



SPITALUL ORĂȘENESC LUDUȘ
Dr. VALER RUSSU

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



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

Nr.917/25.01.2022

APROB

Managerul Spitalului

Ec.Claudia Uțiu



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

2022

NOTĂ: - Proiectul de "Plan" a fost analizat și avizat favorabil în ședința Consiliului medical din data de 20.01.2022(P.V. nr.840 din 20.01.2022) și în ședința Comitetului director din data de 21.01.2022 (P.V. nr. 887 din 21.01.2022).

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, www.spital-ludus.ro

Operator de date cu caracter personal înregistrat la ANSPDCP nr. 13540

CUPRINS

| | |
|--|-----------|
| A. Introducere: Scurtă analiza de situație a spitalului..... | 4 |
| 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 | 6 |
| A.5. Situația financiară a spitalului | 6 |
| A.6. Situația dotării spitalului | 7 |
| A.7. Situația principalilor indicatori de performanță realizati..... | 10 |
| A.8. Analiza SWOT | 20 |
| B. Misiunea, viziunea și valorile spitalului..... | 23 |
| C. Obiective strategice ale spitalului în domeniul calității..... | 24 |
| D. Identificarea problemelor de calitate și siguranță actuale ale spitalului..... | 25 |
| E. Prioritizarea problemelor de calitate identificate..... | 27 |
| F. Măsuri de soluționare a principalelor probleme de calitate. Graficul Gantt.... | 30 |
| G. Resurse necesare, surse de finanțare..... | 40 |
| H. Indicatori urmăriți..... | 41 |
| I. Posibile disfuncționalități/bariere în implementarea măsurilor propuse | 42 |
| J. Metode, instrumente și surse de date utilizate..... | 43 |

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 cărui 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 vîrsta 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 județul 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, sunt situate: 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 afecțiunii.
- Pe plan local, incidența bolnavilor psihiici a crescut în anii 2019 și 2018 față de anul 2017, de asemenea a crescut în mediul rural comparativ cu mediul urban.
- Bolnavii dispensați 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 intersticială, nespecificată
2. Iminență de avort
3. Travaliu fals înainte 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 Spitalul 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, 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 psihiici 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 | 2019 | 55 | 6 | 6 | 144,25 | 88,25 | 23 | 21 | 340,5 |
| | 2020 | 49 | 5 | 6 | 146,5 | 91 | 22 | 21 | 340,5 |
| | 2021 | 53 | 3 | 9 | 141 | 88 | 24,5 | 22 | 340,5 |
| Ocupate | 2019 | 44 | 6 | 5 | 128 | 84,50 | 21 | 14,5 | 303,00 |
| | 2020 | 42,5 | 5 | 5 | 138,5 | 91 | 22 | 17 | 321,00 |
| | 2021 | 47 | 3 | 7 | 135,5 | 85 | 19 | 19 | 315,5 |
| Vacante | 2019 | 11 | 0 | 1 | 13,25 | 3,75 | 2 | 6,5 | 37,50 |
| | 2020 | 6,5 | 0 | 1 | 8 | 0 | 0 | 4 | 19,5 |
| | 2021 | 6 | 0 | 2 | 5,5 | 3 | 5,5 | 3 | 25 |
| Grad de ocupare (în procente) | 2019 | 80,00 | 100,00 | 83,33 | 90,61 | 95,75 | 91,30 | 69,04 | 88,98 |
| | 2020 | 86,73 | 100,00 | 83,33 | 94 | 95,75 | 100 | 80,95 | 94,27 |
| | 2021 | 88,68 | 100,00 | 77,78 | 96 | 96,59 | 77,55 | 86,36 | 91,30 |

Cei 303 angajați sunt repartizați astfel:

