



CONSILIUL JUDEȚEAN TELEORMAN
SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ALEXANDRIA
Alexandria, Str. Libertății nr. 1, jud. Teleorman
Tel.Secretariat 0247306711/Fax. 0247306757
e-mail: sjalexandria@gmail.com



VARIANTA I
**BAREM CONCURS PENTRU OCUPAREA POSTULUI VACANT DE
REFERENT DE SPECIALITATE I IN CADRUL
SERVICIULUI MANAGEMENTUL CALITATII
SERVICIILOR DE SANATATE**

1. Cum se clasifica spitalele in functie de regimul proprietatii si in functie de specificul patologiei?
10 PUNCTE

(3) Spitalele se organizează și funcționează, în funcție de regimul proprietății, în:

a) spitale publice, organizate ca instituții publice

b) spitale private, organizate ca persoane juridice de drept privat

c) spitale publice în care funcționează și secții private

(2) Spitalele se organizează și funcționează, în funcție de specificul patologiei, în spitale generale, spitale de urgență, spitale de specialitate și spitale pentru bolnavi cu afecțiuni cronice

Legea 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii cu modificarile si compeltarile ulterioare art.169

2. Care sunt urmarile neobtinerii acreditarii ANMCS in termen de 5 ani de la emiterea autorizatiei de functionare a spitalului? **10 PUNCTE**

Neobținerea acreditării în termen de 5 ani de la emiterea autorizației de funcționare conduce la imposibilitatea încheierii contractului de furnizare servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.
Legea 95/2006 Titlul VII CAP.II

3. Cum si cand se realizeaza monitorizeaza generala in cadrul procesului realizat de ANMCS?
20 PUNCTE

Monitorizarea generală se realizează prin analiza datelor comunicate de unitățile sanitare, după cum urmează:

1. lunar se analizează date care permit aprecierea următoarelor aspecte:

a) incidența IAAM cu germeni MDR;

b) incidența EAAAM;

2. trimestrial se analizează date care permit aprecierea următoarelor aspecte:

a) utilizarea unor metodologii de identificare activă a EAAAM și a IAAM;

b) identificarea acelor EAAAM și IAAM pentru care s-au stabilit cauzele principale și pot constitui studii de caz pentru învățarea din erori.

3. semestrial se analizează date care permit aprecierea următoarelor aspecte:

a) evoluția morbidității spitalizate în spitalizare continuă și de zi și a adresabilității US;

b) evoluția indicatorilor economico-financiari;

c) apariția modificărilor de structură și analiza modului de integrare a structurilor nou-înființate în activitatea US sau de afectare a funcționalității acestora prin eliminarea unor structuri;

d) dinamica activității structurilor de primiri urgențe și a ambulatoriului integrat;

e) autoevaluarea prin completarea FAE;

4. anual se analizează date care permit aprecierea următoarelor aspecte:

- a) utilizarea registrului riscurilor ca instrument de management al EAAAM se face conform instrucțiunilor din aplicația CaPeSaRo;
- b) actualizarea procedurilor și protocoalelor utilizate la nivelul US, urmărind dinamica proceselor de revizie sau elaborare de noi proceduri sau protocoale, în corelație cu concluziile analizelor EAAAM înregistrate;
- c) îmbunătățirea competențelor profesionale ale membrilor SMC și personalului medical;
- d) dinamica activităților de îmbunătățire a calității;
- e) monitorizarea activității SMC;
- f) evidența auditorilor clinici interni și a auditurilor realizate de către aceștia.

ORDIN 298/2020 ANEXA Metodologie privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului

4. Definiți următorii termeni conform prevederilor Legii 185/2017 privind asigurarea calitatii in sistemul de sanatate:

- Standarde ANMCS
- Sistem de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului

10 PUNCTE

- standarde ANMCS - documente elaborate și adoptate prin consens de către ANMCS în condițiile prezentei legi, care stabilesc, în conformitate cu stadiul actual al științei medicale, nivelul de performanță realizabil și măsurabil, acceptat de către profesioniști și observabil de către populația căreia i se adresează
- sistem de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului - ansamblul mijloacelor si metodelor de asigurare si imbunatatire continua a calitatii serviciilor de sanatate si a sigurantei pacientului, in conformitate cu cerintele standardelor adoptate de catre ANMCS

