

 unitate aflată în SUPRAVEGHEREA Autorități Naționale de Management al Calității în Sănătate		CONSILIUL JUDEȚEAN GORJ Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu Str. Progresului, nr.18, Cod: 210218 Tel. 0253/210432 Fax 0253/210432 E-mail: office@spitalgorj.ro Cod fiscal 4448067
---	---	--

DISPOZITIA NR. 725
DIN 29.09.2026

MANAGER EC. VIENESCU DUMITRU

Având în vedere:

- referatul nr. 36145/29.09.2026 întocmit de dl Grecu Adrian, consilier în cadrul Compartimentului de Management al Calității Serviciilor de Sănătate prin care solicită actualizarea componenței *Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III* din cadrul unității sanitare;

În baza:

- Legi nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinului ANMCS nr. 139/2026 privind aprobarea Ediției a III-a a Standardelor ANMCS pentru acreditarea unităților sanitare în ciclul al III-lea de acreditare și a Metodologiei de evaluare, reevaluare, acreditare, reacreditare a unităților sanitare și de monitorizare a procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului

În temeiul:

- prevederilor Regulamentului de Organizare și Funcționare al Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu, Regulamentului Intern,

DISPUNE

Art. 1. Începând cu data emiterii prezentei, se aprobă actualizarea *Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III*, comisie care va susține Compartimentul de Management al Calității Serviciilor de Sănătate în atingerea următoarelor obiective:

- reacreditarea spitalului;
- monitorizare post acreditare;
- implementarea și dezvoltarea continuă a conceptului de calitate.

Art.2. La data intrării în vigoare a prezentei dispoziții, se abrogă orice alte dispoziții care contravin acesteia.

Art. 3. Începând cu data emiterii prezentei, se desemnează *Coordonatorii de Calitate în structurile unde își desfășoară activitatea: secții/servicii/compartimente/ambulatoriul integrat al spitalului*, care răspund de următoarele activități:

- instruirea personalului pe probleme de managementul calității;
- pregătirea în vederea monitorizării/reevaluării de către A.N.M.C.S.;
- pregătirea pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III, A.N.M.C.S.;
- menținerea standardelor de acreditare;
- auditarea de supraveghere ISO (unde este cazul);
- elaborarea/implementarea protocoalelor/procedurilor specifice fiecărui sector de activitate;

- implementarea și respectarea planului anual de instruire specific managementului calității;
- coordonarea personalului pe probleme de calitatea actului medical și alte probleme specifice;
- identificarea și evaluarea riscurilor în vederea elaborării registrului de riscuri.

Art. 4. Membrii *Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III* au și calitatea de Coordonatori de Calitate, structura Comisiei fiind următoarea:

Președinte: Director Medical – Dr. Roventța-Grivei Costin-Emilian;

Vicepreședinte: Director Îngrijiri - As. Mătrăgună Laura Melania.

Membrii/Coordonatori de calitate:

Ec. Brîncuș Florin Gabriel -Director Financiar-Contabil-coordonator calitate;

Ing. Toma Cristinel-Director Tehnic-Administrativ-coordonator calitate;

Dr. Purcel Iuliana-Președinte Consiliu Etic-coordonator calitate;

Dr. Jorj Anamaria Bianca-Responsabil Managementul Calității-coordonator calitate;

Jr. Manea Daniela-Consilier Juridic-coordonator calitate;

Ec. Macarie Daniel Marinel-Șef Serviciul Aprovizionare, Transport, Achiziții Publice-Contractare-coordonator calitate;

Ec. Ciocoiu Eugenia-Șef Serviciu R.U.O.N.S.R.P.S – coordonator calitate;

Ing. Radulescu Claudia Mariana –Șef. Serviciu Evaluare și Statistică Medicală;

Ing. Antonescu Georgica –Responsabil S.S.M-coordonator calitate;

Ing. Ionescu Cornel –Responsabil S.U.- coordonator calitate;

Ec. Mamară Ileana –Șef Serviciu Financiar-Contabilitate-coordonator calitate;

Ec. Scurtu Marilena - Șef Serviciu Administrativ-coordonator calitate;

Dr. Meche Alina –medic coordonator S.P.I.A.A.M –coordonator calitate;

Coordonatori de calitate pe secții/servicii/compartimente/laboratoare/farmacie/ambulatoriu integrat/UPU:

Secția Medicină Internă I:

- șef secție-Dr. Sîrbu Irina Mihaela-coordonator calitate;

- asistent șef-As. Ilie Veronica Ilariana-coordonator calitate;

Secția Gastroenterologie:

- șef secție-Dr. Gheorghioiu Roxana-coordonator calitate;

- asistent șef-As. Stoicoiu Voichița Gabriela-coordonator calitate;

