420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404
E-mail: contact@sjub.ro

Nr. 554 din 15.01.2026

RAPORT DE ACTIVITATE MANAGEMENTUL CALITĂȚII SERVICIILOR DE SĂNĂTATE ÎN ANUL 2025

I. INTRODUCERE

Structura de management al calității serviciilor de sănătate funcționează în subordinea managerului unității sanitare, fiind înființată în conformitate cu prevederile Ordinului nr. 1312/250/2020 din 22 iulie 2020 privind organizarea și funcționarea structurii de management al calității serviciilor de sănătate în cadrul unităților sanitare cu paturi și al serviciilor de ambulanță, în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și al siguranței pacientului.

Conform legislației în vigoare, din structura de management al calității serviciilor de sănătate fac parte medici și consilieri, personalul având obligația de a face dovada absolvirii unui program de formare în domeniul managementului calității în sănătate recunoscut de ANMCS sau de a absolvi acest program în maximum un an de la data încadrării. Personalul încadrat ocupă, conform prevederilor legale, un post cu normă întreagă sau fracțiune de normă, potrivit Legii nr. 53/2003 – Codul muncii, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Structura de management al calității serviciilor de sănătate este condusă de Director Managementul Calității. Rolul acesteia constă în planificarea, organizarea, coordonarea, îndrumarea metodologică și monitorizarea activităților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului.

În vederea realizării obiectivelor specifice și a îndeplinirii atribuțiilor generale și specifice, structura de management al calității colaborează cu toate structurile din cadrul unității sanitare care furnizează servicii de sănătate, în conformitate cu cerințele standardelor adoptate de Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS).

II. OBIECTIVE SPECIFICE STABILITE PENTRU ANUL 2025

1. Asigurarea continuității dezvoltării culturii organizaționale în vederea integrării conceptelor de calitate și siguranță a pacientului în activitatea curentă;
2. Verificarea permanentă a unității sanitare în vederea etapei de monitorizare post-acreditare – ciclul II ANMCS, prin coordonarea și verificarea procesului de elaborare, implementare și monitorizare a eficienței documentelor calității;
3. Coordonarea implementării Planului anual de îmbunătățire a calității;
4. Implementarea sistemului de monitorizare a eficienței și eficacității proceselor majore, inclusiv prin realizarea auditului clinic de autoevaluare.

III. ACTIVITATEA DESFĂȘURATĂ PE PARCURSUL ANULUI 2025

Obiectiv 1

Dezvoltarea culturii organizaționale în vederea integrării conceptelor de calitate și siguranță a pacientului

În anul 2025 a fost realizată reinstruirea personalului de conducere din cadrul secțiilor și compartimentelor privind managementul calității, prevenirea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale și diminuarea riscurilor care pot conduce la apariția acestora.

Au fost prezentate:

- măsurile de prevenire și diminuare a riscurilor;

- procedurile de sistem și operaționale elaborate pentru prevenirea și limitarea evenimentelor adverse;
- analiza evenimentelor adverse survenite la nivelul secțiilor din cadrul SCJU Bistrița;
- neconformitățile identificate în procesele de monitorizare și autoevaluare, precum și modalitățile de soluționare a acestora.

Materialele au fost diseminate către întreg personalul prin intermediul șefilor de secții și al asistenților medicali șefi/coordonatori, în urma instruirilor realizate de reprezentanții Serviciului de Management al Calității Serviciilor de Sănătate (SMCSS).

Rezultat:

- participarea la instruire a medicilor șefi/coordonatori și a asistenților medicali șefi/coordonatori;
- instruirea întregului personal din secții și compartimente.

Obiectiv 2

Verificarea unității sanitare pentru etapa de monitorizare – ciclul II de acreditare ANMCS

Pe parcursul anului 2025, SMCSS a acordat sprijin coordonatorilor de structuri în realizarea procesului de autoevaluare prin intermediul Fișei de Autoevaluare din platforma CaPeSaRo, oferind îndrumare metodologică privind aplicarea cerințelor de acreditare.

Au fost realizate următoarele activități:

- analiza modului de implementare a reglementărilor și actualizarea procedurilor de lucru;
- organizarea de grupuri de lucru, sesiuni de analiză și instruire;
- elaborarea, revizuirea și transmiterea în CaPeSaRo a unui număr de:
    - 289 proceduri operaționale,
    - 160 protocoale medicale,

- 12 instrucțiuni de lucru,

- încărcarea documentelor în rețeaua Intranet și diseminarea acestora către structurile implicate;
- efectuarea de observări directe în secții și compartimente, cu identificarea și remedierea neconformităților.

