare	27.02.2019	

2. CUPRINS

1. Lista responsabili cu elaborarea procedurii
2. Cuprins
3. Scopul procedurii
4. Domeniu de aplicare a procedurii
5. Documente de referinta
6. Definitii/abrevieri
7. Descrierea procedurii
8. Responsabilitati
9. Formular evidenta modificari
10. Formular analiza procedura
11. Formular cuprinzind persoanele la care este distribuita procedura
12. Anexe

SPITALUL CLINIC de PNEUMOTIZIOLOGIE IASI  Serviciul de management al calitatii	AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR	Ediția: 1
		Revizia: 1
	PS 1-05	Pagina 2 din 15
		Exemplar nr. 1

3. SCOP

3.1. Prezenta procedura are drept scop descrierea modului de autoevaluare a calității serviciilor prestate în Spitalului Clinic de Pneumoftiziologie Iasi.

3.2. Dă asigurări cu privire la existența documentației adecvate derulării activității.

3.3. Asigură continuitatea activității, inclusiv în condiții de fluctuație a personalului.

3.4. Sprijină auditul și/sau alte organisme abilitate în acțiuni de auditare și/sau control, iar pe manager, în luarea deciziilor;

3.5. Riscuri

- nerespectarea procedurii (necompletarea și / sau netransmiterea rapoartelor de autoevaluare a activității fiecărei structuri în termenele stabilite)
- abordarea necorespunzătoare a activității de autoevaluare a calității serviciilor medicale

4. DOMENIUL DE APLICARE

Prevederile prezentei proceduri se aplică în toate sectoarele de activitate ale Spitalului Clinic de Pneumoftiziologie Iasi.

4.1. 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 fisele de post corespunzătoare funcției.

4.2. Activități de care depinde activitatea procedurată:

- instruirea personalului
- autoevaluarea personalului
- funcționarea programului informatic

Activități care depind de activitatea procedurată:

- acordarea atenției cuvenite acestei autoevaluări

4.3. Structuri care influențează activitatea procedurată:

- Consilii, Servicii, secții clinice

4.4. Structuri beneficiare de rezultate:

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

5. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

5.1. Legislație națională

- **Legea nr. 95/2006** - privind reforma în domeniul sănătății republicată, cu modificările și completările ulterioare
- **Ordinul Secretarului General al Guvernului nr. 600/2018** pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice, cu modificările și completările ulterioare

SPITALUL CLINIC de PNEUMOTIZIOLOGIE IASI  Serviciul de management al calitatii	AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR	Ediția: 1
		Revizia: 1
	PS 1-05	Pagina 3 din 15
		Exemplar nr. 1

- **Ordinul MS nr. 975/2012** privind organizarea structurii de management al calității serviciilor medicale în cadrul unităților sanitare cu paturi din rețeaua Ministerului Sănătății și a autorităților administrației publice locale
- **OMS 446/2017** - privind aprobarea Standardelelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor

5.2. Alte documente, inclusiv reglementări interne ale spitalului

- SR EN ISO 9001:2015 - Sisteme de management al calitatii.Cerinte;
- Manualul Calității;
- Controlul Inregistrarilor;
- Controlul documentelor
- Regulamentul Intern
- Regulamentul de organizare și funcționare
- Cod de conduita etica și profesională
- Fise post

6. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI ALE TERMENILOR UTILIZAȚI ÎN PROCEDURA FORMALIZATĂ

6.1.DEFINIȚII ALE TERMENILOR

Nr.crt	Termenul	Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul
1.	Ediție a unei proceduri	Forma inițială sau actualizată, după caz, a unei proceduri operaționale, aprobată și difuzată.
2.	Revizia în cadrul unei ediții	Acțiunile de modificare, adăugare, suprimare sau altele asemenea, după caz, a uneia sau mai multor componente ale unei ediții a procedurii operaționale, acțiuni care au fost aprobate și difuzate.

