

SPITALUL ORĂȘENESC LUDUȘ  
Dr. VALER RUSSU

ANMCS  
unitate aflată în  
PROCES DE ACREDITARE  
CICLUL al II-lea

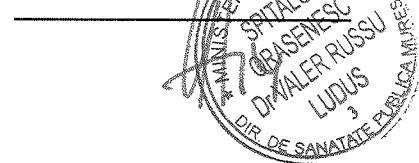


Acest document contine informații și date care sunt proprietatea Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș. Reproducerea și difuzarea sunt în exclusivitate drepturile spitalului.

Nr.5361/04.05.2020

## APROB

Managerul Spitalului  
Ec.Claudia Uru



# PLAN DE ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII ÎN SPITALUL ORĂȘENESC DR. VALER RUSSU LUDUȘ

2020

**NOTĂ:** - Proiectul de "Plan" a fost analizat și avizat favorabil în ședința Consiliului medical din data de 27.04.2020 (P.V. nr.5061 din 27.04.2020, ) și în ședința Comitetului director din data de 30.04.2020 (P.V. nr. 5248 din 30.04.2020 ).

Consiliul Local Luduș

Spitalul Orășenesc „Dr. Valer Russu” Luduș

Romania, 545200, Luduș, Județul Mureș, B-dul 1 Decembrie 1918, Nr. 20

CUI: 4323543, Tel :+40-265-411889, Fax :+40-365-430755, e-mail :[spludus@gmail.com](mailto:spludus@gmail.com), [www.spital-ludus.ro](http://www.spital-ludus.ro)  
Operator de date cu caracter personal înregistrat la ANSPDCP nr. 13540



## CUPRINS

<b>A. Introducere: Scurtă analiza de situație a spitalului.....</b>	<b>4</b>
A.1. Profilul, categoria și nivelul de acreditare a spitalului .....	4
A.2. Caracteristici relevante ale populației deservite .....	4
A.3. Structura spitalului și serviciile oferite de către acesta.....	5
A.4. Situația resurselor umane .....	8
A.5. Situația financiară a spitalului .....	8
A.6. Situația dotării spitalului .....	9
A.7. Situația principalilor indicatori de performanță realizati.....	11
A.8. Analiza SWOT .....	15
<b>B. Misiunea, viziunea și valorile spitalului.....</b>	<b>17</b>
<b>C. Obiective strategice ale spitalului în domeniul calității.....</b>	<b>18</b>
<b>D. Identificarea problemelor de calitate și siguranță actuale ale spitalului.....</b>	<b>20</b>
<b>E. Prioritizarea problemelor de calitate identificate.....</b>	<b>22</b>
<b>F. Măsuri de soluționare a principalelor probleme de calitate. Graficul Gantt.....</b>	<b>26</b>
<b>G. Resurse necesare, surse de finanțare.....</b>	<b>40</b>
<b>H. Indicatori urmăriți.....</b>	<b>43</b>
<b>I. Posibile disfuncționalități/bariere în implementarea măsurilor propuse .....</b>	<b>44</b>
<b>J. Metode, instrumente și surse de date utilizate.....</b>	<b>45</b>

### A.1. Profilul, categoria și nivelul de acreditare a spitalului

Spitalul este instituție publică, finanțată cu preponderență din venituri proprii, și funcționează în baza Legii nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, titlul VII și a Legii nr. 346/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății.

În același timp, Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș a cărei misiune vizează creșterea calității serviciilor de sănătate.

Totodată, Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș este clasificat în **categoria IV** conform Ordinului ministrului sănătății 493/13.05.2011, prin aplicarea prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență.

În trimestrul IV al anului 2015, Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș a fost evaluat de către o comisie de evaluare a Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate în vederea acreditării. În baza Ordinului nr. 603/29.09.2016 al președintelui A.N.M.C.S., Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș a fost încadrat în categoria „**Nivel acreditat**”.

Potrivit prevederilor Anexei nr. 1 la Ordinul președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate pentru aprobarea "Planului Multianual pentru Ciclul II de acreditare", Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș va intra în etapa de evaluare și acreditare.

### A.2. Caracteristici relevante ale populației deservite

La nivelul Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș a fost întocmită "Analiza privind nevoile de îngrijire a populației deservite din zona de acoperire a Spitalului Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul acoperit de acesta" care reprezintă Anexa nr. 1 și face parte integrantă din "Planul strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș în perioada 2020-2024".

- În ceea ce privește populația deservită de către spital, respectiva analiză relevă următoarele:
- Piramida populației deservite de către S.O. Luduș are formă de amforă cu tendințe de îngustare a bazei piramidei și de îngroșare progresivă a vârfului acesteia, anunțând instalarea unui proces de îmbătrânire demografică, grupa de vîrstă 0 – 14 ani reprezentând 14,29 % din totalul populației deservite, în contextul în care grupa de vîrstă 65 – 84 și 85+ ani reprezintă 16,10% și 2,22% .
- Procesul îmbătrânirii populației deservite de către S.O. Luduș , în mare măsură, este mai ușor accentuat pentru bărbați, datorită nivelului înalt al mortalității femeilor din grupa de vîrstă aptă de muncă.
- În perioada la care se referă analiza, la nivelul arealului deservit de către S.O. Luduș , primele 3 cauze de deces le-au reprezentat: bolile cardiovasculare, tumorile și bolile respiratorii.
- La nivelul județului Mureș, o simplă analiză a vîrstei deceselor ne arată că vîrsta medie de deces a fost de 73 ani, modul sau vîrstă cea mai frecventă a fost pe toată perioada analizată 2017-2019 a fost 85 ani și peste De asemenea, în funcție de sex, mortalitatea a fost mai crescută la sexul masculin față de gen feminin. În funcție de mediul de proveniență, mortalitatea a fost mai crescută în mediul rural față de mediul urban și ușor mai crescută în 2019 față de anii 2017 și 2018.
- Rata mortalității brute a crescut cu 0,3% de la 12-12,3% în județul Mureș în 2019.
- Mortalitate generală în anul 2019 aferentă județului Mureș pe medii prezintă o pondere de rural 13,4% rural iar în urban de 11,3%, luând în considerare mortalitatea pe gen aceasta este de 11,6% bărbațesc și 13% gen feminin.

1. În continuare: S.O.L

- Dacă analizăm datele privind mortalitatea standardizată în anul 2019 față de anul 2018, remarcăm creșteri ale ratei în județ Mureș - cu 0,1, de la 8,1% la 8,2%.
- Incidența bolnavilor de Tuberculoză e mai mare în mediul rural și corespunde modelului național care ne spune că numărul cazurilor de TBC este mai crescut la bărbații din mediul rural.
- În ceea ce privește neoplasmele, cu valori ale prevalenței de peste 2500 la 100000 locuitori, ocupă locul 4 după: Bolile cardiovasculare; Diabetul zaharat și afecțiunile psihice. Pe primele 6 locuri, în anul 2019, în ordine descrescătoare, dacă ne referim la localizare, s-au situat: cancerul de sân, bronhopulmonar, cancer al stomacului, cancer al prostatei, colorectal, cancer de ficat. Față de 2017 există o creștere cu 1.092 de cazuri în 2019.
- Aproximativ 1 din 5 români nu știe că are hipertensiune arterială, fiind expus unor riscuri importante în ceea ce privește starea de sănătate, generate de lipsa unei îngrijiri adecvate, care să asigure controlul eficient al afecțiuni.
- Pe plan local, incidența bolnavilor psihici a crescut în anii 2019 și 2018 față de anul 2017, de asemenea a crescut în mediul rural comparativ cu mediul urban.
- Bolnavii dispensariți de medicul de familie au avut, în perioada analizată, ca prime 4 cauze de îmbolnăvire: Bolile hipertensive, Diabetul Zaharat, Cardiopatia ischemică și Tulburările mentale și de comportament;

În intervalul de ani 2017 - 2019, primele 3 cauze de spitalizare în arealul deservit de către S.O.Luduș le-au constituit:

1. Boala pulmonară interstițială, nespecificată
2. Iminența de avort
3. Travalii fals încăainte de săptămâna 37-a completă de gestație

Procesul îmbătrânirii populației deservite de către Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș în mare măsură, este mai accentuat pentru femei, datorită nivelului înalt al mortalității bărbaților din grupa de vîrstă aptă de muncă.

- În perioada la care se referă analiza, la nivelul arealului deservit de către Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș primele 3 cauze de deces le-au reprezentat: bolile cardiovasculare, tumorile neoplazice și bolile respiratorii.
- La nivelul județului Mureș, o simplă analiză a vîrstei deceselor ne arată că vîrsta medie de deces a fost de 73 ani, modul sau vîrsta cea mai frecventă a fost de: 85 ani în 2017, 77 ani în 2016 și 83 ani în 2015; iar mediana sau valoarea care împarte decesele în 2 jumătăți egale a fost de 7. De asemenea, în funcție de sex, mortalitatea a fost mai crescută la sexul masculin față de sexul feminin. În funcție de mediul de proveniență, mortalitatea a fost mai crescută în mediul rural față de mediul urban și ușor mai crescută în 2015 față de anii 2016 și 2017.
- Pe plan local, incidența bolnavilor psihici a crescut în anii 2016 și 2017 față de anul 2015. De asemenea, în anii 2016 și 2017 a crescut mai ales în mediul rural comparativ cu mediul urban.

### **A.3. Structura organizatorică actuală conformă prevederilor statului de organizare și serviciile oferite de către spital**

Structura organizatorică actuală a Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș conformă prevederilor organigramei este următoarea:

**Serviciile medicale acordate de Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș sunt următoarele:**

- Servicii medicale spitalicești (acuți și cronici);
- Servicii medicale acordate în Ambulatoriu integrat pentru specialitățile clinice, paraclinice (radiologie și imagistică medicală), examenele medicale obligatorii pentru supravegherea sănătății personalului;

- Furnizare de medicamente prin farmacia cu circuit inchis;
- Servicii medicale asigurate prin programele naționale de sănătate;
- Asistență medicală de urgență;

#### A.4. Situația resurselor umane

Posturi	An	Medici	Medici rezidenți	Alt post superior	Personal sanitar mediu	Personal auxiliar	Muncitori	Personal TESA	Total
Aprobate	2017	46	15	6	144,25	88,25	23	18	340,5
	2018	48	12	6	144,25	88,25	23	19	340,5
	2019	55	6	6	144,25	88,25	23	21	340,5
Ocupate	2017	34	15	4	121	84	23	15,5	296,5
	2018	35	12	4	121	83	21	14,5	296,5
	2019	44	6	5	128	84,50	21	14,5	303,00
Vacante	2017	12	0	2	23,25	4,25	0	2,5	44,00
	2018	13	0	2	23,25	5,25	2	4,5	50,00
	2019	11	0	1	13,25	3,75	2	6,5	37,50
Grad de ocupare (în procente)	2017	73,91	100,00	66,67	83,88	95,18	100,00	86,11	86,93
	2018	72,92	100,00	66,67	83,88	94,05	91,30	76,32	85,32
	2019	80,00	100,00	83,33	90,61	95,75	91,30	69,04	88,98

Cei 303 angajați sunt repartizați astfel:

- personal medico - sanitar 183 din care:
  - 55 personal medical studii superioare
    - 50/55 medici;
    - 5 biolog, biochimist
  - 128 asistenți medicali din care:
    - 128 asistenți medicali cu studii liceale/ postliceale;
    - 84,5 personal sanită auxiliar (inclusiv registratori medicali );
- personal administrativ =35,5 din care:
  - 14,5 cu studii superioare;

#### A.5. Situația financiară a spitalului

Finanțarea Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș se asigură, din următoarele surse:

- 1) Venituri din prestațiile medicale decontate de CAS, în baza contractelor de furnizare servicii întocmite cu această entitate publică;
- 2) Transferuri de la bugetul de stat;
- 3) Venituri proprii.
- 4) Venituri din contractele încheiate cu DSP Mureș de la bugetul de stat.