Legea 185/2017 – privind asigurarea calitatii in sistemul de sanatate - CAP.I

5. Prezentați formatul (cuprinsul) unei proceduri operationale conform prevederilor Ord.600/2018 privind aprobarea codului controlului intern managerial in institutiile publice **10 PUNCTE**

PAGINA DE GARDA

CUPRINS

SCOP

DOMENIU DE APLICARE

DOCUMENTE DE REFERINTA

DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

DESCRIEREA ACTIVITATII SAU PROCESULUI

RESPONSABILITATI

Formular de evidenta a modificarilor

Formular de analiza a procedurii

Formular de distribuire/difuzare

Anexe, inclusiv diagrama de proces

Ord.600/2018 privind aprobarea codului controlului intern managerial in institutiile publice Anexa 2

6. Prezentați conceptul de management al riscurilor asa cum prevede Standardul 8 Managementul riscului din Ord.600/2018 privind aprobarea codului controlului intern managerial in institutiile publice.

20 PUNCTE

Standardul 8 - Managementul riscului

8.1. Descrierea standardului

Conducătorul entității publice organizează și implementează un proces de management al riscurilor care să faciliteze realizarea obiectivelor acesteia în condiții de economicitate, eficiență și eficacitate.

8.2. Cerințe generale

8.2.1. Entitățile publice își definesc propriul proces de management al riscurilor adaptat dimensiunii, complexității și mediului specific, în vederea identificării tuturor surselor posibile de risc și pentru diminuarea sau eliminarea probabilității și impactului riscurilor.

8.2.2. Conducerea entității publice stabilește vulnerabilitățile și amenințările aferente obiectivelor și activităților, care pot afecta atingerea acestora.

8.2.3. Conducătorul entității publice are obligația organizării și implementării unui proces eficient de management al riscurilor, în principal, prin:

a) identificarea riscurilor în strânsă legătură cu activitățile din cadrul obiectivelor specifice a căror realizare ar putea fi afectată de materializarea riscurilor; identificarea amenințărilor/ vulnerabilităților prezente în cadrul activităților curente ale entității care ar putea conduce la nerealizarea obiectivelor propuse și la săvârșirea unor fapte de corupție și fraude;

b) evaluarea riscurilor, prin estimarea probabilității de materializare, a impactului asupra activităților din cadrul obiectivelor în cazul în care acestea se materializează; ierarhizarea și prioritizarea riscurilor în funcție de toleranța la risc;

c) stabilirea strategiei de gestionare a riscurilor (răspunsului la risc) prin identificarea celor mai adecvate modalități de tratare a riscurilor, inclusiv măsuri de control; analiza și gestionarea riscurilor în funcție de limita de toleranță la risc aprobată de către conducerea entității;

d) monitorizarea implementării măsurilor de control și revizuirea acestora în funcție de eficacitatea rezultatelor acestora;

e) raportarea periodică a situației riscurilor se realizează ori de câte ori este nevoie sau cel puțin o dată pe an, respectiv dacă riscurile persistă, în funcție de apariția de riscuri noi, eficiența măsurilor de control adoptate, reevaluarea riscurilor existente etc.

8.2.4. Conducătorii compartimentelor cuprinse în primul nivel de conducere din structura organizatorică a entității publice nominalizează responsabili cu riscurile și asigură cadrul organizațional și procedural pentru identificarea și evaluarea riscurilor, stabilirea strategiei de gestionare a riscurilor, monitorizarea implementării măsurilor de control, revizuirea și raportarea periodică a acestora.

8.2.5. Toate activitățile și acțiunile inițiate și puse în aplicare în cadrul procesului de management al riscurilor sunt riguros documentate, iar sinteza datelor, informațiilor și deciziilor luate în acest proces este cuprinsă în Registrul de riscuri, prevăzut în anexa nr. 1, document care atestă că în cadrul entității publice există un proces de management al riscurilor și că acesta funcționează; Registrul de riscuri pe entitate include numai riscurile semnificative.

8.2.6. Responsabilii cu riscurile din cadrul compartimentelor colectează riscurile aferente activităților, identifică strategia de risc, elaborează Registrul de riscuri la nivelul compartimentelor din primul nivel de conducere, propun măsuri de control și monitorizează implementarea acestora, după ce în prealabil acestea au fost aprobate de către conducătorul compartimentului.

