



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: spitalcfiasi@yahoo.com
Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitaluniversitarcfiasi.ro

AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR

PS 22

NOTĂ:

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

Reproducerea integrală sau parțială a acestui document este permisă numai cu acordul prealabil scris și înregistrat al managerului spitalului.

Constituie abatere disciplinara necunoașterea și/sau neaplicarea întocmai a cerințelor prezentului document.

Aceasta abatere va fi sancționată conform art. 247, 248 și art. 250-252 din Codul Muncii, actualizat.

Revizie

Revizia acestui document se face ținând cont de rezultatele implementării indicatorilor de monitorizare de structura, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.
Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus menționate.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR

Cod: PS 22

Ed.:2

Rev.:0

Pag.: 1/5

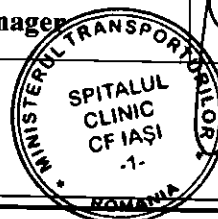
Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii

Nr crt.	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componența revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	1/0	-integral	-elaborare inițială	
2	2/0	- integral	-modificare machetă procedură, actualizare descriere procedură	27.07.2022

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

Nr crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume și prenume	Funcția	Semnătura	Data
1	Elaborat	Dr. Stela-Maria LEONTE	Responsabil cu managementul calității		02.06.2022
2	Verificat/Avizat juridic	Av. Petru MANIȚA	Avocat		14.06.2022
3	Avizat	Dr. Izabela Lăcrămioara FRUNZĂ	Membru Comisie monitorizare		05.07.2022
4	Aprobat	Dr. Mihai GLOD	Manager		19.07.2022

Exemplar nr.:





SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR

Cod: PS 22

Ed.:2

Rev.:0

Pag.: 2/5

CUPRINS:

1. SCOP.....	2
2. DOMENIU DE APLICARE.....	2
3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI.....	2
4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ.....	2
5. DESCRIEREA PROCEDURII.....	3
5.1 Generalități.....	3
5.2 Autoevaluarea serviciilor în spital.....	3
6. RESPONSABILITĂȚI.....	4
7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI.....	4
8. ANEXE.....	5
9. DIFUZARE.....	5
10. INDICATORI DE MONITORIZARE.....	5

1.1. Prezenta procedură permite monitorizarea și evaluarea serviciilor prestate în cadrul departamentelor spitalului.

2.1 Procedura se aplică în toate sectoarele de activitate ale spitalului.

3.1. Definiții:

Nu este cazul

3.2. Abrevieri:

- | | |
|-----------------|--|
| 3.2.1. PS | = Procedura de sistem |
| 3.2.2. Ed. | = Ediție |
| 3.2.3. Rev. | = Revizie |
| 3.2.4. RMC | = Responsabil cu managementul calității |
| 3.2.5. CI | = Coordonator implementare |
| 3.2.6. CD | = Comitet director |
| 3.2.7. PC | = Președintele comisiei |
| 3.2.8. SMC | = Sistem de management al calității |
| 3.2.9. SCIM | = Sistem de control intern managerial |
| 3.2.10. Comisie | = Comisia de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial. |

4.1. SR CEN/TS 15224:2017 - "Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2018"

4.2. SR EN ISO 9000:2015 - „Sisteme de Management al Calității. Principii esențiale și vocabular.”

4.3. SR EN ISO 9001:2015 - „Sisteme de management al calității. Cerințe.”

4.4. Ordinul Secretariatului General al Guvernului nr. 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice, cu modificările și completările ulterioare

4.5. Ordinul nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor.

4.6. Decizie de formare a Comisiei de monitorizare cu privire la sistemele de control intern managerial al *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR

Cod: PS 22

Ed.:2

Rev.:0

Pag.: 3/5

4.7. Regulament de organizare și de lucru al Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control managerial al *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.

5.1. Generalități

5.1.1. Definiția calității îngrijirii de sănătate se bazează pe valori unice din cadrul culturii (profesională, etică) și pe contextul situației.