Creditele bugetare puse la dispoziție prin bugetul de venituri și cheltuieli ale Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș pe anul 2019 au determinat ca activitatea sanitată și economico-financiară să se desfășoare în condiții normale. Situația veniturilor încasate în anul 2019 comparativ cu ani precedenți este următoarea:

Venituri încasate pe surse	2017		2018		2019	
	Valoare (lei)	%	Valoare (lei)	%	Valoare (lei)	%
Venituri din contracte cu CAS – servicii medicale	20.999.587	92,50	30.675.652	93,30	35.391.649	91,49
Venituri din bugetul de stat și venituri proprii MS - contracte DSP	1.051.929	4,63	1.543.784	4,70	1.298.866	3,36

Venituri din bugetul local	99.286	0,44	976	0,00	572.515	1,48
Venituri proprii - servicii medicale și alte venituri proprii	414.368	1,83	401.529	1,22	451.350	1,17
Venituri din sponsorizări	137.978	0,60	43.816	0,13	45.634	0,12
Subvenții de la bugetul de stat și UE prin POR 2014-2020			204.836	0,62		
Subvenții din MS pentru investiții prin administrația publică locală			8.782	0,03	925.000	2,39
Total	<b>22.703.148</b>	100	<b>32.879.285</b>	100	<b>38.685.014</b>	100

Valorile realizate reflectă:

- bună execuție a bugetului de venituri și cheltuieli aprobat: realizarea veniturilor proprii și încadrarea în cheltuieli;
- structura adecvată a cheltuielilor pe servicii cu sursele de venit.

#### A.6. Situația dotării spitalului

Pe parcursul anului 2019, comparativ cu anii precedenți, au fost achiziționate echipamente medicale în sumă de:

Structura	Anul 2018	Anul 2019
Secția Chirurgie	53967,76	548125,96
Secția Obsterica ginecologie	-	261531,89
Secția Pediatrie	-	15870,40
Secția Psihiatrie	-	-
Compartiment Boli Infectioase	-	6307
CPU	9765	96672,03
Laborator Radiologie	-	213248
Laborator Analize medicale	-	104623,80
Serviciul de anatomie patologică	-	4200
CPIAAAM	-	-
Echipamente comune	9758	
<b>AMBULATOR</b>		
ORL		4016,17
Cardiologie		
Neurologie		
Interne		
Dermatologie		
Oftalmologie		31416
Ginecologie		
Pneumologie		

- La nivelul spitalului s-au implementat în anul 2019:

#### AMB. INTEGRAT - CAB. OFTALMOLOGIE

31.416,00 AUTOREFRACTOMETRU 2WIN

#### AMB. INTEGRAT - CAB. ORL

4.016,17 LAMPA FRONTALA CU LED

### BOLI INFECTIOASE

6.307,00 MONITOR FUNCTII VITALE

### CHIRURGIE

3.094,00 MASA INSTRUMENTAR MAYO HIDRAULICAS CU PEDALA  
136.017,00 ELECTROCAUTER VIO3 Tip10160-000 Seria 11464414  
85.281,35 MASA DE OPERATIE MODEL 5800SEBA SERIA 2A309-S7-002  
85.281,35 MASA DE OPERATIE MODEL 700 SBMA SERIA 2A493-S80002  
16.660,00 SONOREX DIGITEC DT1028H (Aparat curatat instrum.cu  
5.462,10 LAMPA UV 360 GRADE  
16.422,00 TARGA TRANSPORT PACIENTI  
41.995,16 LAMPA DE OPERATIE PLAFON CU O CUPOLA  
278.401 157.913,00 Sterilizator cu abur 100 litri lot BAA086937

**Total 548.125,96**

### LABORATOR ANALIZE MEDICALE

278.402 3.520,00 CENTRIFUGA 24 X 10 ML KJLC-1  
278.403 16.589,00 ANALIZOR KONELAB 60i PRIME SERIA 22648  
278.393 20.000,00 ANALIZOR BACT ALERT 3D 60 sERIA 502BS4790  
5.950,00 MICROSCOP OPTTIC BINOCULAR SERIA EU1712250  
42.000,00 ANALIZOR VITEK 2 C 15 Seria VK2C11651  
278.475 9.996,00 TERMOSTAT DE LABORATOR 160LITRI  
278.476 6.568,80 CENTRIFUGA DE LABORATOR

**Total 104.623,80**

### LABORATOR ANATOMIE PATHOLOGICA

4.200,00 FIERASTRAU AUTOPSIE ELECTRIC OSCILANT +LAMA

**Total 4.200,00**

### LABORATOR RADIO SI IMAGISTICA MEDICALA

213.248,00 ECOGRAF DOPPLER COLOR DIGITAL HB9-9A000062

### MEDICINA INTERNA

4.760,00 ECG INNOMED 80G-L 1 SERIA 16247089  
11.305,00 ECG EDAN 12 SE EXPRES SERIA 460017-M17B06750002  
7.021,00 INJECTOMATE LOT 18-8003TIG03 SERIA 300003951  
6.307,00 MONITOR FUNCTII VITALE

**Total 29.393,00**

### MEDICINA INTERNA-INGRIJIRI PALIATIVE

7.021,00 INJECTOMATE LOT 18-8003TTIG03 SERIA 300003879

6.307,00 MONITOR FUNCTII VITALE

**Total 13.328,00**

### OBSTETRICA - GINECOLOGIE

278.392 46.700,00 ECOGRAF DOPPLER COLOR 4D LIVE ACCUVIX V10LV  
278.404 16.541,00 LAVOAR DIN RASINA POLIESTERICA CU 2 POSTURI  
MODEL  
85.281,35 MASA DE OPERATIE MODEL 7000 SBMA SERA 2A493 S8 000  
4.748,10 COMPRESOR AER MEDIOCAL  
6.450,99 CARDIOTOCOGRAF E8-10  
6.307,00 MONITOR FUNCTII VITALE

75.208,00 APARAT DE VENTILATIE MECANICA SV300 SERIA 9A11306  
5.462,10 LAMPA UV 360 GRADE  
9.996,00 VIDIOLARINGOSCOP BESDATA CU 3 LAME  
4.837,35 ASPIRATOR CH HOSPIVAC 400

**Total 261.531,89**

**PEDIATRIE**

10.708,81 DISPOZITIV PORTABIL DE ILUMINAT VENE SERIA S1910  
278.398 5.161,59 NEBULAZITOR U780

**Total 15.870,40**

**COMP. PRIMIRI URGENTE**

15.801,20 APARAT ACCES INTRAOSOS SN077891  
6.398,63 APARAT AER CONDITIONAT MODEL PR1VI32  
14.851,20 VIDEOLARINGOSCOP SERIA 345222  
7.021,00 INJECTOMATE LOT188003TIG03 SERIA300003954  
6.664,00 INCALZITOR PACIENTI SERIA 0000091  
29.476,20 MONITOR FUNCTII VITALE  
23.800,00 BRANCARDA HIDRAULICA SRINT  
25.680,20 BRANCARDA HIDRAULICA RADIOTRANSPARENTEA SPRINT

**Total 96.672,03**

LAB. RECUP. MED.FIZ.SI BALNEOFIZIOTERAPIE

16.660,00 APARAT ULTRASUNETE 1 CANAL BTL 4710 SERIA588P0BO11  
18.000,00 APARAT ELECTROTERAPIE DE JOASA SIMEDIE FRECVENTASI  
26.180,00 APARAT TERAPIE UNDE SCURTE BTL 6000

**Total 64.260,00**

MUNCOTORI

3.590,98 ROTOPERCUTOR SDS MAX 1510 W

**Total 3.590,98**

**TOTAL 1.392.383,23 lei**

**A.7. Situația principalilor indicatori de performanță realizati ANUL 2019 comparativ cu anul 2018**

Detalii	Denumire indicator	2019	2018	Procent crestere/diminuare
1	Numar mediu de bolnavi externati / un medic	266	323	-17,65
2	Numar mediu de bolnavi externati / o asistenta medicala	59	63	-6,35
3	Proportia medicilor din totalul personalului	14,52%	12,29%	2,23%
4	Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului	58,42%	55,29%	3,13%
5	Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical	27,68%	24,69%	2,99%
6	Numarul mediu de consultatii / un medic in camera de garda	355	724	-50,97
7	Numar mediu de consultatii / medic UPU	4111	4349	-5,47
	<b>Numar mediu consultatii/medic in ambulatoriul de specialitate</b>	<b>3907</b>	<b>4572</b>	<b>-14,55</b>
0	<b>Numarul de pacienti externati - total si pe sectii</b>			
	<b>TOTAL</b>	<b>4912</b>	<b>5165</b>	<b>-4,90</b>
	Boli infectioase	585	480	21,88
	Chirurgie generala	798	832	-4,09
	Medicina interna	988	978	1,02
	Neonatologie	323	338	-4,44
	Obstetrica ginecologie	819	1105	-25,88
	Pediatrie	949	988	-3,95
	<b>TOTAL ACUTI</b>	<b>4462</b>	<b>4721</b>	<b>-5,49</b>
	Medicina interne cronici	243	233	4,29
	Psihiatrie cronici	43	63	-31,75
	<b>TOTAL CRONICI</b>	<b>286</b>	<b>296</b>	<b>-3,38</b>
	Ingrijiri paliative	164	148	10,81
1	<b>Numarul de pacienti externati - total si pe sectii SPITALIZARE DE ZI</b>			
	<b>TOTAL</b>	<b>12285</b>	<b>12802</b>	<b>-4,04</b>
	Boli infectioase	399	248	60,89
	Chirurgie generala	509	626	-18,69
	Medicina interna	1063	957	11,08
	Obstetrica ginecologie	511	318	60,69
	Pediatrie	562	782	-28,13
	<b>TOTAL SZ</b>	<b>3044</b>	<b>2931</b>	<b>3,86</b>
	<b>TOTAL CPU</b>	<b>8222</b>	<b>8697</b>	<b>-5,46</b>
	Camera de garda Ginecologie	312	217	43,78
	Camera de garda Pediatrie	707	957	-26,12
	<b>TOTAL CAMERA DE GARDĂ</b>	<b>1019</b>	<b>1174</b>	<b>-13,20</b>
2	<b>Durata medie de spitalizare - pe spital si pe fiecare sectie</b>			
	<b>TOTAL</b>	<b>10,02</b>	<b>9,62</b>	<b>4,15</b>
	Boli infectioase	6,85	6,61	3,55
	Chirurgie generala	3,87	3,87	0,00
	Medicina interna	5,95	6,01	-0,96
	Neonatologie	4,12	4,26	-3,18

Detalii	Denumire indicator	2019	2018	Procent crestere/diminuare
	Obstetrica ginecologie	2,97	3,31	-10,27
	Pediatrie	4,85	4,93	-1,71
	<b>TOTAL ACUTI</b>	<b>4,67</b>	<b>5,44</b>	<b>-99,97</b>
	ATI	4,73	4,73	0,00
	ATI- OG	2,74	2,74	0,00
	<b>TOTAL ATI</b>	<b>4,13</b>	<b>4,13</b>	<b>0,00</b>
	Medicina interne cronici	8,59	8,59	0,00
	Psihiatrie cronici	200,12	162,17	23,40
	<b>TOTAL CRONICI</b>	<b>62,46</b>	<b>61,71</b>	<b>1,21</b>
	Ingrijiri paliative	17,28	17,84	-3,16
3	<b>Rata de utilizare a paturilor - pe spital si pe fiecare sectie</b>			
	<b>TOTAL</b>	<b>63,81%</b>	<b>64,32%</b>	<b>-0,51%</b>
	Boli infectioase	56,19%	45,66%	10,53%
	Chirurgie generala	48,50%	48,68%	-0,18%
	Medicina interna	68,17%	68,63%	-0,46%
	Neonatologie	36,82%	39,78%	-2,96%
	Obstetrica ginecologie	37,35%	54,30%	-16,95%
	Pediatrie	39,71%	42,09%	-2,38%
	<b>TOTAL ACUTI</b>	<b>48,45%</b>	<b>50,47%</b>	<b>-2,02%</b>
	ATI	87,29%	64,99%	22,30%
	ATI- OG	26,99%	28,63%	-1,64%
	<b>TOTAL ATI</b>	<b>60,48%</b>	<b>48,83%</b>	<b>11,66%</b>
	Medicina interne cronici	74,42%	74,73%	-0,31%
	Psihiatrie cronici	98,69%	98,56%	0,13%
	<b>TOTAL CRONICI</b>	<b>95,61%</b>	<b>95,53%</b>	<b>0,08%</b>
	Ingrijiri paliative	68,24%	64,36%	3,88%
4	<b>Proportia pacientilor internati din totalul pacientilor prezentati la camera de garda</b>	<b>43,18%</b>	<b>43,22%</b>	<b>-0,04%</b>
5	<b>Numarul pacientilor consultati in ambulatoriu</b>	<b>60555</b>	<b>51762</b>	<b>16,99</b>
6	<b>Proportia urgentelor din totalul pacientilor internati</b>			
	<b>TOTAL</b>	<b>61,02%</b>	<b>60,39%</b>	<b>0,63%</b>
	Boli infectioase	72,26%	75,36%	-3,10%
	Chirurgie generala	58,58%	57,69%	0,89%
	Medicina interna	61,00%	61,24%	-0,25%
	Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
	Obstetrica ginecologie	73,68%	65,46%	8,22%
	Pediatrie	95,05%	95,87%	-0,81%
	<b>TOTAL ACUTI</b>	<b>67,20%</b>	<b>65,93%</b>	<b>1,27%</b>
	Medicina interne cronici	0,00%	0,00%	0,00%
	Psihiatrie cronici	2,27%	10,00%	-7,73%
	<b>TOTAL CRONICI</b>	<b>0,34%</b>	<b>2,04%</b>	<b>-1,70%</b>
	Ingrijiri paliative	0,00%	0,00%	0,00%
7	<b>Durata medie de asteptare in camera de garda</b>			
	CPU	15 min	15 min	
8	<b>Numar de servicii spitalicesti furnizate, pe tip de serviciu:</b>			
	acuti (DRG)	4460	3703	20,44
	spitalizare de zi	3044	2931	3,86

