



**BOTOȘANI , Calea Nationala nr. 2 , Telefon : 0231- 513560 , Fax : 0231 – 513560,  
e-mail : postmaster@spitalbt-sfgheorghe.ro**

**R O M Â N I A**

Inscris in Registrul de Evidenta a Prelucrarilor de Date cu Caracter Personal sub numarul 36096

### **DECIZIA NR. 83**

**Ec. Gabriela Mariana Varzari, Manager interimar al Spitalului de recuperare „Sf. Gheorghe” Botosani, numita prin Dispozitia Primarului Municipiului Botosani nr. 228 / 15.02.2019,**

Avand in vedere referatul nr. 2709 din 14.06.2019, a d-lui As. Costia Liviu –responsabil cu Managementul Calitatii Serviciilor Medicale din cadrul unitatii;

In conformitate cu prevederile:

- Legii nr. 95 din 14 aprilie 2006, privind reforma in domeniul sanatatii – republicata\*);
- Legii nr. 185 din 24 iulie 2017 privind asigurarea calitatii in sistemul de sanatate , art.1, alin. (3);
- Ordinului MS nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii si metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor;
- Ordinului presedintelui A.N.M.C.S. nr. 151/2017, privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate in cadrul celui de-al doilea ciclu de acreditare al spitalelor;

### **DISPUN:**

**Art. 1** Incepand cu data prezentei, se constituie **Comisia de Coordonare a Implimentarii Managementului Calitatii Serviciilor si Sigurantei Pacientilor**, cu urmatoarea componenta:

**Presedinte:** Dr. Boghian Elena- director medical

**Membrii:** Ec. Varzari Gabriela Mariana- manager

Ec. Matrescu Gina Liliana- director financiar contabil

Ec. Costea Mihaela- sef serviciu RUNOS

As. Costia Liviu –RMC

Consilier Varzari Diana- structura de management al calitatii

Farmacist Amitrului Anca- farmacist sef

Ec. Amanaloie Carmen- sef serviciu administrativ- achizitii

Ing. Grigore Paul- responsabil IT

Dr. Alecu Irina- coordonator Compartiment PLIAAAM

Dr. Pralea Marius Dan- coordonator baza de tratament BFT

As. Niculina Carmen – asistent sef baza tratament BFT

As. Aparaschivei Loredana- reprezentantul salariatilor presedinte sindicat

As. Matei Ecaterina- asistent igiena coordonator sterilizare

Dr. Ciobanu Simona- coordonator camera de garda

Dr. Bercea Viviana- coordonator laborator explorari functionale

Ch. Raileanu Mirela Daniela- sef laborator de analize medicale

Dr. Dohotariu Alin- coordonator laborator radiologie si imagistica medicala

Dr. Cauneac Roxana- sef sectie RMFB I

As. Humureanu Angelica- asistent sef sectie RMFB I

Dr. Catargiu Ionel Dorin- sef sectie RMFB II

As. Baetu Ledita- asistent sef sectie RMFB II

Dr. Aursulesei Mihaela- sef compartiment Reumatologie

As. Aluculesei Angela- asistent coordonator compartiment Reumatologie  
Dr. Comanac Camelia- sef compartiment Geriatrie si Gerontologie  
As. Micu Elena- asistent coordonator compartiment Geriatrie si Gerontologie  
As. Tofan Alina- asistent coordonator spitalizare de zi  
**Secretar:** Ec. Hritcu Dorina

**Art. 2** Membrii Comisiei de coordonare sint desemnati si Coordonatori de Calitate in sectoarele unde isi desfasoara activitatea si raspund de instruirea personalului pe probleme de managementul calitatii, pregatirea in vederea reacreditarii, mentinerea standardelor de acreditare, monitorizare post acreditare, pregatirea si participarea la audituri de supraveghere ale Sistemelor ISO de certificare -acreditare, elaborarea /implimentarea protocoalelor / procedurilor specific fiecarui sector de activitate, implimentarea si respectarea Planului anual de instruire specific Managementului Calitatii, coordonarea personalului in ceea ce priveste calitatea actului medical si conditiilor hoteliere, alte probleme specifice Managementului Calitatii, colaborarea cu Echipa de Gestionare a Riscurilor pentru identificarea si evaluarea riscurilor in vederea elaborarii registrului de riscuri pe sectii/ compartimente/ servicii , precum si monitorizarea acestora.