- personal medico - sanită 183 din care:
 - 53 personal medical studii superioare
 - 47/53 medici;
 - 7 biolog, biochemist;
 - 135,5 - asistenți medicali din care:
 - 135,5 asistenți medicali cu studii liceale/ postliceale;
 - 85 personal sanită auxiliar (inclusiv registratori medicali);
- personal administrativ =38 din care:
 - 19 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 2021 au determinat ca activitatea sanitată și economico-financiară să se desfășoare în condiții normale. Situația veniturilor încasate în anul 2021 comparativ cu 2020 este următoarea:

| Venituri încasate pe surse | 2020 | | 2021 | |
|---|---------------|-------|---------------|-------|
| | Valoare (lei) | % | Valoare (lei) | % |
| Venituri din contracte cu CAS – servicii medicale | 38.750.829 | 95,90 | 42.365.360 | 95,63 |
| Venituri din bugetul de stat și venituri proprii MS - contracte DSP | 940.747 | 2,33 | 879.475 | 1,98 |
| Venituri din bugetul local | 189.988 | 0,47 | 169.805 | 0,38 |
| Venituri proprii - servicii medicale și alte venituri proprii | 295.872 | 0,74 | 369.216 | 0,83 |
| Venituri din sponsorizări | 206.104 | 0,50 | 28.100 | 0,06 |
| Subvenții de la bugetul de stat și UE | 23.713 | 0,06 | 490.244 | 1,12 |

| | | | | |
|--|------------|-----|------------|-----|
| prin POR 2014-2020 | | | | |
| Subvenții din MS pentru investiții prin administrația publică locală | | | | |
| Total | 40.407.253 | 100 | 44.302.200 | 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 2021, comparativ cu 2020 au fost achiziționate echipamente medicale pe structuri în sumă de:

| Structura | Anul 2020 | Anul 2021 |
|--|------------|--------------|
| Secția Chirurgie | 548.125,96 | 639.197,69 |
| Sectia Medicină Internă | - | 376.897,99 |
| Compartiment Ingrijiri Paliative | - | 20.819,05 |
| Secția Obstetrică ginecologie | 261.531,89 | 1.480.901,31 |
| Secția Pediatrie | 15.870,40 | 26.233,55 |
| Secția Psihiatrie | - | - |
| Compartiment Boli Infectioase | 6.307 | 344.946,54 |
| CPU | 96.672,03 | 778.607,18 |
| Laborator Radiologie | 213.248 | 5.885,74 |
| Laborator Analize medicale | 104.623,80 | 233.716,00 |
| Serviciul de anatomie patologică | 4.200,00 | |
| Laborator balnefizioterapie și recuperare medicală | - | 8.996,40 |
| CPIAAAM | - | 4.890,56 |
| Echipamente comune | - | 16.890,56 |
| AMBULATOR | | |
| ORL | 4016,17 | - |
| Cardiologie | - | 8.996,40 |
| Neurologie | - | - |
| Interne | - | - |
| Dermatologie | - | - |
| Oftalmologie | 31.416,00 | 9.222,50 |
| Ginecologie | 4.016,17 | - |
| Pneumologie | - | - |
| Urologie | - | - |

- La nivelul spitalului s-au implementat în anul 2021:

| |
|--|
| AMB. INTEGRAT - CAB. OFTALMOLOGIE |
| 9.222,50 LENSMETRU AUTOMAT PLM 8000 |
| AMB.INTEGRAT-CAB. CARDIOLOGIE |
| 8.996,40 DEFIBRILATOR AED SaverOne |