5.1.2. Definiția calității serviciilor va ține cont de valorile ce se află în spatele individului, de situația socială și profesionalism

5.1.3. Componentele calității serviciilor sunt:

- Accesibilitatea îngrijirilor – ușurința cu care pacienții pot obține îngrijirea de care au nevoie, atunci când au nevoie.
- Specificitatea îngrijirii – gradul până la care se asigură îngrijire corectă, dată de starea curentă a activității;
- Continuitatea îngrijirii - gradul până la care îngrijirea necesită de pacienți este coordonată între practicieni și între structuri în timp.
- Eficacitatea îngrijirii – gradul până la care îngrijirea este abordată într-o manieră corectă, fără erori, în funcție de starea curentă a activității.
- Efectivitatea îngrijirii – gradul până la care un serviciu are potențialul să satisfacă nevoile pentru care este folosit.
- Eficiența îngrijirii – gradul până la care îngrijirea primită are efectul dorit cu un minim de efort, cheltuieli sau risipă.
- Orientarea spre pacient – gradul până la care pacienții și aparținătorii în procesul de luare a deciziilor ce țin de sănătate sunt satisfăcuți de îngrijirea lor.
- Siguranța mediului de îngrijire – gradul până la care mediul este lipsit de hazard sau pericol.
- Orarul de îngrijiri – gradul până la care îngrijirea este acordată pacienților atunci când este necesară.

5.1.4. Planificarea procesului de autoevaluare a calității serviciilor va avea la bază activitățile necesare realizării serviciilor medicale și care cuprinde următoarele etape:

- Definiția categoriilor de pacienți pentru care se acordă servicii medicale;
- Determinarea nevoilor acestora;
- Definiția caracteristicilor serviciului medical în concordanță cu nevoile pacienților;
- Dezvoltarea proceselor care să fie capabile să realizeze caracteristicile serviciului respectiv.

5.1.5. Autoevaluarea calității serviciilor oferite va urmări:

- Evaluarea performanței calității obținute
- Compararea calității oferite cu scopurile stabilite;
- Definiția acțiunilor pentru diminuarea diferențelor dintre rezultatele obținute și standardele acceptate.

5.2. Autoevaluarea serviciilor în spital

5.2.1. Autoevaluarea calității serviciilor se va realiza la nivelul spitalului utilizând indicatori.

5.2.2. Indicatorii reprezintă instrumente ce pot furniza informații despre frecvența, nivelul, amploarea, gravitatea, etc. a unei probleme. Indicatorii vor fi utilizați atât pentru evaluare cât și ca instrumente pentru monitorizarea și îmbunătățirea calității serviciilor.

5.2.3. Indicatorii vor fi definiți printr-un raport numărător - numitor. Numărătorul reprezintă ceea ce s-a realizat, iar numitorul reprezintă valoarea cu care se dorește compararea.

5.2.4. Pentru realizarea operațiunilor de autoevaluare a calității serviciilor la nivel de spital se vor utiliza următoarele categorii de indicatori:

- Indicatori de acces – evaluează măsura în care pacienții primesc servicii medicale corespunzătoare și la timp
- Indicatori de rezultat – se referă la starea de sănătate a unui pacient căruia i-au fost acordate îngrijiri de sănătate.
- Indicatori de proces - care evaluează un serviciu de sănătate furnizat unui pacient.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR

Cod: PS 22

Ed.:2

Rev.:0

Pag.: 4/5

- 5.2.5. Înregistrarea rezultatelor autoevaluării serviciilor se va realiza trimestrial, de către Șefii de compartiment medicale prin completarea **Anexei 1** si semestrial de către Șefii / Reprezentanții structurilor non medicale prin completarea **Anexei 2** la prezenta procedură.
- 5.2.6. Rezultatele autoevaluării vor fi transmise Responsabilul cu sistemul de management al calității în maxim 5 zile de la finalul unui trimestru / semestru după caz.
- 5.2.7. Responsabilul cu sistemul de management al calității centralizează datele, întocmește rapoarte de evaluare si transmite către CD atât centralizarea datelor cat si rapoartele de evaluare care cuprind si masuri de îmbunătățire a calității serviciilor în maxim 10 zile de la primirea documentelor menționate la **pct. 5.2.5.**
- 5.2.8. În cadrul Ședințelor de Comitet director vor fi analizate rezultatele, propunerile și se vor stabili măsuri de îmbunătățire care vor fi supuse aprobării Managerului.
- 5.2.9. Anual Responsabilul cu managementul calității solicita completarea datelor privind autoevaluarea la nivelul compartimentelor prin completarea de către aceștia a **Anexei 3** FAE si a Planurilor de masuri pentru asigurarea conformării cu cerințele standardelor.
- 5.2.10. Responsabilul cu managementul calității centralizează rezultatele în centralizatorul din **Anexa 3** FAE, întocmește Planul de masuri la nivel de spital prin centralizarea propunerilor întocmite de șefii de compartimente si prezintă rezultatele Comitetului director pentru analiza si le arhivează.
- 5.2.11. Membrii Comitetului director analizează propunerile înaintate de către RMC si întocmește Planul de măsuri pentru îmbunătățirea calității.
- 5.2.12. RMC va comunica tuturor șefilor de structuri planul de îmbunătățire în vederea asigurării conformării și monitorizează periodic gradul de realizare.