Activitatea acestora ca si Coordonatori de Calitate se va desfasura sub colaborarea si indrumarea Biroului MCSM.

**Art. 3** In situatia in care Presedintele Comisiei din motive obiective nu se poate prezenta la sedinte, acesta va fi suplinut de Managerul unitatii – Ec. Varzari Gabriela Mariana.

**Art. 4** In situatia in care un membru al Comisiei, din motive obiective , nu se poate prezenta la sedinte, acesta va fi suplinut de catre o persoana desemnata de acesta, din cadrul structurii pe care o conduce sau din care face parte, in cazul in care exista o astfel de persoana.

**Art. 5** Atributiile si responsabilitatile Comisiei de Coordonare a Implementarii Managementului Calitatii Serviciilor si Sigurantei Pacientilor, **sunt urmatoarele:**

- a) Face propuneri privind obiectivele si activitatile cuprinse in Planul anual al managementului calitatii si sigurantei pacientilor. In acest sens, se asigura ca recomandarile cele mai pertinente de imbunatatire a calitatii serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfactie a pacientilor se regasesc in planul de imbunatatire a calitatii, functie de fondurile financiare la dispozitie;
- b) Inainteaza Consiliului medical propuneri privind programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite in cadrul unitatii, pe baza procedurilor operationale specifice si a standardelor de calitate;
- c) Asigura mecanismele de relationare a tuturor structurilor unitatii in vederea imbunatatirii continue a sistemului de management al calitatii, fiind in acest sens obligat sa faca propuneri fundamentate legal;
- d) Face propuneri fundamentate care sustin implementarea strategiilor si obiectivelor referitoare la managementul calitatii declarate de managerul spitalului (prin planul strategic si planul de management);
- e) Analizeaza neconformitatile constatate in derularea activitatilor de catre oricare dintre membrii Comisiei si propune managerului actiunile de imbunatatire sau corective ce se impun;
- f) Identifica activitatile critice care pot determina intârzieri in realizarea obiectivelor din Planul anual al managementului calitatii si sigurantei pacientilor si face propuneri privind actualizarea planului;
- g) Prin membrii sai, pune la dispozitie informatiile necesare intocmirii analizei modului de respectare a termenelor de realizare a activitatilor in vederea identificarii cauzelor de intâzriere si adoptarii masurilor care se impun pentru jindeplinirea obiectivelor;
- h) Analizeaza si propune masurile pentru atingerea obiectivelor / activitatilor care privesc: reacreditarea spitalului, monitorizarea post-acreditare, implementarea si dezvoltarea continua a conceptului de "Calitate";
- i) Asigura prin membrii sai, difuzarea catre intreg personalul spitalului a informatiilor privind stadiul implementarii sistemului de management al calitatii.

- j) Analizeaza intocmirea de autoevaluari pentru monitorizarea implementarii managementului calitatii si urmareste ca rezultatele acestora sa fundamenteze masurile de imbunatatire a calitatii serviciilor, adoptate la nivelul spitalului;
- k) Evalueaza anual nivelul de conformitate a respectarii unor proceduri si protocoale aprobate, de la nivelul sectoarelor de activitate din spital, in a caror implementare s-au constatat neregularitati;
- l) Face propuneri privind luarea masurilor necesare in vederea respectarii principiilor si valorilor calitatii, conform misiunii asumate de catre spital si se preocupa de implementarea si dezvoltarea culturii calitatii in Spital, având in acest sens obligatia de a aviza Codul de conduita existent la nivelul spitalului, precum si eventualele modificari/completari la acesta;
- m) In situatia producerii unor evenimente adverse la nivelul spitalului, face propuneri de nominalizare de catre comisia de analiza a respectivelor evenimente, in functie de natura evenimentului si de microstructura/locatia in care s-au produs acestea. Dupa emiterea de catre comisia de analiza a evenimentelor adverse, a rapoartelor de analiza, a cauzelor care au dus la aparitia respectivelor evenimente, face propuneri concrete in vederea implementarii masurilor pentru prevenirea repetarii lor;
- n) Monitorizeaza conditiile de obtinere/mentinere a tuturor certificatelor de calitate specifice activitatilor desfasurate in toate sectoarele de activitate ale spitalului;
- o) Analizeaza anual propunerile privind tematica pentru instruirea angajatilor privind asigurarea si imbunatatirea continua a calitatii serviciilor de sanatate si a sigurantei pacientului, diferentiata pe categorii de personal, in scopul prioritizarii acestora;
- p) Analizeaza anual propunerile formulate de catre persoana desemnata de manager, sa desfasoare activitatea de informare si relatii publice, in ceea ce priveste continutul programului de pregatire pentru imbunatatirea comunicarii personalului spitalului cu pacientii/ insotitorii/ apartinatorii;
- q) Asigura interfata necesara elaborarii de protocoale/intelegeri scrise intre sectii privind asistenta medicala, consultului interdisciplinar, etc.;
- r) Face propuneri concrete privind asigurarea cu resurse de catre conducerea spitalului pentru realizarea fiecarui obiectiv din programul de management al calitatii si sigurantei pacientilor;
- s) Realizeaza anual analiza obiectivitatii evaluarii nivelului de satisfactie al pacientilor prin utilizarea chestionarelor de satisfactie;
- t) Identifica procesele din organizatie si disfunctiile produse in desfasurarea acestora, intocmind propuneri fezabile de remediere a neajunsurilor constatate;