| | |
|---|--|
| BOLI INFECTIOASE | |
| 8.996,40 | DEFIBRILATOR AED SaverOne |
| 44.565,50 | STATIE PENTRU DISTRIBUTIA OXIGENULUI |
| 238.773,50 | ECOGRAF DOPPLER COLOR PORTABIL |
| 20.819,05 | ASPIRATOR CHIRURGICAL |
| 20.819,05 | ASPIRATOR CHIRURGICAL |
| 5.486,52 | Dispozitiv concentrator de oxigen individual 5L |
| 5.486,52 | Dispozitiv concentrator de oxigen individual 5L |
| Total | 344.946,54 |
| CHIRURGIE | |
| 16.065,00 | COMBINA FRIGORIFICA OMOLOGATA PTR STOCARE PUNGI |
| 2.560,00 | KIT CONTROL ACCES 1 USA |
| 2.560,00 | KIT CONTROL ACCES 1 USA |
| 2.560,00 | KIT CONTROL ACCES 1 USA |
| 2.560,00 | KIT CONTROL ACCES 1 USA |
| 2.560,00 | KIT CONTROL ACCES 1 USA |
| 2.560,00 | KIT CONTROL ACCES 1 USA |
| 2.560,00 | KIT CONTROL ACCES 1 USA |
| 2.560,00 | KIT CONTROL ACCES 1 USA |
| 41.246,59 | GRUP ELECTROGEN STATIONAR ESE 27DWS |
| 5.414,50 | SERINGA AUTOMATA |
| 457.674,00 | APARAT ROENTGEN CU BRAT C |
| 25.644,50 | ASPIRATOR DE FUM |
| 20.819,05 | ASPIRATOR CHIRURGICAL |
| 20.819,05 | ASPIRATOR CHIRURGICAL |
| 6.595,00 | KIT SISTEM CCTV |
| 12.000,00 | INCUBATOR TIP L |
| 15.000,00 | CENTRIFUGA ID TIP L+ ROTOR 24 CARTELE |
| Total | 639.197,69 |
| LABORATOR ANALIZE MEDICALE | |
| 233.716,00 | ANALIZOR AUTOMAT DE IMUNOLOGIE CU ACCESORII |
| LABORATOR RADIO SI IMAGISTICA MEDICALA | |
| 2.942,87 | STILODOZIMETRU DIGITAL |
| 2.942,87 | STILODOZIMETRU DIGITAL |
| Total | 5.885,74 |
| MEDICINA INTERNA | |
| 41.246,59 | GRUP ELECTROGEN ESE 27 DWS |
| 55.239,80 | STATIE PENTRU DISTRIBUTIA OXIGENULUI |
| 238.773,50 | ECOGRAF DOPPLER COLOR PORTABIL |
| 20.819,05 | ASPIRATOR CHIRURGICAL |
| 20.819,05 | ASPIRATOR CHIRURGICAL |
| Total | 376.897,99 |
| MEDICINA INTERNA-INGRIJIRI PALIATIVE | |
| 20.819,05 | ASPIRATOR CHIRURGICAL |
| OBSTETRICA - GINECOLOGIE | |
| 5.414,50 | SERINGA AUTOMATA |
| 175.604,21 | VENTILATOR MEDICAL -Dir Nat a spitalelor din Ungar |
| 2.560,00 | KIT CONTROL ACCES 1USA/DUBLU SENS |
| 2.560,00 | KIT CONTROL ACCES 1 USA/DUBLU SENS |

| | |
|--|--|
| 2.560,00 | KIT CONTROL ACCES 1 USA/DUBLU SENS |
| 1.106.700,00 | LAPAROSCOP GINECOLOGIC |
| 141.074,50 | ELECTROCAUTER |
| 20.819,05 | ASPIRATOR CHIRURGICAL |
| 20.819,05 | ASPIRATOR CHIRURGICAL |
| 2.790,00 | KIT VIDEOINTERFON |
| Total | 1.480.901,31 |
| PEDIATRIE | |
| 5.414,50 | SERINGA AUTOMATA |
| 20.819,05 | ASPIRATOR CHIRURGICAL |
| Total | 26.233,55 |
| SPALATORIE | |
| 12.000,00 | MASINA DE SPALAT MIELE PWM 507 DP D LW |
| COMP. PRIMIRI URGENTE | |
| 9.177,28 | LAMPA BACTERICIDA GERMICIDA UVC CU UV 360 GRADE |
| 24.990,00 | ANALIZOR DE HEMATOLOGIE SWELAB Alfa Standard 3 dif |
| 556.801,00 | APARAT ROENTGEN DIGITAL MOBIL-MOBILETT ELARA |
| 168.158,90 | APARAT DE VENTILATIE MECANICA |
| 9.740,00 | Targa mobila C120040/ Fazzini |
| 9.740,00 | Targa mobila C120040/ Fazzini |
| Total | 778.607,18 |
| LAB. RECUP. MED.FIZ.SI BALNEOFIZIOTERAPIE | |
| 8.996,40 | DEFIBRILATOR AED SaverOne |
| BLOC ALIMENTAR | |
| 4.890,56 | MASINA DE CARTOFI |
| TOTAL | 3.951.310,91 |