Detalii	Denumire indicator	2019	2018	Procent crestere/ diminuare
	servicii paraclinice	13107	12655	3,57
9	<b>Indicele de complexitate al cazurilor pe spital si pe fiecare sectie</b>			
	<b>Total acuti</b>	<b>1,1051</b>	<b>1,0192</b>	<b>0,09</b>
	Boli infectioase	1,0421	0,9852	0,06
	Chirurgie generala	1,5725	1,3881	0,18
	Medicina interna	1,1744	1,0179	0,16
	Neonatologie	0,5995	0,7046	-0,11
	Obstetrica ginecologie	0,9208	0,8657	0,06
	Pediatrie	0,8901	0,9368	-0,05
10	<b>Procentul pacientilor cu interventii chirurgicale din totalul pacientilor externati din sectiile chirurgicale</b>			
	Total	40,63%	50,59%	-9,96%
	Chirurgie generala	34,96%	55,41%	-20,45%
	Obstetrica ginecologie	46,15%	46,97%	-0,81%
11	<b>Procentul pacientilor cu complicatii si comorbiditati din totalul pacientilor externati</b>			
	<b>TOTAL</b>	<b>98,05%</b>	<b>96,81%</b>	<b>1,24%</b>
	Boli infectioase	99,32%	99,38%	-0,06%
	Chirurgie generala	96,99%	96,51%	0,48%
	Medicina interna	99,49%	99,69%	-0,20%
	Neonatologie	87,93%	77,22%	10,71%
	Obstetrica ginecologie	98,90%	97,56%	1,34%
	Pediatrie	99,37%	99,80%	-0,43%
	<b>TOTAL ACUTI</b>	<b>98,05%</b>	<b>97,01%</b>	<b>1,04%</b>
	Medicina interne cronici	100,00%	99,57%	0,43%
	Psihiatrie cronici	97,67%	92,06%	5,61%
	<b>TOTAL CRONICI</b>	<b>99,65%</b>	<b>97,97%</b>	<b>1,68%</b>
	Ingriglii paliative	95,12%	87,84%	7,28%
12	<b>Numar de pacienti pe lista de asteptare pe sectii</b>			
	Total	94	115	-18,26
	Obstetrica ginecologie	92	105	-12,38
	Medicina interna	2	54	-96,30
1	<b>Executia bugetara fata de bugetul de cheltuieli aprobat -</b>	93,70%	88,73%	4,97%
2	<b>Structura cheltuielilor pe tipuri de servicii si in functie de sursele de venit:</b>	100%	100%	0,00%
3	<b>Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului</b>	8,51%	6,71%	1,80%
4	<b>Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului</b>	74,87%	78,62%	-3,75%
5	<b>Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor din venituri cu CASS si MS cu aceasta destinatie</b>	84,16%	79,20%	4,96%
6	<b>Procentul cheltuielilor de medicamente din totalul cheltuielilor spitalului</b>	2,20%	2,38%	-0,18%
7	<b>Procentul cheltuielilor cu bunuri din totalul cheltuielilor spitalului</b>	16,98%	18,21%	-1,23%
8	<b>Procentul cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor spitalului</b>	7,70%	2,62%	5,08%

Detalii	Denumire indicator	2019	2018	Procent crestere/diminuare
9	<b>Costul mediu / zi de spitalizare pe fiecare sectie</b>	536	479	11,90
	Boli infectioase	523	516	1,36
	Chirurgie generala	886	884	0,23
	Medicina interna	430	422	1,90
	Medicina interne cronici	532	518	2,70
	Medicina Interna ingrijiri paliative	562	498	12,85
	Neonatologie	830	660	25,76
	Obstetrica ginecologie	1418	858	65,27
	Pediatrie	709	607	16,80
	Psihiatrie cronici	265	236	12,29
1	<b>Rata mortalitatii intraspitalicesti - pe total spital si pe fiecare sectie</b>			
	<b>TOTAL</b>	<b>2,52%</b>	<b>2,27%</b>	<b>0,26%</b>
	Boli infectioase	2,53%	2,44%	0,09%
	Chirurgie generala	0,75%	0,60%	0,15%
	Medicina interna	1,71%	1,40%	0,31%
	Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
	Obstetrica ginecologie	0,00%	0,09%	-0,09%
	Pediatrie	0,00%	0,00%	0,00%
	<b>TOTAL ACUTI</b>	<b>0,85%</b>	<b>0,67%</b>	<b>0,18%</b>
	Medicina interne cronici	2,06%	2,15%	-0,09%
	Psihiatrie cronici	0,00%	7,25%	-7,25%
	<b>TOTAL CRONICI</b>	<b>1,75%</b>	<b>3,31%</b>	<b>-1,56%</b>
	Ingrijiri paliative	49,39%	50,00%	-0,61%
2	<b>Proportia pacientilor decedati in primele 24 de ore de la internare - total spital si pe fiecare sectie</b>			
	<b>TOTAL</b>	<b>0,22%</b>	<b>0,15%</b>	<b>0,07%</b>
	Boli infectioase	0,67%	0,20%	0,47%
	Chirurgie generala	0,12%	0,12%	0,01%
	Medicina interna	0,60%	0,20%	0,40%
	Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
	Obstetrica ginecologie	0,00%	0,09%	-0,09%
	Pediatrie	0,00%	0,00%	0,00%
	<b>TOTAL ACUTI</b>	<b>0,25%</b>	<b>0,11%</b>	<b>0,14%</b>
	Medicina interne cronici	0,00%	0,00%	0,00%
	Psihiatrie cronici	0,00%	0,00%	0,00%
	<b>TOTAL CRONICI</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>
	Ingrijiri paliative	0,00%	2,00%	-2,00%
3	<b>Proportia pacientilor decedati la 48 de ore de la interventia chirurgicala - total si pe fiecare sectie chirurgicala</b>			
	Total	0,00%	0,00%	0,00%
	Chirurgie generala	0,00%	0,00%	0,00%
	Obstetrica ginecologie	0,00%	0,00%	0,00%
4	<b>Rata infectiilor nozocomiale - pe total spital si pe fiecare sectie</b>			
	<b>TOTAL</b>	<b>0,22%</b>	<b>0,23%</b>	<b>-0,01%</b>
	Boli infectioase	0,68%	0,00%	0,68%
	Chirurgie generala	0,25%	0,24%	0,01%

Detalii	Denumire indicator	2019	2018	Procent crestere/ diminuare
	Medicina interna	0,00%	0,00%	0,00%
	Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
	Obstetrica ginecologie	0,00%	0,00%	0,00%
	Pediatrie	0,00%	0,00%	0,00%
	<b>TOTAL ACUTI</b>	<b>0,13%</b>	<b>0,04%</b>	<b>0,09%</b>
	Medicina interne cronici	0,00%	0,00%	0,00%
	Psichiatrie cronici	4,65%	9,52%	-4,87%
	<b>TOTAL CRONICI</b>	<b>0,70%</b>	<b>2,03%</b>	<b>-1,33%</b>
	Ingrijiri paliative	1,83%	2,70%	-0,87%
6	<b>Indice de concordanta intre diagnosticul de internare si diagnosticul la externare</b>			
	<b>TOTAL</b>	<b>66,45%</b>	<b>68,34%</b>	<b>-1,90%</b>
	Boli infectioase	60,17%	60,00%	0,17%
	Chirurgie generala	73,56%	71,75%	1,80%
	Medicina interna	54,25%	55,32%	-1,07%
	Neonatologie	69,04%	70,71%	-1,67%
	Obstetrica ginecologie	63,98%	70,05%	-6,06%
	Pediatrie	72,29%	76,42%	-4,13%
	<b>TOTAL ACUTI</b>	<b>65,17%</b>	<b>67,66%</b>	<b>-2,49%</b>
	Medicina interne cronici	71,19%	64,38%	6,82%
	Psichiatrie cronici	90,70%	84,13%	6,57%
	<b>TOTAL CRONICI</b>	<b>74,13%</b>	<b>68,58%</b>	<b>5,55%</b>
	Ingrijiri paliative	87,80%	89,86%	-2,06%
7	<b>Procentul pacientilor internati si transferati catre alte spitale</b>			
	<b>TOTAL</b>	<b>0,75%</b>	<b>1,01%</b>	<b>-0,25%</b>
	Boli infectioase	0,86%	0,21%	0,65%
	Chirurgie generala	0,00%	0,12%	-0,12%
	Medicina interna	0,20%	1,66%	-1,45%
	Neonatologie	3,72%	2,36%	1,36%
	Obstetrica ginecologie	0,00%	0,72%	-0,72%
	Pediatrie	1,58%	1,61%	-0,03%
	<b>TOTAL ACUTI</b>	<b>0,76%</b>	<b>1,06%</b>	<b>-0,30%</b>
	Medicina interne cronici	1,22%	0,86%	0,36%
	Psichiatrie cronici	0,00%	0,00%	0,00%
	<b>TOTAL CRONICI</b>	<b>1,03%</b>	<b>0,68%</b>	<b>0,35%</b>
	Ingrijiri paliative	0,00%	0,00%	0,00%
8	<b>Rata pacientilor reinternati in 30 de zile de la externare</b>			
	<b>TOTAL</b>	<b>10,99%</b>	<b>10,29%</b>	<b>0,70%</b>
	Boli infectioase	6,16%	3,93%	2,23%
	Chirurgie generala	9,45%	7,57%	1,88%
	Medicina interna	21,28%	16,37%	4,91%
	Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
	Obstetrica ginecologie	12,85%	15,55%	-2,70%
	Pediatrie	8,74%	8,06%	0,67%
	<b>TOTAL ACUTI</b>	<b>11,41%</b>	<b>10,43%</b>	<b>0,98%</b>
	Medicina interne cronici	1,22%	1,29%	-0,07%
	Psichiatrie cronici	15,91%	25,81%	-9,90%