6.2. ABREVIERI ALE TERMENILOR

Nr.crt	Abrevierea	Termenul abreviat
1.	P.O./P.S..	Procedura operațională/Procedura de Sistem
2.	E	Elaborare
3.	V	Verificare
4.	A	Aprobare
5.	Ap.	Aplicare
6.	Ah.	Arhivare
8.	RMC	Reprezententul Managementului Calității
9.	SMC	Serviciul de management al calității serviciilor medicale
10.	PMC	Plan de Masuri Corective

SPITALUL CLINIC de PNEUMFTIZIOLOGIE IASI  Serviciul de management al calitatii	AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR	Ediția: 1
		Revizia: 1
	PS 1-05	Pagina 4 din 15
		Exemplar nr. 1

7. DESCRIEREA PROCEDURII

7.1. Generalități

Procedura are în vedere autoevaluarea calității serviciilor prestate în cadrul Spitalului Clinic de Pneumoftiziologie Iași în conformitate cu legislația și standardele în vigoare.

Autoevaluarea serviciilor prestate se realizează la nivelul principalelor structuri a spitalului.

- Autoevaluarea serviciilor prestate se realizează la nivelul fiecărei secții / compartiment / serviciu (sector medical și TESA)/ Comisie;
- Fiecare structură este obligată să-si 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.

7.1.1. Stabilirea obiectivelor

La nivelul spitalului funcționează următoarele consilii și structuri cu relevanță în domeniul autoevaluării calității serviciilor medicale de către unitatea sanitară:

- Consiliul de administrație
- Consiliul medical
- Managementul calității
- Consiliul de etică care are rolul de a stabili și implementa obiective pe termen scurt (luni–1 an), mediu (1-3 ani) și lung (> 3 ani).

Obiectivele propuse:

Aceste structuri/consilii propun obiective atât la nivel general cât și la nivelul fiecărei structuri organizatorice sau secție, urmărind cel puțin următoarele direcții:

- îngrijirea medicală
- cercetare
- sistem informațional
- 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 utiliza următorul model în vederea implementării:

ACȚIUNI DE INTREPRI NS	INDICATOR DE PERFORMAN ȚĂ	RESPONSA BILI	TERME N	RESURSE previziunea bugetară/ alte surse	IPOTEZE POSIBILE care pot apărea în realizarea obiectivului

7.1.2. Monitorizarea activității spitalului

SPITALUL CLINIC de PNEUMOTIZIOLOGIE IAȘI  Serviciul de management al calitatii	AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR	Ediția: 1
		Revizia: 1
	PS 1-05	Pagina 5 din 15
		Exemplar nr. 1

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

- obiectivele sistemului;
- rezultatele auditurilor, controalelor interne, externe când este cazul;
- feedback-ul de la pacienți (analize chestionare);
- performanța proceselor și conformitatea serviciilor medicale prin indicatorii de performanță;
- stadiul acțiunilor corective și preventive (măsurile luate prin planuri de îndeplinit);
- acțiuni de urmărire de la analizele anterioare (comparative);
- 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 finaliza prin încheierea unui Proces Verbal de sinteză a elementelor discutate, proces verbal care se va finaliza cu măsuri stabilite pentru implemetare.

Măsurile se vor formula respectând următorul format:

SARCINA/ DECIZIE	TERMEN	RESPONSABIL	RESURSE	STADIUL DE REALIZARE

7.1.3. Comunicarea internă

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

Aceste înștiințări se vor realiza în scris cu luare la cunostință și se vor păstra de către un responsabil numit.

7.2. DOCUMENTE UTILIZATE

- Analize
- Procese Verbale de ședință

7.3. RESURSE NECESARE

7.3.1. Resurse materiale

- FOCG tipizată;
- materiale informatice;
- acces la baza de date, imprimantă, internet, intranet;
- calculatoare, imprimantă, internet, intranet;
- spațiu adecvat de lucru.

7.3.2. Resurse umane

Persoanele implicate prin sarcinile de serviciu, prevăzute în Fișa postului, RI, ROF.