A.7. Situația principaliilor indicatori de performanță realizati ANUL 2021 comparativ cu anul 2020

| Categorie de indicator | Denumire indicator | 2021 | 2020 | Procent creștere/ diminuare |
|---------------------------------------|--|-------------|-------------|-----------------------------|
| Indicatori de management a resurselor | Număr mediu de bolnavi externați/un medic | 157 | 211 | -25,59 |
| | Număr mediu de bolnavi externați/o asistentă medicală | 35 | 37 | -5,41 |
| | Proportia medicilor din totalul personalului | 14,89% | 13,23% | 1,66% |
| | Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului | 60,06% | 57,94% | 2,12% |
| | Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical | 28,50% | 25,53% | 2,97% |
| | Numărul mediu de consultații/un medic în camera de gardă | 253 | 534 | -52,62 |
| | Număr mediu de consultații/medic UPU | 2249 | 2048 | 9,81 |
| | Număr mediu consultații/medic în ambulatoriu de specialitate | 3972 | 3153 | 25,98 |
| Indicatori de utilizare a serviciilor | Numărul de pacienți externați - total și pe secții | | | |
| | TOTAL | 3058 | 3378 | -9,47 |
| | Boli infecțioase | 289 | 590 | -51,02 |
| | Boli infecțioase COVID | 307 | 52 | 0,00 |
| | Chirurgie generală | 262 | 431 | -39,21 |
| | Medicină internă | 399 | 497 | -19,72 |
| | Medicinaă internă COVID | 164 | 83 | 0,00 |
| | Neonatologie | 343 | 331 | 3,63 |
| | Obstetrică-ginecologie | 662 | 627 | 5,58 |
| | Pediatrie | 433 | 557 | -22,26 |
| | TOTAL ACUȚI | 2859 | 3168 | -9,75 |
| | Medicină internă cronici | 86 | 113 | -23,89 |
| | Îngrijiri paliative | 84 | 78 | 7,69 |
| | Psihiatrie cronici | 29 | 19 | 52,63 |
| | TOTAL CRONICI | 199 | 210 | -5,24 |
| | Numărul de pacienți externați - total și pe secții | | | |

| SPITALIZARE DE ZI | | | |
|---|--------|--------------|---------|
| TOTAL | | TOTAL | 9756 |
| Boli infectioase | 315 | 431 | 15,64 |
| Chirurgie generală | 406 | 404 | -26,91 |
| Medicină internă | 839 | 712 | 0,50 |
| Obstetrică-ginecologie | 410 | 362 | 17,84 |
| Pediatrie | 268 | 260 | 13,26 |
| TOTAL SZ | 2238 | 2169 | 3,08 |
| TOTAL CPU | 6746 | 6145 | 3,18 |
| Camera de gardă - Ginecologie | 705 | 642 | 9,78 |
| Camera de gardă - Pediatrie | 1593 | 800 | 99,13 |
| TOTAL CAMERA DE GARDĂ | 2298 | 1442 | 59,36 |
| Durata medie de spitalizare - pe spital și pe fiecare secție | | | |
| TOTAL | 12,82 | 11,85 | 8,19 |
| Boli infectioase | 3,18 | 4,98 | -36,14 |
| Boli infectioase COVID | 8,44 | 5,26 | 60,46 |
| Chirurgie generală | 3,47 | 3,20 | 8,44 |
| Medicină internă | 6,41 | 6,30 | 1,75 |
| Medicină internă COVID | 10,42 | 8,64 | 20,60 |
| Neonatologie | 3,69 | 3,88 | -4,90 |
| Obstetrică-ginecologie | 2,95 | 3,05 | -3,28 |
| Pediatrie | 4,72 | 5,63 | -16,16 |
| TOTAL ACUTI | 4,57 | 4,57 | 0,00 |
| ATI | 4,81 | 5,16 | -6,78 |
| ATI-OG | 2,93 | 2,96 | -1,01 |
| TOTAL ATI | 3,93 | 4,34 | -9,45 |
| Medicină internă cronici | 8,81 | 8,84 | -0,34 |
| Îngrijiri palliative | 24,29 | 24,37 | -0,33 |
| Psihiatrie cronici | 235,33 | 264,95 | -11,18 |
| TOTAL CRONICI | 86,93 | 111,01 | -21,69 |
| Rata de utilizare a patunilor - pe spital și pe fiecare secție | | | |
| TOTAL | 51,08% | 52,18% | -1,10% |
| Boli infectioase | 43,24% | 46,70% | -3,46% |
| Boli infectioase COVID | 73,18% | 168,77% | -95,59% |