Detalii	Denumire indicator	2019	2018	Procent crestere/diminuare
	<b>TOTAL CRONICI</b>	3,45%	6,46%	-3,01%
	Ingrijiri paliative	12,73%	13,42%	-0,70%
9	<b>Numarul de plangeri si reclamatii de la pacienti</b>	4	1	300,00
10	<b>Proportia bolnavilor internati cu programare din totalul bolnavilor internati, pe spital si pe fiecare sectie;</b>			
	<b>TOTAL</b>	7,59%	9,26%	-1,67%
	Boli infectioase	0,00%	0,00%	0,00%
	Chirurgie generala	13,93%	28,13%	-14,19%
	Medicina interna	0,20%	1,87%	-1,66%
	Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
	Obstetrica ginecologie	9,30%	9,49%	-0,19%
	Pediatrie	0,00%	0,00%	0,00%
	<b>TOTAL ACUTI</b>	4,26%	7,57%	-3,31%
	Medicina interne cronici	15,04%	15,52%	-0,48%
	Psihiatrie cronici	29,55%	0,00%	29,55%
	<b>TOTAL CRONICI</b>	17,24%	12,24%	5,00%
	Ingrijiri paliative	80,61%	57,05%	23,56%
11	<b>Proportia serviciilor medicale spitalicesti acordate prin spitalizare de zi din totalul serviciilor medicale spitalicesti acordate, pe spital si pe fiecare sectie.</b>			
	<b>TOTAL</b>	69,64%	69,24%	0,39%
	Boli infectioase	40,55%	34,07%	6,48%
	Chirurgie generala	38,94%	42,94%	-3,99%
	Medicina interna	51,83%	49,46%	2,37%
	Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
	Obstetrica ginecologie	38,42%	22,35%	16,07%
	Pediatrie	37,19%	44,18%	-6,99%
	<b>TOTAL ACUTI</b>	40,55%	38,30%	2,25%
	Medicina interne cronici	0,00%	0,00%	0,00%
	Psihiatrie cronici	0,00%	0,00%	0,00%
	<b>TOTAL CRONICI</b>	0,00%	0,00%	0,00%
	Ingrijiri paliative	0,00%	0,00%	0,00%
	<b>CPU</b>	100,00%	100,00%	0,00%
12	<b>Proportia bolnavilor internati cu bilet de trimitere din totalul bolnavilor internati, pe spital si pe fiecare sectie;</b>			
	<b>TOTAL</b>	30,21%	29,36%	0,85%
	Boli infectioase	28,50%	25,25%	3,25%
	Chirurgie generala	41,46%	42,58%	-1,12%
	Medicina interna	39,03%	38,74%	0,29%
	Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
	Obstetrica ginecologie	21,66%	19,42%	2,24%
	Pediatrie	15,05%	14,42%	0,64%
	<b>TOTAL ACUTI</b>	27,13%	25,68%	1,45%
	Medicina interne cronici	34,15%	49,14%	-14,99%
	Psihiatrie cronici	86,36%	70,59%	15,78%
	<b>TOTAL CRONICI</b>	42,07%	54,00%	-11,93%
	Ingrijiri paliative	92,73%	87,42%	5,31%

## A.8. Analiza SWOT

MEDIUL INTERN	
PUNCTE TARI	PUNCTE SLABE
<p>Spital acreditat A.N.M.C.S, ciclul I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Clasificarea spitalului în spital de categoria IV;</li> <li><input type="checkbox"/> Spitalul are implementat Sistemul Integrat de Management al Calității (ISO 9001:2015 - sistem de management al calității, ISO 15189:2007 –</li> <li><input type="checkbox"/> Laboratorul de analize medicare este certificat RENAR .</li> <li><input type="checkbox"/> Existenza liniei de gardă ATI</li> <li><input type="checkbox"/> Existenza camerelor de gardă: Secția Pediatrie și Secția Obstetrică - Ginecologie</li> <li><input type="checkbox"/> Spitalul deține o rețea informatică proprie, toate calculatoarele fiind conenctate la internet.</li> <li><input type="checkbox"/> Ambulatoriul integrat reabilitat și dotat cu aparatură performantă prin programul de finanțare nerambursabilă POR 2014-2020.</li> <li><input type="checkbox"/> Existenza unui Compartiment de Îngrijiri paliative.</li> <li><input type="checkbox"/> Asigurarea Structurii spitalizare de zi: Secția Medicină internă, Secția Chirurgie generală, Secția Obstetrică-ginecologie, Compartiment Boli infecțioase</li> <li><input type="checkbox"/> Realizarea în ultimii ani de reparații capitale și de reabilitare a clădirilor în care funcționează: Spălătoria, Blocul alimentar, Secția Chirurgie generală, Secția Medicină internă, Compartiment Boli infecțioase, Secția Obstetrică-ginecologie, Compartiment Neonatologie, Laboratorul de recuperare, medicină fizică și balneologie</li> <li><input type="checkbox"/> Modernizarea instalațiilor electrice, de apă și canalizare la: Secția Obstetrică-ginecologie, Secția Chirurgie generală, Compartiment Boli infecțioase,</li> </ul>	<p>Existenza planului de conformare la A.S.F.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tipul pavilionar al spitalului și îndeosebi numărul mare de locații (8 locații) în care sunt dispuse structurile spitalului, generează costuri mari de transport a hranei, lenjeriei, a medicilor pentru consultații interclinice, a probelor de laborator și pacienți pentru investigații paraclinice.</li> <li><input type="checkbox"/> Vechimea clădirilor - cea mai veche din 1868, cea mai nouă - din 1964, implică costuri mari de întreținere; mai mult, în ciuda eforturilor de întreținere depuse de-a lungul anilor, acestea necesită investiții majore pentru a asigura respectarea cerințelor actuale în domeniul medical.</li> <li><input type="checkbox"/> Existenza structurilor de spitalizare de zi (Secția Medicină internă, Secția Chirurgie generală, Secția Obstetrică-ginecologie, Compartiment Boli infecțioase) fără a exista posibilitatea delimitării circuitelor funcționale pentru pacienții internați în spitalizare continuă în raport cu pacienții internați în spitalizare de zi</li> <li><input type="checkbox"/> Amplasarea structurii CPU într-un spațiu impropriu care nu asigură organizarea acestuia conform OMS 1706/2007, la o distanță mare față de laboratoarele de investigații paraclinice și consulturiile interclinice (4 km)</li> <li><input type="checkbox"/> Amplasarea Laboratorului de Analize medicale la o distanță variată de la 5 km – Psihiatrie cronici, 2 km – Boli Infecțioase, Chirurgie, CPU, Medicină internă și 100 m - Secția de pediatrie, ceea ce implică costuri necesare transportul probelor și, totodată, creșterea timpul de la recoltare la primirea rezultatelor.</li> <li><input type="checkbox"/> Condiții hoteliere ce necesită îmbunătățire în Secția Psihiatrie cronici de lungă durată, Secția Pediatrie, Compartiment Boli Infecțioase, Secția Medicină internă, Compartiment Paliative, Secția Obstetrică ginecologie</li> <li><input type="checkbox"/> Condiții de muncă care necesită igienizări: Farmacia, Serviciul de anatomie patologică, atelier mecanic, birouri administrative</li> <li><input type="checkbox"/> Stadiul avansat de degradare a clădirii Secției de Psihiatrie Cronici.</li> <li><input type="checkbox"/> Circuitele funcționale asigurate doar parțial</li> </ul>

<p>Ambulatoriul de specialitate, Laboratorul de analize medicale, Laboratorul de radiologie și imagistică medicală, Compartimentul de neonatologie, Laboratorul de recuperare medicină fizică și balneologie, Bloc alimentar, Spălătorie, Secția Medicină internă.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Spitalul este dotat corespunzător cu aparatură medicală modernă (electrocauter, ecograf doppler color digital, aparat ventilatie mecanică).</li> <li><input type="checkbox"/> Spitalul are angajat personal calificat competent, cu pregătire de specialitate (98 % dintre medicii din Ambulatoriu de specialitate sunt medici specialiști).</li> <li><input type="checkbox"/> Adresabilitate crescută a pacienților – spitalul primește pacienți din o parte parte a județului Mureș în cadrul Ambulatoriului de specialitate</li> <li><input type="checkbox"/> Buna colaborare a personalului medical superior și mediu, într-un climat organizațional favorabil</li> <li><input type="checkbox"/> Creșterea satisfacției pacienților de la an la an, idem mai sus</li> <li><input type="checkbox"/> Programe naționale derulate la nivelul spitalului: screening col uterin</li> <li><input type="checkbox"/> Spitalul nu prezintă datorii, restanțe, arierate.</li> <li><input type="checkbox"/> Angajații beneficiază de vouchere de vacanță.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Instalații electrice, de apă și canalizare învechite, înlocuite doar parțial</li> <li><input type="checkbox"/> Lipsa rezervelor de apă și incendiu, conform normelor în vigoare</li> <li><input type="checkbox"/> Lipsa generatoarelor electrice în toate locațiile spitalului (necesare deservirii secțiilor medicale și structurilor administrative în situația neasigurării furnizării de energie electrică de la rețea)</li> <li><input type="checkbox"/> Locuri de parcare în unele locații ale spitalului sunt în număr insuficient (ex: Secția de chirurgie și Medicină internă – clădirile sunt amplasate cu acces la E60, singurele locuri de parcare din imediata apropierea spitalului fiind doar în curtea acestora, care au o suprafață suficientă doar pentru accesul ambulanțelor/autoturismelor spitalului pentru alte transporturi);</li> <li><input type="checkbox"/> Tehnica existentă în parcul auto este uzată fizic și moral;</li> <li><input type="checkbox"/> Aparatură medicală ce necesită reparații frecvente – radiologie și o parte din apăratura Laboratorului de Analize medicale</li> <li><input type="checkbox"/> O parte din apăratura medicală este uzată fizic și moral (Aparat radiologie )</li> <li><input type="checkbox"/> Dotarea insuficientă cu apăratură de cea mai înaltă performanță (lipsa unui aparat de imagistică medicală performant cum ar fi un computer tomograf).</li> <li><input type="checkbox"/> Servicul de pază nu este asigurat în niciuna dintre locațiile spitalului, existând doar serviciu de supraveghere cu camere video</li> <li><input type="checkbox"/> Insuficiente cadre medicale pentru asigurarea continuității actului medical în unele specialități: medicină de urgență (cu impact negativ în ceeace privește organizarea serviciului de gardă în CPU), radiologie și imagistică medical</li> <li><input type="checkbox"/> CPU funcțional doar 12 ore/zi din lipsa personalului medical superior.</li> <li><input type="checkbox"/> Neutilizarea la maxim a posibilităților tehnice ale sistemului informatic;</li> <li><input type="checkbox"/> Secții/Compartimente cu indicatori de performanță cu valori inferioare celor medii de la nivel național pentru aceleși specialități</li> <li><input type="checkbox"/> Lipsa unui proces constant de audit clinic crește riscul de erori medicale</li> <li><input type="checkbox"/> Lipsa unui sistem integrat (PACS) de transmiterea</li> </ul>
--	---

	<p>a rezultatelor investigațiilor radiologice, în timp real, medicilor prescriptori</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Inexistența programului național derulat în compartimentul ATI la nivelul spitalului</li> <li><input type="checkbox"/> Inexistența unui cadru legislativ privind normare asistentelor șefe – coordonatori compartimente – registrator medical pe toate secțiile</li> <li><input type="checkbox"/> Lipsa unui CT</li> </ul>
--	--

<b>MEDIUL EXTERN</b>	
<b>OPORTUNITĂȚI</b>	<b>AMENINȚĂRI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprijinul autoritaților locale (Consiliul Local Luduș) în procesul de reabilitare, extindere a clădirilor și dotarea cu aparatură și echipamente medicale</li> <li>• Sprijinul autoritaților locale pentru a contracta proiecte pentru construcția și extinderea de spitale</li> <li>• Încheierea de acorduri cadru privind finanțarea de către Ministerul Sănătății și cofinanțare de la Consiliul Local pentru reabilitarea, extinderea clădirilor și achiziționarea de aparatură și echipamente medicale</li> <li>• Existenta de investitori din mediu privat dispuși să se implice în dotarea cu aparatură și echipamente medicale a unității</li> <li>• Existenta cererii de noi servicii medicale în specialitatea oncologie.</li> <li>• Creșterea finanțării spitalului prin implementarea unor programe naționale de sănătate.</li> <li>• Posibilitatea atragerii de fonduri și finanțări prin granturi europene și naționale cu fonduri nerambursabile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distanța relativ mică față de 2 centre medicale universitare <ul style="list-style-type: none"> <li>• Înființarea de spitale private în zonă cu condiții hoteliere superioare spitalelor publice</li> <li>• Posibilități reduse de utilizare a serviciilor de coplată de către pacienții proveniți din populația deservită.</li> <li>• Migrația internă și externă a personalului către centre medicale mai de renume.</li> </ul> </li> <li>• Rezistența personalului la SCHIMBARE</li> <li>• Spitalul nu este proprietar tăbular pe clădiri.</li> <li>• Schimbări demografice nefavorabile</li> <li>• Îmbătrânirea populației</li> <li>• Schimbări ale nevoilor pacienților și cerințele în creștere privind calitatea serviciilor medicale oferite și imposibilitatea financiară de a îndeplini aceste cerințe</li> <li>• Aglomerarea secțiilor cu pacienți care reprezintă cazuri sociale, datorita inexistenței unui centru de zi în zonă <ul style="list-style-type: none"> <li>• Birocratie, centralizare</li> <li>• Necesitatea alinierii la standarde europene fără suficiente surse financiare</li> </ul> </li> <li>• Cadrul legislativ în continuă schimbare</li> <li>• Raport inegal între așteptările extrem de mari cu privire la îmbunătățirea calității serviciilor medicale oferite și insuficiența resurselor economic-financiare</li> <li>• Lipsa de medici urgenți, pentru a asigura continuitatea serviciului de gardă în C.P.U. îngreunând astfel linia de gardă interne, chirurgie generală și ATI</li> <li>• Creșterea continuă a prețurilor pentru utilități, materiale sanitare, hrană, medicamente comparativ cu procentul din PIB alocat domeniului sănătății.</li> <li>• Existenta obligativității respectării de către conducerea spitalului a legislației emise de către Ministerul Sănătății determină disfuncționalități în adaptarea structurii de personal și implicit afectează activitatea specifică a spitalului</li> </ul>



## **B. Misiunea, viziunea și valorile spitalului**

**Misiunea** de bază a Spitalului Orășenesc “Dr. Valer Russu” Luduș este de a asigura servicii de calitate pacienților din arealul deservit de către spital.