Rezultat:

Toți șefii de structuri au beneficiat de consiliere de specialitate, fiind stabilite măsuri concrete pentru creșterea calității actului medical și a siguranței pacientului

Obiectiv 3

Coordonarea implementării Planului anual de îmbunătățire a calității

SMCSS a coordonat implementarea Planului de management al calității serviciilor de sănătate, stabilind, împreună cu Consiliul Medical, obiectivele, activitățile, responsabilitățile, resursele și termenele de realizare.

Obiectivele stabilite pentru îmbunătățirea calității și activitățile desfășurate pentru atingerea acestora sunt următoarele:

A. Identificarea ariilor și proceselor administrative și clinice pentru implementarea activităților de îmbunătățire a calității

În vederea îmbunătățirii continue a calității serviciilor de sănătate furnizate, au fost desfășurate următoarele activități:

- Elaborarea, împreună cu Consiliul Medical, coordonarea și monitorizarea implementării Planului de management al calității serviciilor de sănătate;
- Evaluarea periodică a nivelului de conformitate cu standardele și cerințele de monitorizare post-acreditare adoptate de ANMCS;

- Informarea periodică a conducerii unității sanitare și a personalului cu privire la nivelul de implementare a Planului de management al calității serviciilor de sănătate și, după caz, actualizarea acestuia;
- Coordonarea și monitorizarea elaborării documentelor calității (proceduri de sistem și operaționale, protocoale medicale, instrucțiuni de lucru, regulamente, program anual de audit și rapoarte de audit) de către structurile unității sanitare, prin intermediul Registrului documentelor calității;
- Asigurarea instruirii și informării personalului din cadrul SCJU Bistrița cu privire la organizarea și implementarea sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și al siguranței pacientului.

Măsurarea și evaluarea calității serviciilor furnizate

La nivelul *pacientului*:

Calitatea serviciilor a fost evaluată prin intermediul chestionarelor de satisfacție și al reclamațiilor pacienților. Au fost realizate analize lunare, semestriale și anuale la nivelul fiecărei secții, compartiment și al Ambulatoriului integrat, atât pentru sistemul SMS Feedback, cât și pentru chestionarele completate pe parcursul spitalizării.

Rezultatele analizelor au fost comunicate personalului prin intermediul asistenților medicali șefi și al medicilor șefi. În urma analizelor semestriale și anuale au fost stabilite măsuri de îmbunătățire a calității, a căror implementare a fost monitorizată de SMCSS.

Analiza lunară a chestionarelor de satisfacție are atât rolul identificării ariilor care necesită îmbunătățiri, cât și rolul conștientizării importanței activității desfășurate, prin raportare la percepția pacienților asupra serviciilor primite.

La nivelul *structurilor*:

Au fost monitorizați indicatorii de calitate la nivelul structurilor, cu frecvență semestrială și anuală, pentru a evalua conformitatea acestora cu cerințele și nivelurile prestabilite.

La nivelul *spitalului*:

Au fost desfășurate audituri interne conform Programului anual de audituri pentru anul 2025, precum și audituri tematice realizate la solicitarea managerului, ca urmare a rapoartelor transmise de comisiile interne sau a rezultatelor chestionarelor de satisfacție.

Auditul clinic a fost utilizat ca metodă de autoevaluare pentru identificarea dificultăților în implementarea protocoalelor medicale, necesitatea îmbunătățirii practicii medicale curente, a resurselor disponibile sau actualizarea protocoalelor utilizate. Echipele de audit clinic au fost constituite din membrii echipelor medicale ale secțiilor analizate, sub coordonarea medicului șef, cu sprijinul tehnic al SMCSS și al echipei de coordonare a activităților de audit clinic.

Auditul clinic a furnizat informații privind elementele de bună practică, precum și posibile deficiențe sau puncte slabe în desfășurarea proceselor analizate.

- Îndrumarea responsabililor de riscuri de la nivelul structurilor în activitatea de identificare și management al riscurilor;
- Monitorizarea elaborării, implementării și evaluării eficacității și eficienței procedurilor și protocoalelor, conform listei indicatorilor de calitate, prin analize și rapoarte specifice;
- Centralizarea și transmiterea semestrială și anuală a indicatorilor de performanță privind procesul de implementare a sistemului de management al calității și siguranței pacientului (morbiditate spitalizată, număr de pacienți internați, structura veniturilor și cheltuielilor, activitatea structurilor cu paturi, activitatea UPU, activitatea Ambulatoriului integrat și mortalitatea pe cauze de boală) către ANMCS, prin intermediul platformei electronice CaPeSaRo;
- Completarea și actualizarea permanentă a Registrului de măsuri în timp real, cu problemele identificate și măsurile dispuse în cadrul ședințelor de Comitet Director, Consiliu Medical, controalelor instituțiilor abilitate și altor ședințe de lucru. Registrul este pus la dispoziția personalului prin rețeaua Intranet;
- Completarea și actualizarea Registrului de riscuri, disponibil pe Intranetul spitalului.