| | | | | |
|---|-----|---------|---------|---------|
| Chirurgie generală | | 19,89% | 22,75% | -2,86% |
| Medicină internă | | 58,73% | 41,68% | 17,05% |
| Medicină internă COVID | | 39,61% | 108,90% | -0,6929 |
| Neonatologie | | 34,74% | 35,53% | -0,79% |
| Obstetrică-ginecologie | | 29,59% | 29,40% | 0,19% |
| Pediatrie | | 17,64% | 26,98% | -9,34% |
| TOTAL ACUȚI | | 34,63% | 34,92% | -0,29% |
| ATI | | 32,66% | 54,25% | -21,59% |
| ATI-OG | | 21,85% | 22,88% | -1,03% |
| TOTAL ATI | | 27,85% | 40,30% | -12,45% |
| Medicină internă cronici | | 34,61% | 39,10% | -4,49% |
| Îngrijiri palliative | | 57,89% | 45,62% | 12,27% |
| Psihiatrie cronici | | 96,12% | 98,98% | -2,86% |
| TOTAL CRONICI | | 85,54% | 92,22% | -6,68% |
| Proportia pacienților internați din totalul pacienților prezenți la camera de gardă | | 40,97% | 38,93% | 2,04% |
| Numărul pacienților consultați în ambulatoriu | | 65540 | 50449 | 29,91 |
| Proportia urgențelor din totalul pacienților internați | | | | |
| TOTAL | | 72,14% | 69,87% | 2,27% |
| Boli infecțioase | | 92,72% | 87,14% | 5,58% |
| Boli infecțioase COVID | | 94,29% | 97,17% | -2,88% |
| Chirurgie generală | | 47,91% | 54,67% | -6,76% |
| Medicină internă | | 68,75% | 67,00% | 1,75% |
| Medicină internă COVID | | 100,00% | 94,74% | 5,26% |
| Neonatologie | | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| Obstetrică-ginecologie | | 90,29% | 84,00% | 6,29% |
| Pediatrie | | 98,39% | 96,02% | 2,37% |
| TOTAL ACUȚI | | 76,82% | 74,14% | 2,68% |
| Medicină internă cronici | | 6,98% | 0,00% | 6,98% |
| Îngrijiri palliative | | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| Psihiatrie cronici | | 3,85% | 5,26% | -1,41% |
| TOTAL CRONICI | | 3,59% | 0,82% | 2,77% |
| Durata medie de aşteptare în camera de gardă | | 15 min | 15 min | |
| Număr de servicii spitalicești furnizate, pe tip de serviciu: | CPU | 25220 | 18672 | 35,07 |

| | | | | |
|---|--------------------------|---------------|---------------|--------------|
| acuți (DRG) | | 2859 | 3246 | -11,92 |
| spitalizare de zi | | 2238 | 2169 | 3,18 |
| servicii paraclinice | | 10880 | 5460 | 99,27 |
| spitalizari îngrijiri paliative | | 84 | 78 | 7,69 |
| foi urgențe CPU + cam gardă | | 9044 | 7587 | 19,20 |
| spitalizare continuă cronici | | 115 | 132 | -12,88 |
| Indicele de complexitate al cazurilor pe spital și pe fiecare secție | | | | |
| | TOTAL ACUȚI | 1,0203 | 1,0636 | -4,33 |
| | Boli infecțioase | 1,1851 | 1,0133 | 17,18 |
| | Boli infecțioase COVID | 1,1730 | 1,0368 | 13,62 |
| | Chirurgie generală | 1,4264 | 1,6181 | -19,17 |
| | Medicina internă | 1,1781 | 1,2317 | -5,36 |
| | Medicina internă COVID | 1,1206 | 1,1133 | 0,73 |
| | Medicina internă cronici | 0,0000 | 0,0000 | 0,00 |
| | Îngrijiri paliative | 0,0000 | 0,0000 | 0,00 |
| | Neonatologie | 0,5518 | 0,5072 | 4,46 |
| | Obstetrică-ginecologie | 0,9444 | 1,0241 | -7,97 |
| | Pediatrie | 0,9444 | 0,7961 | 14,83 |
| | Psihiatrie cronici | 0,0000 | 0,0000 | 0,00 |
| Procentul pacienților cu intervenții chirurgicale din totalul pacienților externați din secțiile chirurgicale | | | | |
| Total | | 66,13% | 65,41% | 0,72 |
| Chirurgie generală | | 61,45% | 66,59% | -5,14 |
| Obstetrică-ginecologie | | 67,98% | 64,91% | 3,07 |
| Procentul pacienților cu complicații și co-morbidități din totalul pacienților externați | | | | |
| | TOTAL | 99,22% | 98,13% | 0,01 |
| | Boli infecțioase | 98,62% | 94,92% | 0,04 |
| | Boli infecțioase COVID | 100,00% | 100,00% | 0,00 |
| | Chirurgie generală | 97,71% | 96,75% | 0,01 |
| | Medicina internă | 99,75% | 99,80% | 0,00 |
| | Medicina internă COVID | 100,00% | 100% | 0,00 |
| | Neonatologie | 100,00% | 97,58% | 0,02 |
| | Obstetrică-ginecologie | 98,34% | 97,41% | 0,01 |
| | Pediatrie | 99,77% | 100,00% | 0,00 |