Fișa postului cu atribuții stabilite bine definite pe tipuri de activități.

7.3.3. Resurse financiare

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

SPITALUL CLINIC de PNEUMOTIZIOLOGIE IAȘI  Serviciul de management al calitatii	AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR	Ediția: 1
		Revizia: 1
	PS 1-05	Pagina 6 din 15
		Exemplar nr. 1

7.4. MODUL DE LUCRU

7.4.1. Autoevaluarea serviciilor prestate se realizează la nivelul principalelor structuri a spitalului.

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

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

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

7.5. Difuzarea și arhivarea procedurilor operaționale.

După avizare și aprobare, exemplarul 1 al procedurii se va transmite către SMC, de unde se face difuzarea pe rețeaua de intranet/site a unității sanitare.

Procedurile operaționale se arhivează în cadrul SMC.

7.6. Instruirea referitoare la prevederile procedurii

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

7.7. Indicatori de monitorizare

- Număr de autoevaluări efectuate/ număr de autoevaluări propuse/an;
- Număr de persoane instruite din total personal implicat în activitatea de autoevaluare;
- Număr de măsuri propuse/Număr de autoevaluări efectuate/secție.

8. RESPONSABILITĂȚI

Responsabilitățile stabilite prin prezenta procedură se introduc în fișa postului la funcțiile respective

8.1 Manager:

- Aprobă procedura operațională;
- Prevede fondurile necesare pentru funcționarea în bune condiții a secțiilor clinice ale spitalului;

8.2. Director medical

- răspunde de respectarea procedurii de către personalul din subordine.

8.3. Asistent sef spital

- răspunde de respectarea procedurii de către personalul din subordine.

8.4. Medicul șef de secție

- aplică prevederile prezentei proceduri;
- este responsabil pentru instruirea personalului din subordine privind aplicarea și respectarea metodelor de autoevaluare;
- răspunde de respectarea procedurii de către personalul din subordine.

SPITALUL CLINIC de PNEUMOTIZIOLOGIE IASI  Serviciul de management al calitatii	AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR		Ediția: 1
			Revizia: 1
	PS 1-05		Pagina 7 din 15
			Exemplar nr. 1

9. Formular evidență modificări

Nr. Crt.	Editia	Data editiei	Revizia	Data reviziei	Nr. Pagina	Descriere modificare	Semnatura conducatorului compartimentului
1	1	29.12.2014	2	20.02.2019	1,2,3,5,6	Modificare Legislatie – Ordin 600/2018, si alte modificari de elaborare	

10. Formular analiză procedură

Nr. crt.	Compartiment	Nume și prenume conducător compartiment	Înlocuitor de drept sau delegat	Aviz favorabil		Aviz nefavorabil		
				Semnătura	Data	Observații	Semnătura	Data

11. Formular cuprindand persoanele la care se difuzeaza editia sau, dupa caz, revizia din cadrul editiei procedurii operationale

Nr. Crt	Scopul difuzarii	Compartiment	Funcția	Nume si prenume	Data primirii	Semnatura
	1	2	3	4	5	6

*Cu obligatia informării personalului din subordine

12. ANEXE, ÎNREGISTRĂRI

- Anexa nr. 1 - RAPORT DE AUTOEVALUARE SECȚII CLINICE
- Anexa 2 – STRUCTURA INDICATORILOR DE CALITATE ASUMATI DE SPITAL, RESPECTIV DE SEFII DE SECTIE

SPITALUL CLINIC de PNEUMOTIZIOLOGIE IAȘI  Serviciul de management al calitatii	AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR	Ediția: 1
		Revizia: 1
	PS 1-05	Pagina 8 din 15
		Exemplar nr. 1

Anexa nr. 1 RAPORT DE AUTOEVALUARE A SECȚIILOR CLINICE

RAPORT DE ANALIZĂ

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

Analiza pe secții

<i>Secția/compartiment</i>	<i>Indicatori în creștere (sau cu valori bune)</i>	<i>Indicatori în scădere (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

Discuții

Măsuri
recomandate.....