B. Identificarea și monitorizarea evenimentelor santinelă, a evenimentelor adverse și a situațiilor de tip „near miss”

În perioada 01.01.2025 – 31.12.2025 au fost înregistrate 222 de evenimente adverse asociate asistenței medicale. Acestea au fost raportate către ANMCS, prin platforma electronică CaPeSaRo, în conformitate cu prevederile Ordinului nr. 639/2016, în termen de maximum 24 de ore de la producere.

Pentru fiecare eveniment advers raportat a fost realizată analiza cauzelor în termen de 30 de zile, fiind stabilite măsuri corective și preventive în vederea reducerii riscului de reapariție a acestora.

C. Instruirea continuă a personalului cu privire la procedurile pentru siguranța pacientului

Pe parcursul anului 2025 au fost realizate instruiri periodice ale personalului medical și auxiliar privind:

- identificarea corectă a pacientului;
- îmbunătățirea comunicării între membrii echipei medicale;
- siguranța medicației de risc înalt;
- reducerea riscului de cădere a pacienților internați;
- reducerea riscului de apariție a infecțiilor asociate asistenței medicale.

D. Considerente generale privind managementul riscului și educarea personalului

1. Managementul riscurilor

Monitorizarea performanțelor și inițierea acțiunilor de îmbunătățire reprezintă un proces permanent. În situațiile în care analiza datelor a evidențiat necesitatea implementării unor măsuri suplimentare, au fost inițiate activități de îmbunătățire a proceselor.

Șefii secțiilor, compartimentelor medicale și ai departamentelor administrative pot solicita inițierea activităților de îmbunătățire a calității și siguranței pacientului. SMCSS poate

propune măsuri de îmbunătățire împreună cu Comitetul Director, acesta fiind responsabil de aprobarea și aplicarea măsurilor corective.

Identificarea și reducerea riscurilor se realizează conform Politicii de management al riscurilor, utilizând metoda de analiză proactivă a evenimentelor cu potențial de risc ridicat. După evaluarea probabilității, severității și frecvenței, se calculează scorul de risc și se stabilesc măsurile de siguranță. Ulterior implementării măsurilor corective, scorul de risc este reevaluat.

2. Comunicarea și educarea personalului

Având în vedere complexitatea serviciilor furnizate de Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița, asigurarea unei comunicări eficiente între structuri și educarea continuă a personalului reprezintă elemente esențiale.

În acest sens, au fost propuse și implementate următoarele activități:

- implementarea unui plan de instruire și inducție pentru personalul nou angajat, care include aspecte privind calitatea actului medical, regulamentele interne, relația cu pacientul, documentarea actului medical și siguranța pacientului;
- realizarea de instruiri periodice, cu frecvență trimestrială, pentru comunicarea rezultatelor auditurilor interne.

Alte activități desfășurate

- Asigurarea funcției de secretariat al Consiliului Medical și întocmirea proceselor-verbale;
- Participarea, prin membri desemnați, la ședințele Comisiei Nucleu de Calitate și ale Comisiei de Alimentație și Dietetică, precum și asigurarea secretariatului acestora;
- Evidența, monitorizarea și actualizarea lunară a structurilor de specialitate din cadrul spitalului (comisii, consilii, comitete), în anul 2025 fiind funcționale 27 de structuri, conform ROF;
- Monitorizarea condițiilor de contractare cu CAS și transmiterea informărilor privind modificările apărute;

- Întocmirea și depunerea documentației necesare încheierii actelor adiționale cu CJAS Bistrița;
- Colaborarea cu responsabilul de site al spitalului pentru publicarea documentelor specifice;
- Actualizarea și modificarea documentelor disponibile pe rețeaua Intranet;
- Pregătirea documentației pentru auditul anual privind implementarea standardelor ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018 și ISO 22000:2018.

OBIECTIVE SPECIFICE ȘI DIRECȚII DE ACȚIUNE PROPUSE PENTRU ANUL 2026

1. Îmbunătățirea indicatorilor de performanță și calitate;
2. Creșterea satisfacției pacienților;
3. Îmbunătățirea calității actului medical;
4. Îmbunătățirea gradului de reglementare a proceselor-cheie;
5. Dezvoltarea sistemului de monitorizare a respectării procedurilor;
6. Îmbunătățirea managementului riscurilor;
7. Îmbunătățirea calității vieții profesionale și reducerea burnout-ului;
8. Optimizarea sistemului de raportare a neconformităților;
9. Gestionarea eficientă a evenimentelor adverse;
10. Îmbunătățirea comunicării cu pacienții;
11. Dezvoltarea sistemului de control intern managerial;
12. Coordonarea planului de management al calității;
13. Dezvoltarea competențelor personalului în domeniul calității.

Director MCSS

Mihaela Moruțan