| | | | | |
|--|---|---------|--------|---------|
| TOTAL ACUȚI | Medicină internă cronici | 99,20% | 98,01% | 0,01 |
| Îngrijiri palliative | 100,00% | 100,00% | 0,00 | 0,00 |
| Psihiatrie cronici | 100,00% | 95,12% | 0,05 | 0,05 |
| TOTAL CRONICI | 96,55% | 97,67% | -0,01 | -0,01 |
| Număr de pacienți pe lista de așteptare pe secții | 99,50% | 99,65% | 0,00 | 0,00 |
| | Total | 625 | 486 | 28,60 |
| | Obstetrică-ginecologie | 192 | 230 | -16,52 |
| | Medicină internă | 433 | 256 | 69,14 |
| | Activitatea din CPU: număr de pacienți prezenti | 6746 | 6145 | 9,78 |
| | Număr de pacienți internați pe secții prin CPU | 638 | 588 | 8,50 |
| | Număr de cazuri rezolvate în CPU | 5811 | 5033 | 15,46 |
| Indicatori economico-financiari | Execuția bugetară față de bugetul de cheltuieli aprobat | 72,90% | 91,69% | -18,79% |
| | Structura cheltuielilor pe tipuri de servicii și în funcție de sursele de venit: | 100,00% | 100 | 0,00% |
| | Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului | 4,37% | 4,10% | 0,27% |
| | Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului | 61,11% | 77,22% | -16,11% |
| | Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor din venituri cu CASS și MS cu această destinație | 78,04% | 81,41% | -3,37% |
| | Procentul cheltuielilor de medicamente din totalul cheltuielilor spitalului | 3,38% | 2,54% | 0,84% |
| | Procentul cheltuielilor cu bunuri din totalul cheltuielilor spitalului | 20,38% | 20,45% | -0,07% |
| | Procentul cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor spitalului | 18,10% | 1,89% | 16,21% |
| | Costul mediu/zi de spitalizare pe fiecare secție | 759 | 699 | 8,58 |
| | Boli infecțioase | 828 | 741 | 11,74 |
| | Boli infecțioase COVID | 1033 | 721 | 43,27 |
| | Chirurgie generală | 2121 | 1673 | 26,78 |
| | Medicină internă | 840 | 791 | 6,19 |
| | Medicină internă COVID | 1030 | 768 | 34,11 |
| | Medicină internă cronici | 785 | 694 | 13,11 |
| | Medicină internă îngrijiri palliative | 868 | 911 | -4,72 |