*Acordarea de servicii medicale care să se plieze cerințelor și să răspundă așteptărilor pacienților, într-un climat sigur și confortabil.*

**I. VIZIUNEA** echipei manageriale a S.O. Luduș este de a oferi servicii de sănătate ireproșabile prin competențe profesionale deosebite și tehnologii de ultimă generație. În plus, se dorește impunerea unui nou standard pentru serviciile medicale oferite în zona de arondare a spitalului, prin promovarea bunelor practici medicale și implementarea tehnologiilor inovatoare, astfel încât fiecare pacient să fie tratat ca fiind cel mai important, iar toate eforturile să fie canalizate pentru a preveni, a diagnostica, a trata și a oferi îngrijiri medicale la standarde ridicate, îmbunătățind calitatea vietii pacienților spitalului.

**Principiile și valorile declarate ale spitalului**, sunt următoarele:

**Pentru realizarea misiunii și viziunii** noastre și pentru a satisface într-o măsură cât mai mare necesitățile actuale și așteptările viitoare ale pacienților, precum și de a le furniza servicii medicale de calitate, ne vom conforma principiilor care stau la baza standardelor și referințelor privind Managementul Strategic și Organizațional, Managementul Clinic, Etica Medicală și Drepturile Pacientului, respectiv:

- a) dezvoltarea activității spitalului conform nevoilor de sănătate a populației din ... (aria geografică deservită respectiv regiunea, județul, orașul, după caz)
- b) asigurării și îmbunătățirii continue a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului;
- c) asigurării nediscriminatorii a accesului pacientului la serviciile de sănătate, conform nevoilor acestuia, în limita misiunii și a resurselor spitalului;
- d) respectării demnității umane, a principiilor eticei și deontologiei medicale și a grijii față de sănătatea pacientului;
- e) orientării managementului organizațional, pe baze clinice, pentru susținerea asistenței medicale centrate pe pacient;
- f) abordării integrate, inter și multidisciplinare a pacientului în managementul de caz;
- g) promovării eficacității și eficienței prin dezvoltarea conceptului de evaluarea a practicilor profesionale prin audit clinic și prin optimizarea procesului decizional;
- h) asigurarea continuității asistenței medicale în cadrul spitalului, prin asigurarea resurselor necesare, conform misiunii declarate și după externare prin colaborare cu medicii de familie și medicii specialiști din ambulator;
- i) promovării prin standarde a dezvoltării culturii organizaționale;
- j) protejării mediului.

### **C. Obiectivele strategice ale spitalului în domeniul calității.**

**Obiectivele strategice generale ale spitalului în domeniul calității, sunt următoarele:**

1. Realizarea dezideratului de excelență în asigurarea serviciilor spitalicești în cadrul tuturor microstructurilor spitalului, prin raportare permanentă la referințele, standardele, criteriile și cerințele care vizează managementul calității în spitale stabilite de către A.N.M.C.S.
2. Adaptarea, dezvoltarea și diversificarea panelului de servicii medicale oferite, în funcție de adresabilitatea și problemele de sănătate ale populației țintă;
3. Preocupare permanentă pentru introducerea de aparatură și dispozitive medicale performante, precum și de protocoale și proceduri medicale moderne;
4. Îmbunătățirea calității și a performanței actului medical;
5. Îmbunătățirea permanentă a condițiilor hoteliere furnizate pacienților internați în spital;
6. Asigurarea dezvoltării resurselor umane prin evaluarea performanțelor și promovarea acestora;
7. Crearea și dezvoltarea unui mediu favorabil pentru dezvoltarea educațională și profesională a întregului personal angajat al spitalului;
8. Îmbunătățirea permanentă a condițiilor de protecție și siguranță a angajaților, pacienților internați, vizitatorilor/aparținătorilor, precum și a acțiunilor preventive de asigurare a protecției mediului.

**La întocmirea prezentului Plan au fost avute în vedere următoarele:**

- 1) Obiectivele strategice generale pe termen scurt, aferente anului 2020 prevăzute în "Planul strategic de dezvoltare Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Ludus, precum și obiectivele care vizează cu predilecție îmbunătățirea calității din "Planul de management al spitalului"<sup>2</sup>:
- 1.1. Achiziționarea de aparatură medicală și echipamente medicale performante necesare furnizării și îmbunătățirii calității și performanței actului medical și dezvoltării resurselor umane proprii (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
- 1.2. Inițierea și derularea contractului de lucrări privind reabilitarea Compartimentului Boli Infecțioase (obiectiv avut în vedere a se finaliza în trim IV/2020);
- 1.3. Inițierea și derularea contractului de lucrări privind reabilitarea Secției Chirurgie generală (obiectiv avut în vedere a se finaliza în trim. IV/2020);
- 1.4. Îmbunătățirea relaționării între conducerea spitalului și microstructurile subordonate, precum și crearea cadrului organizatoric pentru asigurarea participării angajaților spitalului la procesul decizional și documentarea corectă a acestora (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului Strategic);
- 1.5. Analizarea și îmbunătățirea protocoalelor terapeutice și de îngrijiri medicale, a procedurilor de sistem/operaționale implementate la nivelul spitalului, precum și elaborarea și implementarea de protocoale terapeutice și de îngrijiri medicale, proceduri de sistem/operaționale noi la nivelul spitalului în funcție de dezvoltarea panelului de servicii medicale de specialitate furnizate de către spital, cu impact direct în îmbunătățirea calității și performanței actului

<sup>2</sup> Bază: indicator "01.07.01.03.07 - În planul de management al calității se regăsesc obiectivele specifice îmbunătățirii calității din planul de management al spitalului" aferent L.V. nr. 06 - Managementul calității\_Atribuțiile SMC;

medical și dezvoltării resurselor umane proprii (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);

- 1.6. Pregătirea Laboratorului de analize medicale pentru menținerea autorizației RENAR (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
- 1.7. Asigurarea condițiilor pentru protecția și siguranța angajaților spitalului, pacienților internați, vizitatorilor/aparținătorilor (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
- 1.8. Extinderea Compartimentului de primiri urgențe (obiectiv avut în vedere a se finaliza în trim IV/2020);
- 1.9. Planificarea și implementarea în cadrul spitalului a conceptului de „audit clinic” în scopul îmbunătățirii calității și performanței actului medical și dezvoltării resurselor umane proprii (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
- 1.10. Dezvoltarea acțiunilor preventive de asigurare a protecției mediului (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
- 1.11. Diverse lucrări de reparații curente/renovare, întreținere și igienizare (Ambulatoriu de specialitate – gard și rampă acces, Secția medicina internă -igienizare, Secția Obstetrică-ginecologie igienizare și modernizare septic, Secția Psihiatrie cronici de lungă durată – poartă acces, gard, arhivă –igienizare, depozit de material – învelitoare acoperiș, Secția Pediatrie-instalație încalzire termică) (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
- 1.12. Pregătirea spitalului pentru reacreditare de către ANMCS în ciclul II și III de acreditare (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
- 1.13. Creșterea calității actului medical și dezvoltării resurselor umane proprii prin participare la instruirile/cursuri de formare profesională (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului Strategic);
- 1.14. Planificarea și implementarea anuală a recomandărilor de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
- 1.15. Promovarea imaginii Spitalului Orășenesc Dr. Valer Russu Luduș ca instituție sanitară de încredere (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
- 1.16. Adaptarea în permanență a sistemului informatic la nevoile curente și de perspectivă imediată a structurilor proprii ale spitalului (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului Strategic);

2) Recomandările consecutive de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analizele lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților (Bază: indicator 01.07.04.02.02, aferent L.V. nr. 06 - Managementul calității Atribuțiile SMC), printre care cele mai relevante s-au referit la:

- 2.1. –Angajare de personal suplimentar
- 2.2. –Procurare paturi adaptate patologilor
- 2.3. –Dotarea tuturor băilor cu dispensere de hartie/ săpun

- 2.4. – Imbunatatirea calității meniurilor
- 2.5. – Comunicarea cu pacienți pe înțelesul lor
- 2.6. Având în vedere că , exigenta pacienților a început să crească privind calitatea serviciilor medicale, spitalul trebuie să-și gândească viitorul nu numai la nivel de supravețuire, ca până acum ci și ca oferind de servicii de calitate și diversificate pentru utilizatori.

#### **D. Identificarea problemelor de calitate și siguranță actuale ale spitalului**

În stabilirea obiectivelor strategice pe termen scurt aferente anului 2020, prevăzute în Planul strategic de dezvoltare, au fost avute în vedere următoarele probleme de calitate și siguranță actuale ale spitalului:

1. Dotarea insuficientă a unor secții / compartimente medicale cu aparatură medicală și echipamente medicale sau de suport a acestora, necesare furnizării și îmbunătățirii calității și performanței actului medical și dezvoltării resurselor umane propriu;
2. La nivelul spitalului este necesară instrumentarea și dezvoltarea în continuare a conceptului de "Transparență decizională" și a unei reglementări în baza căruia acesta să funcționeze, în scopul luării măsurilor necesare de implementare a Criteriului *"01.02.05 Procesul decizional de la toate nivelurile de management are în vedere condițiile specifice de organizare și funcționare ale spitalului"*, prevăzut în Anexa la *OMS nr. 871/2016 pentru aprobarea Procedurilor, standardelor și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor*;
3. Necesitatea ca toate protocoalele terapeutice și de îngrijiri medicale, precum și procedurile de sistem / operaționale existente la nivelul spitalului să fie întocmite și revizuite periodic potrivit prevederilor legale incidente în vigoare, pentru a elmina deficiențe de următoarea natură:
  - Elaborarea pe procese sau activități care nu descriu totalitatea pașilor de urmat în succesiune logică, modalitățile de lucru și regulile de aplicat pentru realizarea activităților și acțiunilor, respectiv activitățile de control implementate;
  - Neînscrierea în mod distinct a responsabilităților și atribuțiilor fiecărui dintre membrii echipei de proces menționați în respectivele proceduri, în raport cu procesele și activitățile descrise de acestea;
  - Lipsa de formalizare a protocoalelor terapeutice și de îngrijiri medicale precum și a procedurilor documentate existente;
  - Eliminarea riscului ca resursele (umane, tehnico-medicale, materiale sanitare, medicamente, biocide, financiare, de timp etc.) menționate în conținutul protocoalelor să nu fie efectiv disponibile în totalitate la nivelul structurii medicale în care se aplică acestea;
  - Neaducerea la cunoștință personalului care este necesar să aplice protocoalele terapeutice și de îngrijiri medicale / procedurile existente, a responsabilităților care derivă în îndeplinirea activităților procedurate, precum și lipsa instruirii acestora în raport cu responsabilitățile procedurate;
  - Neîntocmirea de analize la minim un an a eficienței și eficacității (după caz) precum și a riscului rezidual pentru fiecare dintre protocoalele terapeutice și de îngrijiri medicale / procedurile existente;