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

- nr. pacienți care au refuzat tratamentul=.....
- nr. de erori de identificare a pacientului=.....
- nr. pacienți cu risc anestezic=.....
- nr. pacienți cu risc operator=....
- nr. incidente intraoperatorii. =....
- nr. de pacienți cu complicații postoperatorii=....
- nr. pacienți cu reintervenție chirurgicală=....

Discuții

Măsuri
recomandate.....

SPITALUL CLINIC de PNEUMOTIZIOLOGIE IAȘI  Serviciul de management al calitatii	AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR	Ediția: 1
		Revizia: 1
	PS 1-05	Pagina 9 din 15
		Exemplar nr. 1

4. Analiza indicatorilor de calitate ai activității medicale pe baza rapoartelor Serviciului Statistică

a. Indicatori de calitate

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

Discutii.....

Măsurile recomandate/implementate.....

5. Analiza consumului de medicamente antibiotice la nivel de secție/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 secție

a.

b.

c.

c. Tendința de utilizare este

Discuții

Măsurile recomandate/implementate.....

6. Analiza ratei de incidență și prevalență a infecțiilor nosocomiale în luna anterioară, / măsuri de prevenire și control a infecțiilor nosocomiale pe baza comunicărilor și raportărilor lunare.

Discuții

Măsurile recomandate.....

7. Analiza modului de completare a FOCG și recomandări

a. Analiza la nivel de secție (șefii de secții prezintă : câte foi au verificat, ce erori au constatat, ce recomandări au făcut)

b. Analiza unui esantion de foi din secție , aceleași consemnări

• Nr FOCG/ nr FSZ verificate.....

Nr FOCG/ FSZ incomplete.....

Erori mai frecvente.....

Discuții.....

SPITALUL CLINIC de PNEUMFTIZIOLOGIE IAȘI  Serviciul de management al calitatii	AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR	Ediția: 1
		Revizia: 1
	PS 1-05	Pagina 10 din 15
		Exemplar nr. 1

Măsurile recomandate.....

8. Protocoale, ghiduri sau proceduri supuse avizării Comisiei de Monitorizare

Protocoale/ghiduri discutate și aprobate:

1.
2.
3.

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 de PNEUMOTIZIOLOGIE IAȘI  Serviciul de management al calitatii	AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR	Ediția: 1
		Revizia: 1
	PS 1-05	Pagina 11 din 15
		Exemplar nr. 1

Anexa nr. 2

**INDICATORII DE PERFORMANTA AI MANAGEMENTULUI UNITĂȚII
SPITALICESTE 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			
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 internați cu bilet de trimitere din totalul bolnavilor internați, pe spital și pe			

SPITALUL CLINIC de PNEUMOTIZIOLOGIE IAȘI  Serviciul de management al calitatii	AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR		Ediția: 1
			Revizia: 1
	PS 1-05		Pagina 12 din 15
			Exemplar nr. 1

		fiecare secție			
		TOTAL SPITAL			
	4	Indicele de complexitate al cazurilor - pe total spital și pe fiecare secție			
		TOTAL SPITAL			
		Secția			
Indicatori economico-financieri	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			
Indicatori de calitate	1	Rata mortalității generale (%)			
		TOTAL SPITAL			
	2	Rata infecțiilor nozocomiale, pe total spital și pe fiecare secție (%)			
		TOTAL SPITAL			
	3	Rata pacienților reinternati (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			

SPITALUL CLINIC de PNEUMFTIZIOLOGIE IAȘI  Serviciul de management al calitatii	AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR		Ediția: 1
			Revizia: 1
	PS 1-05		Pagina 13 din 15
			Exemplar nr. 1

	5	Procentul pacienților internați și transferați către alte spitale (%)			
		TOTAL SPITAL			
	6	Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților			