



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

ANALIZA EFECTUATĂ DE MANAGEMENT

PS 06

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

ANALIZA EFECTUATĂ DE MANAGEMENT

Cod: PS 06

Ed.:2

Rev.:0

Pag.: 1/5

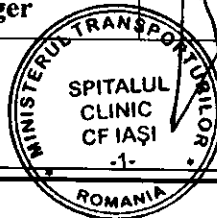
Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii

Nr crt	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componenta 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	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

ANALIZA EFECTUATĂ DE MANAGEMENT

Cod: PS 06

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
6. RESPONSABILITĂȚI.....	4
7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI.....	4
8. ANEXE.....	4
9. DIFUZARE.....	5
10. INDICATORI DE MONITORIZARE.....	5

1.1 Procedura descrie procesul de Analiză efectuată de management privind evaluarea funcționării și eficacității SMC/SCIM și conformarea cu cerințele standardelor de acreditare din cadrul *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași* și pentru a susține îmbunătățirea continuă a acestuia.

2.1 Procedura este valabilă pentru analizele efectuate de management privind funcționarea SMC/SCIM, luându-se în considerare toate procesele și activitățile incluse în sistemul de management al calității și sistemul de control intern managerial.

3.1.1. *Analiza efectuată de management* = evaluare oficială efectuată de managementul la cel mai înalt nivel, asupra stadiului și adecvării SMC în raport cu politica de calitate, precum și cu obiectivele stabilite.

3.2 Abrevieri

3.2.1. PS	= Procedură 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. PC	= Președintele comisiei
3.2.7. SMC	= Sistem de management al calității
3.2.8. SCIM	= Sistem de control intern managerial
3.2.9. 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 nr. 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice.

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

4.6. Legea nr. 184/2015 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, precum și pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății - TITLUL VII: Spitalele (republicata)

4.7. Manualul Calității, în vigoare



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

ANALIZA EFECTUATĂ DE MANAGEMENT

Cod: PS 06

Ed.:2

Rev.:0

Pag.: 3/5

4.8. Decizie pentru numirea Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial al *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*

4.9. Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial al *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*

5.1. Managerul, împreună cu șefii de compartimente/birouri/servicii/secții, analizează anual, într-un comitet, SMC/SCIM gradul de conformare la cerințele standardelor de acreditare pentru a determina stadiul implementării celor două sisteme, pentru a fi menținute, eficace și îmbunătățite continuu.

5.2. Comitetul de decizie este condus de Manager și are în componența sa RMC/PC, șefii de Compartimente/Birouri/Servicii/Secții și alte persoane desemnate după caz.

5.3. Se pot convoca și reuniuni de analiză neprogramate.

5.4. La toate analizele efectuate de management participă obligatoriu RMC/PC. Pentru fiecare analiză se programează data efectuării reuniunii de analiză.

5.5. Aceste analize includ evaluarea oportunităților pentru îmbunătățire și necesitatea schimbărilor din cadrul SMC/SCIM, incluzându-se și politica privind calitatea cu obiectivele generale și specifice.

5.6. Se întocmește un "Raport informativ", cod PS 06/F1 prin care se analizează stadiul funcționării SMC/SCIM, în perioada care a trecut de la ultima analiză și se stabilește următorul set de date necesar a fi analizat::

- Organizarea SMC/ SCIM (organigrama, decizii organizatorice, harta SMC, statutul, ROF, RI)
- Raportul anterior al analizei efectuate de management
- Resurse alocate și indicatori de analiză financiară
- Politica privind calitatea
- Stadiul realizării obiectivelor calității din Programul de management al calității, Planul strategic si Planul de management
- Performanța proceselor și conformitatea serviciilor;
- Neconformități și acțiuni corective;
- Performanța furnizorilor externi;
- Rezultatele auditurilor interne si externe;
- Instruire, competență, conștientizare;
- Evaluarea gradului de satisfacție al pacienților si comunicarea cu pacientul/apartinătorul;
- Evaluarea gradului de instruire a personalului cu privire la păstrarea confidențialității datelor cu caracter personal;
- Evaluarea satisfacției angajaților;
- Analiza morbidității;
- Eficiența procedurilor și protocoalelor de practică medicală;
- Riscuri și oportunități;
- Procese verbale ale ședințelor Comisiei de monitorizare a sistemului de control intern managerial;
- Analiza conformării la cerințele standardelor de acreditare.

5.7. Colectarea datelor în vederea întocmirii raportului este în grija Responsabilului cu managementul calității prin solicitarea de informații compartimentelor implicate cu cel puțin o luna înainte de efectuarea AEM.

5.8. În raportul informativ se consemnează și data programată pentru reuniunea de analiză.

5.9. Raportul informativ se difuzează tuturor membrilor comitetului de decizie înainte de data programată pentru reuniunea de analiză.

5.10. În reuniunea de analiză se dezbate:

- "Raportul informativ" și punctele de vedere a șefilor de compartimente/birouri/servicii
- documentele de referință
- se constată eventualele neconformități în funcționarea SMC/SCIM



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

ANALIZA EFECTUATĂ DE MANAGEMENT

Cod: PS 06

Ed.:2

Rev.:0

Pag.: 4/5

- pentru îmbunătățirea continuă a SMC/SCIM, în "Raportul de analiză efectuată de management", cod PS 06/F2, se stabilesc acțiuni corective și preventive pentru a preveni apariția unor neconformități potențiale în cadrul SMC/SCIM, termene de realizare, compartimente responsabile pentru aplicarea acestora.