6.1 Șefii structurilor funcționale

- 6.1.1. Întocmesc rapoarte periodice privind autoevaluarea calității serviciilor
- 6.1.2. Întocmesc anual FAE
- 6.1.3. Transmite rapoartele de autoevaluare si FAE către RMC
- 6.1.4. Întocmesc planuri de masuri pentru asigurarea conformării cu cerințele standardelor de acreditare

6.2 Responsabil managementul calității

- 6.2.1. Planifica activitățile de autoevaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare
- 6.2.2. Centralizează Rapoartele de autoevaluare
- 6.2.3. Centralizează FAE și le arhivează
- 6.2.4. Centralizează măsurile din planurile de măsuri întocmite de compartimente si urmărește implementarea acestora
- 6.2.5. Înștiințează Consiliul medical și Comitetul director cu privire la rezultatele autoevaluării și cu privire la gradul de implementare a măsurilor din plan

6.3 Comitetul director

- 6.3.1. Analizează propunerile din planul de măsuri pentru îmbunătățirea calității elaborate de către RMC
- 6.3.2. Întocmește planuri de măsuri pentru îmbunătățirea calității în urma analizei fișelor de autoevaluare si a propunerilor RMC si le transmite către Manager pentru avizare.
- 6.3.3. Transmite rezultatele autoevaluărilor către Manager

- 7.1. Raport de autoevaluare secții / compartimente
- 7.2. Date statistice
- 7.3. FOCC
- 7.4. Registre
- 7.5. Chestionare satisfacție pacienți



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

AUTOEVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR

Cod: PS 22

Ed.:2

Rev.:0

Pag.: 5/5

8.1. Raport autoevaluaresecții medicale, formular cod PS 22/F1

8.2. Raport autoevaluare structuri non medicale, formular cod PS 22/F2

8.2. FAE

Procedura se difuzează pe baza Listei de difuzare, cod PS 01/F3 sau în format electronic
Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SCIM implementat.

INDICATOR	ȚINTA	METODA DE CALCUL	PERIOADA DE MONITORIZARE	RESPONSABIL
Ponderea actualității documentelor de referință care stau la baza elaborării procedurii .	100%	Nr documente de referință în actualitate / Nr total documente de referință.	Semestrial	RMC
Procent structuri medicale care au realizat operațiunile de autoevaluare din totalul structurilor medicale (Anexa1).	100%	Nr structuri medicale care au realizat operațiunile de autoevaluare din totalul structurilor medicale / Nr structuri medicale	Semestrial	RMC
Procent structuri non medicale care au realizat operațiunile de autoevaluare din totalul structurilor non medicale (Anexa1).	100%	Nr structuri non medicale care au realizat operațiunile de autoevaluare din totalul structurilor medicale / Nr structuri non medicale	Semestrial	RMC
Procent de structuri care au completat FAE din total structuri	100%	Nr structuri care au completat FAE /Nr total structuri	Anual	RMC



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

RAPORT DE ANALIZA

Cod: PS 22 /F1

Rev.:0

Pag.: 1/5

STRUCTURA:

PERIOADA ANALIZATĂ:.....

PARTICIPANȚI LA PROCESUL DE ANALIZĂ ÎN VEDEREA REALIZĂRII
AUTOEVALUĂRII:

SCOPUL ANALIZEI:

1. Se au în vedere la autoevaluare, **indicatorii financiari contabili, de calitate**

a) Analiza comparativă a consumurilor înregistrate pe diagnostic

Nr. crt.	Indicator evaluat + perioada evaluata	Valori/indicatori
1	Cost/diagnostic/ perioada	F: F: F:
2	Cost/diagnostic/perioada.....	F: F: F:

Discuții.....