**Art. 6** Modul de desfasurare a activitatii Comisiei de coordonare se va desfasura pe baza Regulamentului de organizare si functionare specific care urmeaza sa fie elaborat ulterior emiterii deciziei de constituire .

**Art. 7** Serviciul RUNOS va aduce la cunostinta decizia persoanelor nominalizate, si va completa in Fisele de post ale acestora atributiile si responsabilitatile din cadrul Comisiei de coordonare ca si Coordonatori de calitate .

**Art. 8** Persoanele nominalizate si serviciul RUNOS vor duce la indeplinire prevederile prezentei decizii .

**Art. 9** Prezenta Decizie modifica corespunzator Decizia nr. 55 din 01.05.2019.

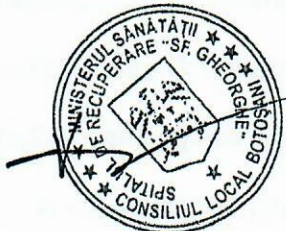
**Data astazi: 14.06.2019**

**Manager,  
Ec. Gabriela Mariana Varzari**

**Am primit un exemplar:**

**Dr. Boghian Elena- director medical**

**Ec. Varzari Gabriela Mariana- manager**



- Ec. Matrescu Gina Liliana- director financiar contabil *Matrescu*
- Ec. Costea Mihaela- sef serviciu RUNOS *Costea*
- As. Costia Liviu -RMC *Costia*
- Consilier Varzari Diana- structura de management al calitatii *Varzari*
- Farmacist Amtrului Anca- farmacist sef *Anca*
- Ec. Amanaloie Carmen- sef serviciu administrativ- achizitii *Amanaloie*
- Ing. Grigore Paul- responsabil IT *Grigore*
- Dr. Alecu Irina- coordonator Compartiment PLIAAAM *Alecu*
- Dr. Pralea Marius Dan- coordonator baza de tratament BFT *Pralea*
- As. Niculina Carmen – asistent sef baza tratament BFT *Niculina*
- As. Aparaschivei Loredana- reprezentantul salariatilor presedinte sindicat *Aparaschivei*
- As. Matei Ecaterina- asistent igiena coordonator sterilizare *Matei*
- Dr. Ciobanu Simona- coordonator camera de garda *Ciobanu*
- Dr. Bercea Viviana- coordonator laborator explorari functionale *Bercea*
- Ch. Raileanu Mirela Daniela- sef laborator de analize medicale *Raileanu*
- Dr. Dohotariu Alin- coordonator laborator radiologie si imagistica medicala
- Dr. Cauneac Roxana- sef sectie RMFB I *Cauneac*
- As. Humureanu Angelica- asistent sef sectie RMFB I *Humureanu*
- Dr. Catargiu Ionel Dorin- sef sectie RMFB II *Catargiu*
- As. Baetu Ledita- asistent sef sectie RMFB II *Baetu*
- Dr. Aursulesei Mihaela- sef compartiment Reumatologie *Aursulesei*
- As. Aluculesei Angela- asistent coordonator compartiment Reumatologie *Aluculesei*
- Dr. Comanac Camelia- sef compartiment Geriatrie si Gerontologie *Comanac*
- As. Micu Elena- asistent coordonator compartiment Geriatrie si Gerontologie *Micu*
- As. Tofan Alina- asistent coordonator spitalizare de zi *Tofan*
- Ec. Hritcu Dorina *Hritcu*