- Luarea măsurilor necesare ca toate protocoalele / procedurile analizate să se regăsească ca și modalitate de diminuare a minim unui risc cuprins în registrul riscurilor;
4. Condițiile hoteliere și cele care se referă la protecția și siguranța, pacienților internați, vizitatorilor/aparținătorilor, precum și angajaților spitalului, nu se ridică la nivelul standardelor, criteriilor și cerințelor A.N.M.C.S. Această problematică a fost sesizată și ca urmare a recomandărilor de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților;
5. Insuficiența instrumentării și dezvoltării la nivelul spitalului a conceptului de "audit clinic";
6. Măsurile preventive de asigurare a protecției mediului și a regulilor de S.S.M. luate de către spital nu concordă în totalitate cu prevederile legislației incidente în vigoare;
7. Se constată faptul că pe parcursul anilor trecuți nu au existat fonduri suficiente pentru angajarea de lucrări de renovare, întreținere și igienizare a tuturor sectoarelor de activitate ale spitalului;
8. Insuficiența pregătirii spitalului pentru reacreditare de către ANCMS în ciclul II de acreditare;
9. Insuficiența măsurilor necesare implementării anuale a recomandărilor de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților;
10. Insuficiența măsurilor necesare pentru creșterea satisfacției pacienților prin îmbunătățirea relației medic - pacient – spital;
11. Insuficiența măsurilor necesare pentru dezvoltarea resurselor umane;

#### **E. Prioritizarea problemelor de calitate identificate**

Pentru prioritizarea problemelor de calitate identificate se va utiliza ca instrument de lucru următoarea matricea de prioritizare:

Domeniul de îmbunătățit	CRITERII						
	Costuri	Există resursele necesare schimbării	Procesul e important pentru spital	Procesul e important pentru pacienți/ angajați	Procesul are vizibilitate mare	Schimbarea e necesară în procesul de acreditare	SCOR TOTAL
1. Dotarea insuficientă a unor secții / compartimente medicale cu aparatură medicală și echipamente medicale sau de suport a acestora.	4 x 0,5	4 x 1	4 x 0,5	4 x 0,75	4 x 0,25	4 x 0,25	13,00
2. Necesitatea continuării instrumentării și dezvoltării conceptului de "Transparență decizională"	4 x 0,5	4 x 1	4 x 0,5	4 x 0,75	4 x 0,25	1 x 0,25	12,25
3. Proprotoalele terapeutice și de îngrijiri medicale, precum și procedurile operaționale existente la nivelul	4 x 0,5	4 x 1	4 x 0,5	4 x 0,75	2 x 0,25	4 x 0,25	12,50

Domeniul de îmbunătățit	CRITERII						
	Costuri	Există resursele necesare schimbării	Procesul e important pentru spital	Procesul e important pentru pacienți/ angajați	Procesul are vizibilitate mare	Schimbarea e necesară în procesul de acreditare	SCOR TOTAL
spitalului este necesar să fie întocmite și revizuite periodic potrivit prevederilor legale incidente în vigoare							
4. Condițiile hoteliere și cele care se referă la protecția și siguranța, pacienților internați, vizitatorilor/ apartinătorilor, precum și angajaților spitalului, nu se ridică la nivelul standardelor, criteriilor și cerințelor A.N.M.C.S.	3 x 0,5	3 x 1	3 x 0,5	4 x 0,75	4 x 0,25	4 x 0,25	11,00
5. Insuficiența instrumentării și dezvoltării la nivelul spitalului a conceptului de "audit clinic";	1 x 0,5	4 x 1	4 x 0,5	2 x 0,75	1 x 0,25	4 x 0,25	9,25
6. Măsurile preventive de asigurare a protecției mediului și a regulilor de S.S.M. luate de către spital nu concordă în totalitate cu prevederile legislației incidente în vigoare	3 x 0,5	2 x 1	4 x 0,5	2 x 0,75	1 x 0,25	4 x 0,25	8,25
7. Se constată faptul că pe parcursul anilor trecuți nu au existat fonduri suficiente pentru angajarea de lucrări de renovare, întreținere și igienizare a tuturor sectoarelor de activitate ale spitalului;	4 x 0,5	4 x 1	2 x 0,5	4 x 0,75	4 x 0,25	1 x 0,25	11,25
8. Insuficiența pregătirii spitalului pentru reacreditare de către ANCMS în ciclul II de acreditare	4 x 0,5	4 x 1	4 x 0,5	4 x 0,75	4 x 0,25	4 x 0,25	12,75
9. Insuficiența măsurilor necesare implementării anuale a recomandărilor	2 x 0,5	3 x 1	4 x 0,5	4 x 0,75	3 x 0,25	1 x 0,25	10,00

Domeniul de îmbunătățit	CRITERII							SCOR TOTAL
	Costuri	Există resursele necesare schimbării	Procesul e important pentru spital	Procesul e important pentru pacienți/ angajați	Procesul are vizibilitate mare	Schimbarea e necesară în procesul de acreditare		
de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților								
10. Insuficiența măsurilor necesare pentru creșterea satisfacției pacienților prin îmbunătățirea relației medic - pacient – spital	2 x 0,5	3 x 1	4 x 0,5	4 x 0,75	4 x 0,25	1 x 0,25	10,25	
11. Insuficiența măsurilor necesare pentru dezvoltarea resurselor umane	4 x 0,5	4 x 1	4 x 0,5	3 x 0,75	3 x 0,25	3 x 0,25	11,75	

Punctaj acordat de la 1 la 4, unde:

- 1 - neimportant/neprioritar
- 2 – importanță redusă/prioritate mică
- 3 – importanță mare/prioritate mare
- 4 - foarte important/prioritate maximă
- 0,25; 0,5; 0,75 și 1 – coeficienți de importanță

**NOTĂ: În stabilirea punctajului acordat fiecărui criteriu s-au avut în vedere următoarele aspecte:**

- Existența alocării fondurilor necesare pentru diferite lucrări, servicii, produse;
- Prioritizarea desfășurării unor activități care nu necesită alocarea de fonduri financiare;
- Procesul de reacreditare al Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș se va derula în semestrul III al anului 2021.

Din analiza rezultatelor obținute în matricea de prioritizare de mai sus, rezultă următoarele:

- **Intervenția prioritată 1 este:** 1. Dotarea insuficientă a unor secții / compartimente medicale cu aparatură medicală și echipamente medicale sau de suport a acestora;
- **Intervenția prioritată 2 este:** 8. Insuficiența pregăririi spitalului pentru reacreditare de către ANCMS în ciclul II de acreditare;
- **Intervenția prioritată 3 este:** 3. Protocolele terapeutice și de îngrijiri medicale, precum și procedurile operaționale existente la nivelul spitalului este necesar să fie întocmite și revizuite periodic potrivit prevederilor legale incidente în vigoare;
- **Intervenția prioritată 4 este:** 2. Necesitatea continuării instrumentării și dezvoltării conceptului de "Transparență decizională";
- **Intervenția prioritată 5 este:** 11. Insuficiența măsurilor necesare pentru dezvoltarea resurselor umane;

- Intervenția priorită 6 este: 7. Se constată faptul că pe parcursul anilor trecuți nu au existat fonduri suficiente pentru angajarea de lucrări de renovare, întreținere și igienizare a tuturor sectoarelor de activitate ale spitalului;
- Intervenția priorită 7 este: 4. Condițiile hoteliere și cele care se referă la protecția și siguranța, pacienților internați, vizitatorilor/ aparținătorilor, precum și angajaților spitalului, nu se ridică la nivelul standardelor, criteriilor și cerințelor A.N.M.C.S.;
- Intervenția priorită 8 este: 10. Insuficiența măsurilor necesare pentru creșterea satisfacției pacienților prin îmbunătățirea relației medic - pacient – spital;
- Intervenția priorită 9 este: 9. Insuficiența măsurilor necesare implementării anuale a recomandărilor de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților;
- Intervenția priorită 10 este: 5. Insuficiența instrumentării și dezvoltării la nivelul spitalului a conceptului de ”audit clinic”;
- Intervenția priorită 11 este: 6. Măsurile preventive de asigurare a protecției mediului și a regulilor de S.S.M. luate de către spital nu concordă în totalitate cu prevederile legislației incidente în vigoare.

În rezolvarea problemelor de calitate identificate se stabilesc următoarele **obiective / direcții de acțiune în domeniul calității și siguranței**:

- Îmbunătățirea satisfacției pacienților și a angajaților;
- Îmbunătățirea gradului de siguranță a tuturor pacienților și a angajaților;
- Îmbunătățirea tuturor procedurilor operaționale și protocoalelor terapeutice și de îngrijiri medicale din cadrul spitalului în scopul detalierei în succesiune logică pe activități a proceselor, a modalităților de lucru și a regulilor de aplicat, precum și de stabilire de responsabilități fiecărui dintre membrii echipelor de proces, instruirea acestora și urmărirea/controlul aplicării în practică a respectivelor proceduri.
- Asigurarea derulării tuturor proceselor și activităților din cadrul spitalului fără intersectări, în strictă conformitate cu prevederile legale în vigoare și cu utilizarea cât mai judicioasă a resurselor la dispoziție;
- Asigurarea de către conducerea spitalului a participării angajaților la procesul decizional și documentarea corectă a acestora, în condiții de transparență.

**F. Măsuri de soluționare a principalelor probleme de calitate. Graficul Gant.**

Măsurile de soluționare a principalelor probleme de calitate, responsabilității cu implementarea acestora precum și termenele în care acestea se vor executa sunt prevăzute în următorul Grafic Gantt:

Activități desfășurate	Responsabili	Januarie	Februarie	Martie	Aprilie	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
<b>Activități interventie prioritată nr. 1 - 1. Dotarea insuficientă a unor secții / compartimente medicale cu aparatură medicală și echipamente medicale sau de suport a acestora:</b>												
Elaborarea de propunerii privind achiziționarea de aparatură medicală și echipamente medicale	-Sefii de microstructuri; -Consiliu Medical -Comitetul Director -Biroul Achiziții publice											
Aprobarea propunerilor, alocarea de resurse financiare pentru achiziționarea de aparatură medicală și echipamente medicale în cadrul bugetului de venituri și cheltuieli și includerea în PAAAP-ul spitalului	Comitet director Director finanțier contabil - Biroul Achiziții publice											
Elaborarea și întreținere, către eșalonul superior, pentru aprobatore, a listei cu propunerii privind achiziționarea de aparatură medicală și echipamente medicale	Comitet director Director finanțier contabil Biroul Achiziții publice											
Achiziția de aparatură medicală și echipamente medicale	Biroul Achiziții publice											
<b>Interventia prioritara nr. 2: 8.Insuficiența pregăririi spitalului pentru reacreditare de către ANCMCS în ciclul II de acreditare</b>												
Analizarea reglementărilor ANMCS privind reacreditarea spitalelor	Comitet director Biroul management al calității											
Desfășurarea activităților de autoevaluare conform „Planificării efectuate de către personalul Biroului managementul calității serviciilor medicale în anul 2020”	Comitet director Biroul management al calității											
Stabilirea responsabilităților privind desfășurarea activităților pentru reacreditarea spitalului	Comitet director Biroul management al calității											

Activități desfășurate	Responsabilități	Januarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Julie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
Monitorizarea periodică a desfășurării activităților pentru recreditarea spitalului	Comitet director Biroul management al calității												
Comunicarea permanentă cu A.N.M.C.S., în cadrul procesului de monitorizare reglementat prin O.M.S. 639/2016	Comitet director Biroul management al calității												

**Intervenția prioritată nr. 3: 3. Protocolele terapeutice și de îngrijiri medicale, precum și procedurile operaționale existente la nivelul spitalului este necesar să fie întocmite și revizuite periodic potrivit prevederilor legale incidente în vigoare**

-

- Sefii de microstructuri;  
- Comisia cu atribuții de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a implementării și dezvoltării sistemelor proprii de control intern/managerial;  
- Biroul management al calității serviciilor medicale;

- Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacientilor

- Consiliul medical;

- Comitetul director

- Comisia de analiză a rezultatelor utilizării procedurilor operaționale de îngrijiri medicale,