Secția Endocrinologie:

- șef secție- Dr. Boantă Alina Elena – coordonator calitate;

- asistent șef-As. Sîrbu Daniela-coordonator calitate;

Secția Cardiologie:

- șef secție-Dr. Morega Adela Corina-coordonator calitate;

- asistent șef-As. Apostoiu Florentina-coordonator calitate;

Compartiment Terapie Intensivă Coronarieni

- șef secție-Dr. Morega Adela Corina-coordonator calitate;

- asistent coordonator-As. Cîrstoiu Lucian-coordonator calitate;

Secția Pediatrie:

- șef secție-Dr. Ișfan Natalia Simona-coordonator calitate;

- asistent șef-As. Bălăcescu Mihaela-coordonator calitate;

Secția Obstetrică-Ginecologie:

- Șef secție-Dr. Tetileanu Adrian Victor-coordonator calitate;

- Asistent șef-As. Baltă Nicoleta-coordonator calitate;

Secția Neonatologie:

- Șef secție -Dr. Olănescu Luminița-coordonator calitate;
- Asistent șef-As. Popescu Daniela.-coordonator calitate;

Secția Neurologie:

- Șef secție - Dr. Dogariu Ioan-coordonator calitate;
- Asistent șef-As. Duică Anișoara-coordonator calitate;

Secția Medicină Internă II:

- Șef secție- Dr. Guță Natalia-coordonator calitate;
- Asistent șef- As. Murgășanu Violeta-coordonator calitate;

Laborator Analize Medicale

- Medic Șef Laborator-Dr.Grigorian Maria Magdalena-coordonator calitate;

Laborator Explorări Funcționale:

- Șef laborator- Dr. Neamțu Georgeta-coordonator calitate;

Serviciul Anatomie Patologică:

- Șef serviciu-Dr. Firoiu Camelia-coordonator calitate;

Farmaciei nr. 1 cu circuit închis din str. Progresului, nr. 18:

- Farmacist șef-Farm. Căliman Radu-coordonator calitate;

Farmaciei nr. 2 cu circuit închis din str. Tudor Vladimirescu:

- Farmacist șef-Farm. Ciocan Tatiana-coordonator calitate;

Farmaciei nr. 3 cu circuit închis din str. A.I.Cuza:

- Farmacist șef-Farm. Simu Nicolae-Ovidiu-coordonator calitate;

Secția Chirurgie Generală I:

- Șef secție-Dr. Băleanu Vasile-coordonator calitate;
- Asistent șef-As. Blidaru Ramona-coordonator calitate;

Secția Chirurgie Generală II:

- Șef secție-Dr. Soare Claudiu Gabriel-coordonator calitate;
- Asistent șef-as. Mihaiu Anca-coordonator calitate;

Secția Ortopedie-Traumatologie:

- Șef secție- Dr. Nițu Scăueru Florin Alexandru -coordonator calitate;
- Asistent șef- As. Găvan Gabriel-coordonator calitate;

Secția ORL:

- Șef secție-Dr. Tutilă Iulia -coordonator calitate;
- Asistent șef-As. Rotaru Larisa-coordonator calitate;

Secția Oftalmologie:

- Șef secție-Dr. Barbu Letiția Elena-coordonator calitate;
- Asistent șef-As. Buta Marina-coordonator calitate;

Sectia Urologie:

- Șef secție-Dr. Dinu Constantin Mădălin-coordonator calitate;
- Asistent șef-As. Ciochiu Daniela-coordonator calitate;

Sectia Boli Infecțioase:

- Șef secție-Dr. Dragotă Luminița Diana-coordonator calitate;
- Asistent șef-As. Pucica Georgeta-coordonator calitate;

Secția Oncologie:

- Șef secție-Dr. Cîrciumaru Maria-coordonator calitate;
- Asistent șef-As.Simona Crețu-coordonator calitate;

Secția Psihiatrie Acuți:

- Șef secție-Dr. Cîmpeanu Ana-Maria-coordonator calitate;
- Asistent șef-As. Cucu Simena-coordonator calitate;

Secția Dermato-Venerologie:

- Șef secție-Dr. Constantinescu Liliana -coordonator calitate;
- asistent șef-As. Cîrlugea Lelia-coordonator calitate;

Secția ATI I:

- Șef secție-Dr. Crețu Ion-coordonator calitate;
- Asistent șef-As. Ciorteș Laura-coordonator calitate;

Secția ATI II:

- Șef secție-Dr. Dîrnu Rodica-coordonator calitate;
- Asistent șef-As. Samoilă Daniela-coordonator calitate;

Ambulatoriul integrat:

- medic coordonator-Dr. Miruță Andreea-coordonator calitate;
- asistent coordonator-As. Popa Magdalena Mihaela-coordonator calitate;