Măsuri recomandate

b) Analiza cheltuielilor directe

Perioada analizată	Cheltuieli cu medicamentele	Cheltuieli cu materiale sanitare	Nr. Pacienți externați

Discuții.....

Măsuri recomandate

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 = (...%)



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

RAPORT DE ANALIZA

Cod: PS 22 /F1

Rev.:0

Pag.: 2/5

Probleme consemnate în chestionare

.....
.....

Discuții.....
.....

Măsuri recomandate
.....

3. Analiza incidentelor și riscurilor terapeutice și infecțioase 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 suspecti de BCR=....
- nr. erori cu privire la respectarea bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor=....
- nr pacienți care au prezentat căderi=....
- nr. pacienți care au prezentat escare=....
- nr. pacienții care au prezentat IAAM =
- nr. pacienți cu risc anestezic=.....
- nr. pacienți cu risc operator=....
- nr. incidente intraoperatorii. =....
- nr. de pacienți cu complicații postoperatorii=....
- nr. pacienți cu reintervenție chirurgicala=....
- nr. pacienți decedați=
- nr pacienți care au solicitat a doua opinie medicală=
- nr transferuri=

Discuții.....
.....
.....

Măsuri recomandate
.....
.....

 SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI	RAPORT DE ANALIZA	Cod: PS 22 /F1
		Rev.:0
		Pag.: 3/5

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

a. Indicatori de calitate

Nr. crt.	Indicatori/Criterii de performanță	Valoarea indicatorului	
		asumată prin contract	realizată
1.	Rata mortalității intraspitalicești pe total spital și pe fiecare secție		
2.	Rata infecțiilor nozocomiale pe total spital și pe fiecare secție ²⁾		
3.	Indicele de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare		
4.	Număr de reclamații/plângeri ale pacienților		

b. Indicatorii de management (economico-financiari pe baza rapoartelor întocmite de Compartimentul Financiar Contabil

Nr crt	Indicatori/Criterii de performanță	Valoarea indicatorului	
		Planificată	Realizată
1.	Procentul cheltuielilor de personal din totalul sumelor decontate de casa		
2.	Cost mediu pe zi de spitalizare		

Discuții.....

Măsurile recomandate

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

Măsuri recomandate

6. Analiza ratei de incidenta și prevalenta a IAAM în perioada analizată, / măsuri de prevenire și control a IAAM pe baza comunicărilor și raportărilor lunare.

Discuții.....
.....
.....

Măsuri recomandate

7. Analiza modului de completare a FOCG și recomandări

a. *Analiza unui eșantion de foi din secție , aceleași consemnări*

i. *Nr FOCG neconforme / nr FOCG verificate*

ii. *Nr FSZ neconforme / FSZ verificate*, *din care*

iii. *Erori mai frecvente*

Discuții.....
.....
.....

Măsuri recomandate



8. **Protocole, ghiduri sau proceduri, alte reglementari, analizate**

Titlul Protocol / Procedură / Ghid /Reglementare	INDICATORI DE MONITORIZARE	VALORI	CONCLUZII	PROPUNERI

Discuții.....
.....
.....

Măsuri recomandate
.....
.....

9. **Evenimente asociate asistenței medicale**

- Nr EAAM înregistrate:.....din care
 - santinelă:.....
 - presantinelă:.....
 - accident:.....
 - near - miss:
 - incident:.....

Discuții.....
.....
.....

Măsuri recomandate
.....
.....

10. **Diverse**

Măsuri recomandate
.....
.....

Întocmit



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

RAPORT DE ANALIZĂ

Cod: PS 22 /F2

Rev.:0

Pag.: 1/1

STRUCTURA:

PERIOADA ANALIZATĂ:.....
PARTICIPANȚI LA PROCESUL DE ANALIZĂ ÎN VEDEREA REALIZĂRII AUTOEVALUĂRII:

SCOPUL ANALIZEI:

1.Proceduri, ghiduri, norme, directive, etc, analizate

TIPUL REG.	TITLUL REGLEMENTĂRII	INDICATOR	ȚINTĂ	METODA DE CALCUL	PERIOADA DE MONITORIZARE	RESPONSABIL	REZULTATE OBTINUTE	OBSERVAȚII

Discutii.....