Analizarea și îmbunătățirea protocolelor terapeutice și de îngrijiri medicale, a procedurilor operaționale implementate

<b>Activități desfășurate</b>	<b>Responsabili</b>										
		protoocoalelor și ghidurilor de practică adoptate în spital;									
		- Biroul management al calității serviciilor medicale;									
		- Șefii de microstructuri;									
		- Comisia de analiză a rezultatelor utilizării procedurilor operaționale de îngrijiri medicale, protoocoalelor și ghidurilor de practică adoptate în spital;									
		Biroul management al calității serviciilor medicale;									
		Elaborarea și implementarea de noi protocole terapeutice, proceduri și algoritmi de investigații, diagnostic sau tratament									
<b>Intervenția prioritată nr. 4: 2. Necesitatea continuării instrumentării și dezvoltării conceptului de "Transparentă decizională"</b>											
Instrumentarea conceptului de "Transparentă decizională" la nivelul spitalului prin crearea pe serverul spitalului a unui folder special cu denumirea "Transparentă decizională" și întocmirea unei metodologii în baza căruia acesta să funcționeze, în scopul luării măsurilor necesare de implementare a Criteriului "01.02.05 Procesul decizional de la toate nivelurile de management are în vedere condițiile specifice de organizare și funcționare ale spitalului", prevăzut în Anexa la OMS nr. 871/2016 pentru aprobaarea Procedurilor, standardelor și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor.						-Biroul Management al calității serviciilor medicale	-Compartimentul Informatică	-Birou achiziții	-Director finanțier contabil		
Aducerea la cunoștință întregului personal al spitalului						-Biroul Managementul					

<b>Activități desfășurate</b>	<b>Responsabilități</b>	<b>Lanțuri de dezvoltare</b>	<b>Martie</b>	<b>Aprilie</b>	<b>Mai</b>	<b>Iunie</b>	<b>Iulie</b>	<b>August</b>	<b>Septembrie</b>	<b>Octombrie</b>	<b>Noiembrie</b>	<b>Decembrie</b>
existența pe serverul spitalului a folderului special cu denumirea „Transparentă decizională” și rolul acestuia	calitateii											
Postarea de rapoarte informative periodice privind propunerile/sugestiile formulate în domeniul îmbunătățirii managementului calității și elaborarea de acte normative interne, în vederea consultării angajaților	- Biroul Managementul calitatii											
Monitorizarea permanentă a folderului cu denumirea „Transparentă decizională”	- Biroul Managementul calitatii											
Integrarea, după caz, a propunerilor formulate de către angajații în domeniul îmbunătățirii managementului calității și elaborarea de acte normative interne	- Biroul Managementul calitatii											
<b>Interventia prioritara nr. 5: 11. Insuficiența măsurilor necesare pentru dezvoltarea resurselor umane</b>												
Înaintarea de propunerî formulate de șefii de microstructuri privind instruirea personalului din subordine	Şefi de structuri medicale și administrative											
Analiza în ședință a Consiliului medical a propunerilor privind „Planul de formare și perfecționare a personalului medical al spitalului, în anul ”,	Director medical											
Întocmirea proiectului „Planului anual de dezvoltare profesională a personalului spitalului, în anul ”, care să includă propunerile formulate în cadrul Consiliului medical și cele centralizate de la șefii structurilor administrative din cadrul spitalului și înaintarea acestuia spre analiză Comitetului director	RUNOS											
Analiza în cadrul ședinței Comitetului director și aprobarea, după caz – funcție de fondurile financiare la dispoziție, a participării personalului spitalului la cursurile de formare profesională și instruirile propuse prin „Planului de formare și perfecționare a personalului spitalului, în anul 2020”, cu specificarea surselor de finanțare din care se va achita de către spital participarea personalului angajat la cursuri/instruirii	Comitet director											

Activități desfășurate	Responsabili	Januarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
Întocmirea de către structura Resurse Umane a „Planului anual de dezvoltare profesională a personalului spitalului, în anul 2020” în baza deciziei Comitetului director și aprobarea acestuia de către manager.	RUNOS												
<b><u>Interventia prioritara nr. 6:</u></b> 7.Se constată faptul că pe parcursul anilor trecuți nu au existat fonduri suficiente pentru angajarea de lucrări de renovare, întreținere și igienizare a tuturor sectoarelor de activitate ale spitalului;													
Elaborarea de proponeri privind lucrări de reparații curente/renovare, întreținere și igienizare	Şef birou AAT -Consiliu medical												
Aprobarea proponerilor și soluțiilor tehnice privind lucrări de reparații curente/renovare, întreținere și igienizare și alocarea de resurse financiare	Comitet director												
Elaborarea unui plan de lucrări pentru lucrări de reparații curente/renovare, întreținere și igienizare.	Şef birou AAT CPIAAM												
Efectuarea lucrărilor de reparații curente/renovare, întreținere și igienizare.	Şef birou AAT												
<b><u>Interventia prioritara nr. 7:</u></b> 4. Condițiile hoteliere și cele care se referă la protecția și siguranța, pacienților internați, vizitorilor/ apartinătorilor, precum și angajaților spitalului, nu se ridică la nivelul standardelor, criteriilor și cerințelor A.N.M.C.S.;													
Elaborarea referatului de necesitate {Reparație capitală Compartiment Boli Infectioase și Sectia Chirurgie Generală}	- CPIAAM Sectii/compartimente												
Elaborarea caietului de sarcini	- Şef birou AAT CPIAAM												
Analizarea și aprobarea în ședința comitetului director a proiectului	Comitet director												
Estimarea costurilor și identificarea surSELOR de finanțare	- DFC - Şef birou AAT Comitet director												
Întocmirea documentației pentru achiziție și pentru execuția lucrării	Şef birou AAT												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
Lucrări de reparări capitale	- Sefi birou AAT CPIAAM												
<b>Intervenția prioritată nr. 8: 10. Insuficiența măsurilor necesare pentru creșterea satisfacției pacienților prin îmbunătățirea relației medic - pacient – spital</b>													
Îmbunătățirea relației medic-pacient prin implementarea chestionarelor de satisfacție	- Personalul BMCSSM; -Consiliu medical -Comitet director -Intreg personalul medico sanitar												
Reducerea timpului de așteptare a pacienților pentru consult în ambulatoriu prin implementarea unui sistem de programare telefonic sau ”on-line”	-Comitet director -Coordonator Ambulatoriu integrat												
Promovarea unui stil de viață sănătos prin educație sănătoasă a pacienților și aderența acestora la tratamentul prescris prin informarea pacienților cu privire la:													
<ul style="list-style-type: none"> <li>• diverse campanii de sănătate (reguli de igienă, renunțarea la fumat, vaccinare etc)</li> <li>• normele de conduită în spital se poate face prin:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ tipărire de pliante și afișe care conțin mesaje de educație preventive;</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sefi secții medicale;</li> <li>- Sef CPU;</li> <li>-Coordonator Ambulatoriu integrat;</li> </ul>												
prin postarea acestora pe site-ul spitalului, sau prin crearea unei rețele informative interne prin care aceste mesaje pot apărea pe monitoarele televizoarelor de pe holurile și din sălăranele spitalului achiziționate în scop de informare și de a spori gradul de confort al pacienților	Compartiment IT												

Activități desfășurate	Responsabili	Januarie	Februarie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
Implementarea următoarelor reglementări privind:											
• Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media <sup>3</sup> ;											
• Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul <sup>4</sup> ;											
• Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacientilor <sup>5</sup> ;											
• Modul de comunicare între membrii echipelor medicale <sup>6</sup> ;											
• Modul de comunicare către apartinători a degradării stării pacientului și accesul apartinătorilor la pacientul spitalului aflat în stare terminală și protocolul de comunicare către apartinători în situațiile de deces al pacientului, inclusiv a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcursе după decesul pacientului <sup>7</sup> ;	Întreg personalul										
• Modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internații <sup>8</sup> ;											
• Modul de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic <sup>9</sup> ;											

3 Bază: indicatorul "01.06.03.02.03 - Spitalul are reglementată limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media" (LV 15-Managementul resurselor umane);

4 Bază: indicatorul "01.06.03.02.02 - Spitalul are reglementată limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul" (LV 15 – Managementul resurselor umane);

5 Bază: indicatorul "01.06.01.08.06 - La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților" (LV 5 – Managementul organizării (atribuțiile managerului și ale comitetului director));

6 Bază: indicatorul "01.06.02.01.01 - La nivelul spitalului este reglementat modul de comunicare între membrii echipelor medicale" (LV 7 – Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical));

7 Bază: indicatorul "01.06.02.03.05 - Există protocol de comunicare cu apartinătorii în situațiile de deces al pacientului" (LV 7- Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical));

8 Bază: indicatorul "01.06.03.01.03 - La nivelul spitalului este reglementat modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități interne" (LV 7 – Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical));

Activități desfășurate	Responsabili	Lanțuri	Februarie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
<ul style="list-style-type: none"> <li>Situatii în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate<sup>10</sup>;</li> <li>Comunicarea în situații deosebite/excepționale<sup>11</sup>;</li> <li>Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor<sup>12</sup>;</li> </ul> <p>Modul de comunicare cu pacienții internați, nevoritori de limbă română<sup>13</sup>.</p> <p>Informarea permanentă a asiguraților / pacienților / apartinătorilor privind gama de servicii medicale oferite de către spital (tipuri, costuri, modalități de accesare etc.), atât pe diferite platforme electronice on-line (site spital, Facebook) cât și în cadrul participărilor la diferite vizite și conferințe</p> <p>Amenajarea unor spații de recreere pentru pacienți / apartinători, cât și pentru angajații spitalului (amenajare spații verzi curți interioare)</p>	<p>- Șefi structuri medicale</p> <p>- Șefi birou AAT</p>										

**Intervenția prioritată nr. 9: 9. Insuficiența măsurilor necesare implementării anuale a recomandărilor de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților;**

Desfășurarea analizei lunare a chestionarelor de satisfacție a pacienților	BMCSC										
Centralizarea anuală a recomandărilor celor mai concluzante	BMCSC										

9 Bază: indicatorul ”01.06.02.03.06 - Comunicarea cu pacientul în situațile de diagnostic oncologic este reglementată” (LV 07 – Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consilinului medical));

10 Bază: Indicatorul ”03.01.02.01.03 - Situația în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate este reglementată” (LV 7 – Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consilinului medical));

11 Bază: indicatorul ”01.06.02.02.03 - La nivelul spitalului este reglementată comunicarea în situații deosebite/excepționale” (L.V. 05 - Managementul organizației (atribuțiile managerului și ale comitetului director));

12 Bază: indicatorul ”02.15.01.02.02 Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor este reglementată” (LV 22- Managementul medical la nivel de secție (atribuțiile șefului de secție));

13 Bază: indicatorul ”01.06.03.01.02 - La nivelul spitalului este reglementat modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română” (LV 7 – Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consilinului medical));

Activități desfășurate	Responsabili	Januarie	Februarie	Martie	Aprilie	Iunie	Julie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților												
Întocmirea "Planului anual de îmbunătățire a calității în cadrul S.OI", cu includerea în acesta a recomandărilor de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților	BMCSCM											
Monitorizarea activităților emergente obiectivelor din "Planul anual de îmbunătățire a calității în cadrul S.OI" care includ recomandările de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților	BMCSCM											
<b><u>Interventia prioritara nr. 10: 5. Insuficiența instrumentării și dezvoltării la nivelul spitalului a conceptului de "audit clinic";</u></b>												
Întocmirea și aprobatarea Programului anual de audit clinic	BMCSCM											
Întocmirea și aprobatarea Planurilor misiunilor de audit clinic	Şefi comisii audit clinic BMCSCM											
Executarea activităților de audit clinic potrivit planificării întocmite (la data planificată prin Planul fiecarei misiuni de audit clinic)	Şefi comisii audit clinic BMCSCM											
Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic intern sau a unor misiuni suplimentare de audit clinic extern	- La managerului solicitarea											
<b><u>Interventia prioritara nr. 11: 6. Măsurile preventive de asigurare a protecției mediului și a regulilor de S.S.M. luate de către spital nu concordă în totalitate cu prevederile legislației incidente în vigoare.</u></b>												
Actualizarea pregăririi personalului angajat al spitalului în domeniul securitate și sănătate în muncă	Responsabil SSM											
Actualizarea pregăririi personalului angajat al spitalului în domeniul apării împotriva incendiilor	-Responsabil A.I.I.											
Achiziționarea și instalarea unor afișe, marcaje, indicatoare etc. de avertizare care să asigure atenționarea personalului angajat al spitalului, pacienților și vizitatorilor asupra contractării existenței unor riscuri (în raport de fondurile financiare	Şef birou AAT Şef birou achiziții și contractări Responsabil SSM											