Serviciul de primire și externare a bolnavilor (str. Progresului, nr. 18):

- asistent coordonator-As. Iordănescu Silvia-coordonator calitate;

Unitatea de Primire a Urgențelor-SMURD:

- medic șef-Dr. Huzu Maddy Andreea -coordonator calitate;
- asistent șef-As. Vintilescu Gheorghe-coordonator calitate;

Camera de Garda (str. A. I. Cuza, nr. 1):

- medic coordonator-Dr. Popescu Marius Adelin -coordonator calitate;
- asistent coordonator-As. Clenciu Maria Liliana-coordonator calitate;

Unitatea de Transfuzii Sanguine I:

- medic coordonator-Dr. Șerban Mircea-coordonator calitate;

Unitatea de Transfuzii Sanguine II:

- medic coordonator-Dr. Iovan Maria Geanina -coordonator calitate;

Sterilizare:

- asistent șef - As. Gogulescu Eleonora-coordonator calitate;

Stația de Hemodializă:

- medic coordonator-Dr. Coleașă Mădălin Theodor-coordonator calitate;

Secretar Comisie:

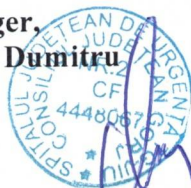
- responsabil managementul calității (RMC)- dr. Jorj Anamaria Bianca.

Art. 5. Activitatea Comisiei se va desfășura în baza *Regulamentului de organizare și funcționare a Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III*, care se constituie în Anexa nr. 1 la prezenta dispoziție.

Art. 6. Prezenta dispoziție se comunică membrilor Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III, desemnați la art. 4, în format electronic folosind e-mailul, prin grija Compartimentului de Management al Calității Serviciilor de Sănătate, purtătorul de cuvânt va aduce la cunoștința publică prin afișare pe site-ul oficial al institutiei www.spitalgorj.ro.

Art. 7. Serviciul R.U.O.N.S.R.P.S va ataşa la fişele de post ale persoanelor nominalizate, atribuţiile stabilite prin *Regulamentul de organizare şi funcţionare a Comisiei de coordonare a implementării managementului calităţii serviciilor şi siguranţei pacienţilor şi de pregătire a Spitalului Judeţean de Urgenţă Târgu Jiu pentru evaluare în vederea obţinerii acreditării ciclul III.*

Manager,
Ec. Vienesu Dumitru



Managementul Calităţii,
Consilier. Grecu Adrian

Consilier Juridic,
Jr. Corcoveanu Laura

Regulamentul de organizare și funcționare a Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III.

I. Cadru general

Art. 1. Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu, pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III se înființează în baza dispoziției, emisă de managerul spitalului și funcționează în conformitate cu prezentul regulament.

Art. 2. Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu, pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III se înființează ca urmare a cerinței Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate.

II. Organigrama

Art. 3. Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III este formata din:

- 1) președinte;
- 2) vicepreședinte;
- 3) secretar;
- 4) membrii;

III. Atribuții

Art. 4. Membrii Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III au următoarele atribuții:

- 1) Stabilesc misiunea și viziunea unității sanitare, în concordanță cu nevoia de servicii de sănătate a comunității și resursele existente sau potențiale.
- 2) Susțin Structura de Management al Calității în atingerea obiectivelor.
- 3) Reacreditarea spitalului.
- 4) Monitorizarea post acreditare.
- 5) Implementarea și dezvoltarea continuă a „conceptului de calitate”.
- 6) Identifică procesele din organizație și problemele cu care se confruntă în desfășurarea acestora.
- 7) Analizează conținutul standardelor de acreditare și stabilește care sunt diferențele între indicatorii de structură, de proces și de rezultat din unitate și din standarde, care este drumul de parcurs pentru a atinge cel mai înalt grad de conformitate cu standardele.
- 8) Stabilesc obiectivele, activitățile, resursele și termenele de realizare cu responsabilități.
- 9) Stabilesc obiectivele specifice proceselor pentru a atinge standardele de referință.
- 10) Stabilesc modul de monitorizare și evaluare a derulării procesului de reacreditare;
- 11) Stabilește documentația necesară asigurării trasabilității proceselor eliminând documentele și înscrisurile redundante și inutile.
- 12) Coordonează elaborarea documentației aferente procesului de reacreditare.
- 13) Elaborează documentele conform procedurilor și metodologiei de acreditare.
- 14) Identifică activitățile pentru care este necesar să se elaboreze proceduri de sistem sau operaționale, pentru a asigura omogenitatea modului de acțiune.