Măsuri recomandate

2.Diverse.....

Măsuri recomandate

Întocmit

Denumirea standardului	Numărul structurii în care	din care, structuri în care			La nivelul spitalului standardul este
		I	PI	NI	
1	2	3	4	5	6
01.01 Strategia și managementul strategic al organizației sunt concordante cu nevoia de îngrijiri de sănătate și cu dinamica pieței de servicii de sănătate.					
01.02 Structura organizatorică și managementul organizațional asigură derularea optimă a tuturor proceselor de acordare a asistenței și îngrijirilor medicale.					
01.03 Managementul resurselor umane asigură nevoile de personal conform misiunii asumate de către spital.					
01.04 Managementul financiar și administrativ răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului.					
01.05 Sistemul informațional răspunde necesităților de informații și stabilește utilizarea lor eficientă în spital.					
01.06 Sistemul de comunicare existent la nivelul spitalului răspunde nevoilor organizației și ale beneficiarilor.					
01.07 Sistemul de management al calității serviciilor este operațional și asigură desfășurarea tuturor proceselor legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității.					
01.08 Managementul riscurilor neclinice previne apariția prejudiciilor și fundamentează procesul decizional.					
01.09 Mediul de îngrijire asigură condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale.					

02.01	Preluarea în îngrijire a pacienților se face conform nevoilor acestora, misiunii și resurselor disponibile ale spitalului.							
02.02	Evaluarea inițială urmărește identificarea nevoilor pacienților în contextul cunoașterii expunerii la factori de risc (mediu, sociali, economici, comportamentali și biologici) și stabilește necesarul de asistență și îngrijiri medicale pentru aceștia.							
02.03	Practica medicală abordează integrat și specific pacientul, cu asigurarea continuității asistenței și a îngrijirilor medicale.							
02.04	Spitalul promovează conceptul de "prieten al copilului".							
02.05	Serviciile paraclinice corespund nevoilor de investigare.							
02.06	Spitalul de nefrologie sau cu secții de nefrologie asigură continuitatea asistenței medicale pentru pacienții cu boală cronică de rinichi (BCR).							
02.07	Radioterapia și/sau medicina nucleară asigură nevoile de tratament specifice.							
02.08	Îngrijirile paliative și terminale se adresează pacienților cu boli cronice progresive și familiilor și urmăresc îmbunătățirea calității vieții acestora prin ameliorarea suferinței.							
02.09	Managementul farmaceutic și al medicației asigură continuitatea tratamentului și siguranța pacientului.							
02.10	Spitalul a implementat bunele practici de antibioticoterapie.							
02.11	Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale respectă bunele practici în domeniu.							
02.12	Spitalul dezvoltă și implementează o politică de asigurare și îmbunătățire a siguranței pacientului.							
02.13	Spitalul a implementat bunele practici transfuzionale și de hemovigență.							
02.14	Auditul clinic evaluează eficacitatea și eficiența asistenței medicale.							

02.15	Externarea și transferul pacientului se organizează specific, în funcție de starea acestuia.								
03.01	Spitalul promovează respectul pentru autonomia pacientului.								
03.02	Spitalul respectă principiul echității și justiției sociale și drepturile pacienților.								
03.03	Spitalul promovează principiile binefacerii și nonvătămării.								

Concluzii cu privire la stadiul de implementare a standardelor de evaluare și acreditare a spitalelor la nivelul Spitalului Clinic Căi Ferate Iași:
Sistem CONFORM/PARTIAL CONFORM/NECONFORM : xx standarde implementate, xx standarde parțial implementate, xx neimplementate și xx standarde neaplicabile.

*) La nivelul spitalului, un standard se consideră că este:
- **implementat (I)**, dacă numărul structurilor specificat în coloana 3, pe rândul corespunzător celui standard, reprezintă cel puțin 75,00% din numărul structurilor precizate în coloana 2, pe același rând;
- **parțial implementat (PI)**, dacă numărul structurilor specificat în coloana 3, pe rândul corespunzător celui standard, reprezintă între 50,00% și 74,99% din numărul structurilor precizate în coloana 2, pe același rând;
- **neimplementat (NI)**, dacă numărul structurilor specificat în coloana 3, pe rândul corespunzător celui standard, nu depășește 49,99% din numărul structurilor precizate în coloana 2, pe același rând.