Activități desfășurate		Responsabili	Lanțuri	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Julie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
existente)		Responsabil AII B.M.C.S.M.	- Responsabil AII B.M.C.S.M.  - Sef Birou AAT - Biroul achiziții și contractări	<p>Asigurarea echipamentului de protecție pentru personalul angajat al spitalului, pacienții internați și pentru vizitatori/însoritorii ai pacienților internați</p> <p>În raport de fondurile financiare existente se vor elabora propunerile privind îmbunătățirea condițiilor hoteliere și cele care se referă la protecția și siguranța, pacienților internați, vizitatorilor/ apartinătorilor, precum și angajaților spitalului, în strictă concordanță cu standardele și cerințele A.N.M.C.S. Acestea vor primi cel puțin următoarele măsuri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instalarea la toate geamurile a plaselor de protecție împotriva insectelor;</li> <li>- Instalarea la toate geamurile din saloane a jaluzelor verticale</li> <li>- Asigurare posibilități de colectare selectivă a deșeurilor</li> </ul>										
		Sef Birou AAT	<p>Implementarea propunerilor formulate se va realiza funcție de fondurile financiare existente</p>											

## **G. Resurse necesare, surse de finanțare**

Pentru derularea activităților prevăzute în cadrul intervențiilor prioritare nr. 2-3, 9,10 nu sunt necesar a fi alocate fonduri financiare ci numai resurse umane și de timp.

Pentru toate celelalte activități prevăzute în cadrul intervențiilor prioritare nr. 1,4,5,6,7,8,11 pe lângă resursele umane (responsabilități prevăzute în Graficul Gantt) și resursele de timp, sunt necesar a fi alocate fonduri financiare, acestea fiind suportate din capitolele bugetare “Cheltuieli materiale”, “Alte cheltuieli” sau “Investiții”, utilizând – după caz – fonduri provenite din una sau mai multe dintre sursele de finanțare menționate la pct A.5. din prezentul plan, potrivit prevederilor legale în vigoare. În acest context, se estimează că intervențiile prioritare anterior menționate vor fi atinse în măsura în care vor fi alocate următoarele fonduri financiare:

1. Pentru *Intervenția prioritată nr. 1: 1. Dotarea insuficientă a unor secții / compartimente medicale cu aparatură medicală și echipamente medicale sau de suport a acestora*: În anul 2020 se preconizează a se estima fonduri majorate influențate de pandemia cu Sarscov-19 din sursa de finanțare - transferuri de la bugetul de stat/sponsorizari/buget local/fonduri proprii în valoare de 750000 lei;
2. *Intervenția prioritată nr. 4: 2. Necesitatea continuării instrumentării și dezvoltării conceptului de ”Transparență decizională”*- achiziționarea de programe care să ajute la instalarea intranetului la nivel de spital, posibilitatea programarii online a pacientilor la consultatii/investigatii in ambulatorul integrat- 15000 lei
3. *Intervenția prioritată nr. 5: 11. Insuficiența măsurilor necesare pentru dezvoltarea resurselor umane*- Sunt necesar a fi alocate fonduri financiare provenite din una sau mai multe dintre sursele de finanțare menționate la pct A.5. din prezentul plan, potrivit prevederilor legale în vigoare. În acest context, se estimează că pentru participarea anuală a personalului spitalului la cursuri și instruiriri de formare profesională, este necesară alocarea sumei de minim 50000 lei.
4. *Intervenția prioritată nr. 6: 7. Se constată faptul că pe parcursul anilor trecuți nu au existat fonduri suficiente pentru angajarea de lucrări de renovare, întreținere și igienizare a tuturor sectoarelor de activitate ale spitalului; costurile vor fi estimate în momentul întocmirii de caiete de sarcini cu lucrările necesare de amenajare a spațiilor în vederea achiziției de prestări servicii, în baza propunerilor formulate prin ”Planul anual de reparații curente”*. Sursa de finanțare utilizată: veniturile din prestațiile medicale decontate de CAS.
5. *Intervenția prioritată nr. 7: 4. Condițiile hoteliere și cele care se referă la protecția și siguranța, pacienților internați, vizitatorilor/ apartinătorilor, precum și angajaților spitalului, nu se ridică la nivelul standardelor, criteriilor și cerințelor A.N.M.C.S. se utilizează fonduri (în măsura existenței/asigurării acestora), după caz, din sursele de venituri menționate la pct. A.5., astfel:
  - a. Pentru achiziționarea și instalarea unor afișe, marcaje, indicatoare (inclusiv pentru nevăzători) etc. de avertizare (care să asigure atenționarea personalului angajat al spitalului, pacienților și vizitatorilor asupra existenței unor riscuri), precum și privind anumite trasee/circuite se estimează alocarea unei sume de circa 10000 lei. Sursa de finanțare utilizată: Venituri proprii” și “C.A.S.”, după caz.;*

- b. Pentru asigurarea echipamentului de protecție pentru personalul angajat al spitalului, pacienții internați și pentru vizitatori/însoțitori ai pacienților internați se estimează ca fiind necesară alocarea unei sume de circa 40000 lei. Sursa de finanțare utilizată: „Venituri proprii” și „C.A.S.”, după caz.;
- c. Instalarea la toate geamurile a plaselor de protecție împotriva insectelor – sumele sunt alocate deja în proiectul de reparație țadă a spitalului;
- d. Instalarea la toate geamurile din saloane a jaluzelor verticale (cu prioritate se vor instala în Secția Chirurgie Generală, secția Medicina Internă se estimează ca fiind necesară alocarea unei sume de circa 50000 lei; Sursa de finanțare utilizată: „Venituri proprii” și „C.A.S.”, după caz.);
- e. Achiziția și instalarea de televizoare cu suport perete pentru cel puțin 20 saloane se estimează ca fiind necesară alocarea unei sume de circa 15000 lei. Sursa de finanțare utilizată: „Venituri proprii” și „C.A.S.”, după caz.;
- 6. **Intervenția prioritată nr. 8: 10. Insuficiența măsurilor necesare pentru creșterea satisfacției pacienților prin îmbunătățirea relației medic - pacient – spital**
  - a. Pentru implementarea unui sistem de programare telefonic sau ”on-line” cu posibilitatea confirmării de către pacient cu 24 ore înainte a respectării programării . Sursa de finanțare utilizată: „Venituri proprii” și „C.A.S.”, după caz.;
  - b. Pentru amenajarea unor spații de recreere pentru pacienți / apartinători, cât și pentru angajații spitalului (amenajare spații verzi curți interioare, - Cost estimativ lucrări de amenajare: 20000 lei. Sursa de finanțare utilizată: „Transferuri de la bugetul de stat”, „Venituri proprii” și „C.A.S.”, după caz.;

**H.** În baza deciziei Comitetului director înscrisă în P.V. nr. 10477 din 30.09.2019 indicatori de evaluare/monitorizare a îndeplinirii obiectivelor planului privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților (Bază: indicatorul „01.01.02.02.01-La nivelul spitalului sunt definiți indicatori de evaluare/monitorizare a îndeplinirii obiectivelor planului strategic privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților” aferent L.V. 5 și indicatorul „01.07.05.01.01-La nivelul SMC sunt stabiliți indicatorii pe baza căror se efectuează analiza anuală a eficienței măsurilor propuse în planul de îmbunătățire a calității” aferent L.V. 6), sunt următorii:

1. Număr de proceduri operaționale/protocole revizuite în termen din totalul de proceduri operaționale existente;
2. Număr de persoane (membrii ai echipelor de proces) instruite în raport cu procedurile operaționale/protocole revizuite, din totalul personalului S.O. Luduș care aplică proceduri (funcție de conținutul procedurilor operaționale, se vor utiliza indicatori de genul: „număr personal instruit, în ultimul an calendaristic încheiat, în privința normelor de ..... per număr total angajați cu responsabilități în domeniul”);
3. Număr de persoane (membrii ai echipelor de proces) care au luat la cunoștință de prevederile procedurilor operaționale/protocole revizuite, din totalul personalului S.O. Luduș care aplică proceduri;

4. Număr de informări privind acte normative incidente proceselor derulate în spital, care nu au fost aplicate în practică până în prezent sau a celor nou intrate în vigoare pentru care s-au făcut propunerii de implementare;
5. Număr de rapoarte informative privind propunerile/sugestiile formulate în domeniul îmbunătățirii managementului calității și elaborarea de acte normative interne emise în vederea consultării angajaților, din numărul total de informări făcute la nivelul anului;
6. Numărul de protocole a căror indicatori au fost monitorizați pe parcursul unui an calendaristic, din numărul total de protocole revizuite la începutul anului \_\_\_\_;
7. Numărul de analize pe marginea obiectivelor, activităților și indicatorilor care au fost monitorizați pe parcursul unui an calendaristic și care au determinat implementarea unor propunerii de îmbunătățire;
8. Număr total de angajați care au luat la cunoștință de prevederile RI și ROF din numărul total de angajați ai spitalului;
9. Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților înregistrate în diferite domenii de interes ale spitalului, la nivelul anului \_\_\_\_;
10. Procentul cheltuielilor cu achiziții de echipament din total cheltuieli în raport cu propunerile de achiziție formulate prin „*Planul anual de achiziții publice*”;
11. Procentul cheltuielilor cu lucrări de reparații/îmbunătățiri din total cheltuieli în raport cu propunerile de achiziție formulate prin „*Planul de reparați curente*” și „*Bugetul de venituri și cheltuieli*”;
12. Nivel mediu de satisfacție a pacientului legat de condițiile hoteliere, în anul calendaristic încheiat;
13. Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr paturi, pe secție/compartiment;
14. Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr cabine WC, pe secție/compartiment;
15. Suma alocată cheltuielilor destinate prevenrii IAAM din buget per număr cazuri rezolvate, în ultimul an calendaristic încheiat;
16. Număr pacienți mulțumiți ("bine" + "foarte bine") de serviciile oferite de spital per total pacienți internați, în ultimul an calendaristic încheiat;
17. Număr de acțiuni organizate la nivelul spitalului cu impact în mass-media care asigură promovarea spitalului ca instituție sanitară de prestigiu;
18. Număr de solicitări de modificări de structură organizatorică / a statului de organizare cu impact în diversificarea ofertei de servicii medicale;
19. Gradul de asigurare a tuturor spațiilor necesare la nivelul structurilor medicale din spital (C.P.U., secții medicale, structuri paraclinice, Ambulatoriu integrat, Farmacie, spitalizare de zi, etc.) în conformitate cu prevederile legale în vigoare incidente.

#### **I. Posibile disfuncționalități/bariere în implementarea măsurilor propuse**

- Subestimarea / lipsa unor resurse (timp, bani, personal, etc.) dedicate îmbunătățirii calității, schimbărilor;
- Achiziția cu întârziere sau imposibilitatea achiziției, din varii motive, a materialelor și serviciilor propuse a fi achiziționate;

- Subestimarea timpului necesar realizării tuturor activităților propuse de îmbunătățire a calității;
- Lipsa implicării personalului în realizarea la termen a activităților propuse de îmbunătățire a calității (rezistență la schimbare);
- Lipsa pregăririi profesionale a personalului spitalului necesare efectuării unor lucrări de specialitate;
- Nu s-a ținut cont de supraîncărcarea cu sarcini, oboseală, lipsa timpului,etc.;
- Revizuirea procedurilor operaționale/protocolelor relevă alte disfuncționalități.

#### **J. Metode, instrumente și surse de date utilizate**

- Pentru prioritizarea problemelor de calitate identificate s-a utilizat ca instrument de lucru matricea de prioritizare a problemelor;
- Analiza SWOT;
- Grafice și analize statistice;
- Brainstorming pentru identificarea problemelor.

**Întocmit**  
**Referent B.M.C.S.M.**

**Gherman Angela**

