

Act aditional nr.1 la

Regulamentul de Organizare si functionare a Spitalului Municipal Campulung



Art.1. In conformitate cu Dispozitiile Generale din Cap. XX a Regulamentului de Organizare si Functionare a Spitalului Municipal Campulung, care reglementeaza revizuirea acestui act normativ ori de cate ori este necesar pentru buna organizare, functionare si disciplina muncii in unitate, se completeaza CAP. XIX din actul normativ mentionat cu punctul 19.20 cu urmatorul cuprins :

19.20 COMISIA DE COORDONARE A IMPLEMENTARII MANAGEMENTULUI CALITATII SERVICIILOR SI SIGURANTEI PACIENTILOR SI DE PREGĂTIRE A SPITALULUI PENTRU EVALUARE

Comisia de coordonare a implementarii managementului calitatii serviciilor si sigurantei pacientilor si de pregătire a spitalului pentru evaluare este formata din membrii desemnati prin decizie a managerului unitatii care vor indeplini si atributiile responsabililor cu asigurarea si imbunătățirea calitatii serviciilor de sănătate și siguranței pacientului din fiecare sector de activitate.

Comisia sus mentionata va indeplini urmatoarele atributii specifice:

- Face propuneri privind obiectivele și activitățile cuprinse în Planul de management pentru imbunatatirea calitatii actului medical 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;
- 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;
- 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;
- Face propuneri fundamentate care susțin implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității, declarate de managerul spitalului (prin planul strategic și/sau planul de management);
- Analizează neconformitățile constatate în derularea activităților de către oricare dintre membrii Comisiei și propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun;
- Identifică activitățile critice care pot determina întârzieri în realizarea obiectivelor din Planul de management pentru imbunatatirea calitatii actului medical și siguranței pacienților, și face propuneri în vederea sincronizării acestora;
- Prin membrii săi, pune la dispoziția S.M.C.S.S. informațiile necesare întocmirii analizei modului de respectare a termenelor de realizare a activităților în vederea identificării cauzelor de întârziere și adoptării măsurilor în consecință;

-Susține în permanență S.M.C.S.S. în atingerea obiectivelor / activităților care privesc: reacreditarea spitalului, monitorizarea post-acreditare, implementarea și dezvoltarea continuă a conceptului de "Calitate";

-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;

-Pune la dispoziția S.M.C.S.S. 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;

-Propune anual sau ori de câte ori se constată necesar S.M.C.S.S., 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;

-Sprijină S.M.C.S.S. 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 nr. 289 din 26 august 2020 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientilor.

-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 managerului în vederea luării de decizii;

-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 ambiental (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/complētări la acesta;

-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.S.S. în vederea întocmirii de către acesta a "Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare" și urmărește remedierea tuturor neconformităților;

-În situația producerii unor evenimente adverse la nivelul spitalului, face propuneri de nominalizare de către manager a personalului care face parte din comisia de cercetare a respectivelor evenimente, în funcție de natura evenimentului și de microstructura 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;

-Monitorizează condițiile de obținere/menținere a tuturor certificărilor de calitate, organizației, activităților desfășurate în toate sectoarele de activitate ale spitalului, astfel cum sunt acestea menționate în Lista de verificare nr. 01 - Autorizări și certificări de calitate și, face propuneri concrete în acest sens;

-Analizează anual propunerile formulate de către S.M.C.S.S. 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;

-Analizează anual propunerile formulate de 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;

-Asigură interfața necesară elaborării de protocoale/înțelegeri scrise între secții privind asistența medicală, consultului interdisciplinar, etc.;

-Face propuneri concrete privind asigurarea cu resurse de către conducerea spitalului pentru realizarea fiecărui obiectiv din progr

amul de management al calității și siguranței pacienților;

-Realizează anual analiza obiectivității evaluării nivelului de satisfacție al pacienților prin utilizarea chestionarelor de satisfacție;

-Monitorizează modul de implementare a recomandărilor S.M.C.S.S. pentru eficientizarea activităților și proceselor derulate în spital;

-Identifică procesele din organizație și disfuncțiile produse în desfășurarea acestora, întocmind propuneri fezabile de remediere a neajunsurilor constatate;

-Analizează conținutul standardelor, criteriilor, cerințelor și indicatorilor prevăzuți de Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 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;

-Coordonează elaborarea documentației aferente procesului de evaluare și acreditare împreună cu S.M.C.S.S.

-În situația analizei unor indicatori, îndeosebi a celor comuni mai multor liste de verificare:

a) Stabilește un mod de acțiune comun pentru toate microstructurile care implementează respectivii indicatori;

b) Stabilește modul de monitorizare și evaluare a derulării proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite;

c) Stabilește documentația necesară asigurării trasabilității proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite, eliminând documentele și înscrisurile redundante și inutile;

d) Identifică activitățile pentru care este necesar să se elaboreze proceduri de sistem sau operaționale, pentru a asigura omogenitatea modului de acțiune;

e) Identifică actele medicale pentru care se consideră că este necesară elaborarea de protocoale de diagnostic și tratament;

f) Stabilește proceduri de monitorizare a eficacității și eficienței procedurilor și protocoalelor;

g) Stabilește echipele care vor elabora aceste documente. Acestea vor fi formate din personalul implicat în aplicarea acestor proceduri/protocoale;

h) Stabilește circuitul documentelor, având în vedere siguranța și securitatea informațiilor;

- i) Asigură implementarea, conștientizarea și asumarea procedurilor, protocoalelor promovate;
- j) În perioada de previzită din etapa de evaluare (coordonată de către Comisia de evaluare a spitalului nominalizată prin Ordin al președintelui A.N.M.C.S.), Comisia pune la dispoziția S.M.C.S.S, toate documentele/informațiile necesare a fi încărcate în aplicația CaPeSaRo, documentele obligatorii solicitate (DOS), precum și a eventualelor documente suplimentare necesare desfășurării procesului de evaluare și acreditare (DS);
- k) 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:
- l) să participe la ședințele de deschidere, informare zilnică și informare finală;
- m) 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;
- n) 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.;
- o) transmit secretarului C.E. toate documentele solicitate în format scris sau electronic;
- p) gestionează și aplanează eventualele situații tensionate determinate de vizita C.E.
- r) 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 obiecțiunilor cu privire la unele aspecte cuprinse în acesta, dacă este cazul;
- s) 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.

Atribuțiile sus menționate se vor regăsi în fișele de post ale celor în cauză, prin completarea acestora conform Procedurii operaționale privind întocmirea/modificarea/actualizarea fișelor de post de către conducătorii locurilor de muncă