5.11. Se alocă resursele necesare implementării acțiunilor corective și preventive.

5.12. Raportul completat și semnat se difuzează în copie Managerului, șefilor de compartimente, /birouri/servicii implicate, originalul fiind păstrat la RMC.

5.13. Evidența tuturor Rapoartelor privind analiza efectuată de management se ține într-un dosar de evidență.

5.14. În cazul în care au fost atinse anumite obiective din Politica privind calitatea, se va modifica politica stabilindu-se noi obiective.

5.15. Dacă obiectivele specifice au fost atinse se stabilesc obiective noi și se modifică Programele de îmbunătățire.

5.16. Acțiunile corective trebuie aplicate în termenul stabilit în Raportul privind analiza de management.

5.17. Se verifică, la data planificată, dacă acțiunile corective/preventive stabilite au fost implementate și dacă au fost eficace, iar rezultatele sunt înregistrate în Raportul analizei de management.

5.18. Dacă acțiunile corective nu sunt eficace, se consemnează în Raportul privind analiza de management și la următoarea analiză se vor stabili alte acțiuni corective.

5.19. Verificarea aplicării acțiunii corective se completează pe copiile Raportului de analiză efectuată de management, difuzate la compartimentele implicate, funcție de termenele stabilite pentru realizarea acțiunilor corective.

5.20. "Raportul privind analiza efectuată de management" final se difuzează Managerului, șefilor de compartimente/birouri/servicii/secții.

5.21. Raportul definitivat va fi supus următoarei analize efectuate de management.

6.1. Managerul

6.1.1. Participă și conduce analiza efectuată de management,

6.1.2. Aprobă măsurile de îmbunătățire stabilite în urma analizei de management,

6.1.3. Dispune resurse în vederea realizării măsurilor de îmbunătățire stabilite prin Analiza de management.

6.2. Responsabil Management Calitate / RMC - Coordonator implementare/CI

6.2.1. Întocmește raportul informativ pentru analiza efectuată de management.

6.2.2. Participă la Analiza de Management.

6.2.3. Propune măsuri de îmbunătățire.

7.1. Raportul privind analiza efectuată de management

7.2. Raportul informativ

7.3. Rapoarte de audit extern

7.4. Programele de îmbunătățire a SMC / SCIM, Plan strategic, Plan de management

7.5. Stadiul realizării Programului de îmbunătățire a sistemului de management al calității

7.6. Procese verbale ale ședințelor Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial

7.7. Lista prevederilor legale și alte cerințe

7.8. Decizii organizatorice

7.9. Program de investiții.

7.10. Chestionare satisfacție pacienți

7.11. Chestionare satisfacție angajați

7.12. Rapoarte de analiza



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

ANALIZA EFECTUATĂ DE MANAGEMENT

Cod: PS 06

Ed.:2

Rev.:0

Pag.: 5/5

- Anexa 2 – Raport privind analiza efectuată de management, cod PS 06/F2

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
Ponderea datelor analizate din setul de date de analizat.	100%	Nr date de intrare analizate / Nr date de intrare de analizat.	Semestrial	RMC
Ponderea recomandărilor implementate din analiza precedentă	100%	Nr recomandări implementate /Nr recomandări stabilite în analiza precedentă	Semestrial	RMC



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

RAPORT INFORMATIV

Cod: PS 06/F1

Rev.:1

Pag.: 1/.....

ANEXA 1

RAPORT INFORMATIV

privind stadiul funcționării SMC /SCIM si conformarea cu standardele de acreditare în perioada

.....

În data de va avea loc reuniunea de analiză a conducerii cu privire la stadiul funcționării SMC/SCIM si conformarea cu cerințele standardelor de acreditare în cadrul *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.

Elementele care au fost analizate în perioada, sunt prezentate în continuare:

1. Organizarea SMC/SCIM (organigrama, decizii organizatorice, harta SMC, statutul, ROF, RI)
2. Raportul anterior al analizei efectuate de management
3. Resurse alocate și indicatori de analiza financiara
4. Politica privind calitatea
5. Stadiul realizării obiectivelor calității din Programul de management al calității, Planul strategic și Planul de management
6. Performanta proceselor și conformitatea serviciilor;
7. Neconformități și acțiuni corective;
8. Performanta furnizorilor externi;
9. Rezultatele auditurilor interne si externe
10. Instruire, competență, conștientizare,
11. Evaluare satisfacție pacienților și comunicarea cu pacientul/aparținătorul
12. Evaluarea gradului de instruire a personalului cu privire la păstrarea confidențialității datelor cu caracter personal
13. Evaluarea satisfacției angajaților
14. Analiza morbidității.
15. Eficienta procedurilor și protocoalelor de practică medicală
16. Riscuri și oportunități
17. Procese verbale ale ședințelor Comisiei de monitorizare a sistemului de control intern managerial
18. Analiza conformării la cerințele standardelor de acreditare.

Data

Elaborat
RMC/CI,



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

RAPORTUL PRIVIND ANALIZA EFECTUATĂ DE MANAGEMENT

NR.....

Cod: PS 06/F2

Rev.:1

Pag 1/.....

ANEXA 2

Programul de măsuri pentru îmbunătățirea SMC/SCIM / STANDARDELE DE ACREDITARE aferent „Raportului privind analiza de management
”NR...../.....

Măsuri de îmbunătățire	Indicatori	Responsabil	Termen

RMC:

Data:.....

Verificarea implementării:

RMC:

Data:.....