8.2.7. Riscurile sunt actualizate la nivelul compartimentelor ori de câte ori se impune acest lucru, dar obligatoriu anual, prin completarea modificărilor survenite în Registrul de riscuri. Fiecare entitate publică, conform unei proceduri interne și experienței acumulate în managementul riscurilor, poate utiliza o serie de instrumente specifice identificării și urmăririi riscurilor, precum formular de alertă la risc, fișă de urmărire a riscului etc., fără ca acestea să aibă un caracter obligatoriu.

8.2.8. Măsurile de control stabilite de compartimente se centralizează la nivelul entității publice și sunt aprobate de conducătorul entității publice. Măsurile de control sunt obligatorii pentru gestionarea riscurilor semnificative de la nivelul compartimentelor și se actualizează ori de câte ori este nevoie.

8.2.9. Conducătorii compartimentelor din primul nivel de conducere raportează anual desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor, care cuprinde în principal numărul total de riscuri gestionate la nivelul compartimentelor, numărul de riscuri tratate și nesoluționate până la sfârșitul anului, stadiul

implementării măsurilor de control și eventualele revizuirii ale evaluării riscurilor, cu respectarea limitei de toleranță la risc aprobate de conducerea entității publice.

8.2.10. Pe baza raportărilor anuale primite de la compartimente se elaborează o informare privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor la nivelul entității; informarea este analizată și aprobată în Comisia de monitorizare, ulterior aceasta fiind prezentată conducătorului entității publice.

7. Care sunt activitățile principale desfășurate în cadrul structurii de management al calitatii serviciilor de sănătate? **20 PUNCTE**

Pentru realizarea obiectului său de activitate, structura de management al calității serviciilor de sănătate desfășoară următoarele activități principale:

a) *elaborarea, împreună cu celelalte structuri din unitatea sanitară, a planului de management al calității serviciilor de sănătate, precum și coordonarea și monitorizarea implementării acestuia;*

b) *evaluarea periodică a stadiului de implementare a planului de management al calității serviciilor de sănătate și a nivelului de conformitate cu standardele și cu cerințele de monitorizare postacreditare, adoptate de către ANMCS;*

c) *informarea periodică a conducerii și a personalului din cadrul unității sanitare cu privire la nivelul de implementare a planului de management al calității serviciilor de sănătate și, după caz, actualizarea acestuia;*

d) *coordonarea și monitorizarea elaborării de către structurile de la nivelul unității sanitare a documentelor calității;*

e) *asigurarea instruirii și informării personalului din cadrul unității sanitare cu privire la organizarea și implementarea sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;*

f) *măsurarea și evaluarea calității serviciilor furnizate de către unitatea sanitară, inclusiv investigarea nivelului de satisfacție a pacienților;*

g) *coordonarea și controlul activității de colectare și de raportare, conform legislației în vigoare, a datelor și documentelor necesare în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;*

h) *coordonarea și controlul activității de analiză, evaluare și raportare a indicatorilor de monitorizare a conformității la cerințele standardelor ANMCS;*

i) *monitorizarea, centralizarea, analiza și raportarea către ANMCS a situațiilor legate de producerea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale, precum și a altor informații necesare pregătirii evaluării unității sanitare sau monitorizării nivelului de conformitate cu standardele ANMCS;*

j) *coordonarea și participarea, alături de alte structuri din unitatea sanitară, la desfășurarea activităților de audit clinic;*

k) *îndrumarea responsabililor de riscuri de la nivelul structurilor din unitatea sanitară în activitatea de identificare și de management al riscurilor;*

l) *asigurarea consilierii conducerii în domeniul managementului calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului și participarea la elaborarea și implementarea politicii de calitate a serviciilor de sănătate la nivelul unității sanitare;*

m) *elaborarea și înaintarea către conducerea unității sanitare a rapoartelor periodice conținând propuneri și recomandări ca urmare a activităților desfășurate și a rezultatelor obținute;*

n) *monitorizarea elaborării, implementării și evaluării eficacității și/sau eficienței procedurilor și protocoalelor de bune practici clinice și manageriale.*

ORDIN nr. 1.312/250/2020 privind organizarea și funcționarea structurii de management al calității serviciilor de sănătate în cadrul unităților sanitare cu paturi și serviciilor de ambulanță, în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului ART.5