- 15) Organizează elaborarea procedurilor operaționale specifice activității desfășurate.
- 16) Stabilesc circuitul documentelor, având în vedere siguranța și securitatea informațiilor.
- 17) Se asigură de instruirea, corectitudinea implementării, conștientizarea și asumarea procedurilor.
- 18) Se asigură de păstrarea confidențialității celor dezbătute.
- 19) Pregătesc documentele necesare validării conformității cu cerințele din standard.
- 20) Raportează stadiului realizării obiectivelor specifice proceselor (inclusiv prelucrarea statistică a datelor cu privire la performanța proceselor) către conducerea instituției.
- 21) Analizează și soluționează neconformitățile constatate și situațiile necorespunzătoare sesizate.
- 22) Trasează planul de măsuri pentru neconformitățile, situațiile necorespunzătoare sesizate.
- 23) Verifică eficacitatea acțiunilor corective dispuse.
- 24) Colaborează cu EGR (echipa de gestionare a riscurilor) în activitățile de identificare și analiză a riscurilor.
- 25) Menține continuitatea calității serviciilor medicale.
- 26) Raportează periodic sau la cererea conducerii aspectele referitoare la standarde.
- 27) Participă la analiza managementului.
- 28) Se întrunește ori de câte ori este nevoie, fiecare întrunire se va consemna într-un Proces-verbal.
- 29) Colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.
- 30) Cooperează cu membrii comisiilor de evaluare.
- 31) Asigură interfața în fața organismelor de acreditare.
- 32) Participă la programul de evaluare.
- 33) Transmite documentele solicitate sub forma de hârtie sau electronic comisiei de evaluare.
- 34) Se pun de acord în ceea ce privește programul de evaluare împreună cu membrii comisiei de evaluare pentru a nu perturba buna desfășurare a activității spitalului.
- 35) Participă la ședințele de deschidere, informare zilnică, de informare finală.
- 36) Gestionează și aplanează situațiile tensionate.
- 37) Coordonează elaborarea documentației aferente procesului de acreditare.
- 38) Monitorizează și măsoară indicatorii specifici proceselor.

Art. 5. Persoanele nominalizate în dispoziția managerului de înființare a Comisiei, care fac parte din structurile medicale, pe lângă atribuțiile de la **Art. 4**, vor avea și următoarele atribuții:

- 1) Revizuiesc protocoalele existente.
- 2) Elaborează protocoale/algoritmi de stabilire diagnostic pe afecțiunile mai frecvente.
- 3) Elaborează protocoale de prescriere medicamente/investigații costisitoare.
- 4) Elaborează protocoale specifice secției/compartimentului unde își desfășoară activitatea medicală.
- 5) Elaborează proceduri de îngrijire specifice.
- 6) Elaborează protocoale/documente scrise între secții privind asistența medicală.
- 7) Elaborează proceduri privind transferurile intra și interspitalicești, consulturi interdisciplinare.

Art. 6. În vederea îndeplinirii atribuțiilor proprii, Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III va avea în vedere:

- 1) Obligațiile comisiei.
- 2) Necesitatea respectării regulilor Comisiei de coordonare.
- 3) Creșterea calității serviciilor medicale.
- 4) Dezvoltarea continuă a sistemelor de management al calității.

Art. 7. Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III se întrunește lunar și ori de câte ori este nevoie, pentru analizarea stadiului implementării sistemului de management al calității în ceea ce privește acreditarea ciclul III.

Art. 8. Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III se întrunește lunar și ori de câte ori este nevoie, la sesizarea oricărui membru al comisiei, pentru soluționarea situațiilor neconforme.

Art. 9. Fiecare întrunire se va consemna într-un Proces-verbal care va cuprinde toate aspectele, atât cele sesizate, cât și măsurile propuse a fi luate de către președintele comisiei sau de către alți membri și acceptate în conformitate cu legislația în vigoare.

Art. 10. Procesul verbal se va întocmi de către secretarul comisiei, care ulterior îl va înainta președintelui Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III.

Art. 11. La fiecare întrunire membrii comisiei vor analiza dacă măsurile de îmbunătățire propuse la întrunirea anterioară au avut efectul așteptat și situațiile neconforme sau sesizările s-au remediat.

Art. 12. Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical și a implementării/dezvoltării „Conceptului de calitate”.

IV. Dispoziții finale

Art. 13. Metodologia prezentată privind organizarea și funcționarea Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a Spitalului Județean de Urgență Târgu Jiu pentru evaluare în vederea obținerii acreditării ciclul III este adoptată de toți membrii și devine obligatorie. Toate materialele elaborate vor fi gestionate de secretarul comisiei și arhivate conform legii. Comisia va avea un Registru în care se va înregistra toate documentele primite și cele elaborate.

Manager,
Ec. Vienesu Dumitru



Managementul Calității,
Consilier Grecu Adrian

Consilier juridic,
Jr. Corcoveanu Laura