| | | | | | |
|------------------------|---|--|--------|--------|---------|
| | | | 977 | 938 | 4,16 |
| | Neonatologie | | 1468 | 1693 | -13,29 |
| | Obstetrică-ginecologie | | 1421 | 1041 | 36,50 |
| | Pediatrie | | 307 | 288 | 6,60 |
| | Psihiatrie cronici | | | | |
| Indicatori de calitate | Rata mortalității intraspitalicești - pe total spital și pe fiecare secție | | | | |
| | TOTAL | | 4,91% | 3,43% | 1,48% |
| | Boli infectioase | | 4,42% | 2,93% | 1,49% |
| | Boli infectioase COVID | | 4,24% | 9,52% | -5,28% |
| | Chirurgie generală | | 1,20% | 1,99% | -0,79% |
| | Medicină internă | | 2,84% | 3,85% | -1,01% |
| | Medicină internă COVID | | 8,11% | 4,49% | 0,04 |
| | Neonatologie | | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| | Obstetrică-ginecologie | | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| | Pediatrie | | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| | TOTAL ACUȚI | | 2,14% | 1,84% | 0,30% |
| | Medicină internă cronici | | 3,49% | 4,42% | -0,93% |
| | Îngrijiri palliative | | 76,19% | 62,82% | 13,37% |
| | Psihiatrie cronici | | 10,34% | 0,00% | 10,34% |
| | TOTAL CRONICI | | 35,18% | 3,75% | 31,43% |
| | Proportia pacienților decedați în primele 24 de ore de la internare - total spital și pe fiecare secție | | | | |
| | TOTAL | | 0,52% | 0,44% | 0,08% |
| | Boli infectioase | | 1,47% | 0,81% | 0,66% |
| | Boli infectioase COVID | | 0,55% | 3,17% | -0,03 |
| | Chirurgie generală | | 0,00% | 0,66% | -0,66% |
| | Medicină internă | | 0,60% | 35,00% | -34,40% |
| | Medicină internă COVID | | 0,45% | 0,64% | 0,00 |
| | Neonatologie | | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| | Obstetrică-ginecologie | | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| | Pediatrie | | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| | TOTAL ACUȚI | | 0,35% | 0,39% | -0,04% |
| | Medicină internă cronici | | 0,00% | 0,88% | -0,88% |
| | Îngrijiri palliative | | 3,57% | 1,28% | 2,29% |
| | Psihiatrie cronici | | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| | TOTAL CRONICI | | 1,51% | 0,76% | 0,75% |

Proportia pacientilor decedați la 48 de ore de la
intervenția chirurgicală - total și pe fiecare secție

| | | | | |
|--|---|---------|---------|----------|
| | Total | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| | Chirurgie generală | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| | Obstetrică-ginecologie | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| Rata infectiilor nozocomiale - pe total spital și pe fiecare secție | | | | |
| | TOTAL | 1,70% | 1,01% | 0,69% |
| | Boli infecțioase | 7,27% | 1,36% | 5,91% |
| | Boli infecțioase COVID | 0,00% | | |
| | Chirurgie generală | 3,05% | 2,55% | 0,50% |
| | Medicină internă | 1,50% | 0,60% | 0,90% |
| | Medicină internă COVID | 0,00% | | |
| | Neonatologie | 0,00% | 0,60% | -0,60% |
| | Obstetrică-ginecologie | 0,00% | 0,16% | -0,16% |
| | Pediatrie | 0,00% | 0,72% | -0,72% |
| | TOTAL ACUȚI | 1,26% | 0,92% | 0,34% |
| | Medicină internă cronici | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| | Îngrijiri palliative | 5,95% | 6,41% | -0,46% |
| | Psihiatrie cronici* neluat în calcul pe total unitate | 37,93% | 163,16% | -125,23% |
| | TOTAL CRONICI | 8,04% | 23,48% | -15,44% |
| | Indice de concordanță între diagnosticul de internare și diagnosticul la externare | | | |
| | TOTAL | 64,55% | 60,66% | 3,89% |
| | Boli infecțioase | 31,49% | 41,69% | -10,20% |
| | Boli infecțioase COVID | 55,70% | 34,62% | 0,2108 |
| | Chirurgie generală | 73,66% | 73,09% | 0,57% |
| | Medicină internă | 48,12% | 47,69% | 0,43% |
| | Medicină internă COVID | 43,90% | 49,40% | -5,50% |
| | Neonatologie | 86,59% | 74,92% | 11,67% |
| | Obstetrică-ginecologie | 64,80% | 50,88% | 13,92% |
| | Pediatrie | 79,91% | 78,99% | 0,92% |
| | TOTAL ACUȚI | 62,64% | 58,84% | 3,80% |
| | Medicină internă cronici | 89,63% | 80,53% | 9,10% |
| | Îngrijiri palliative | 100,00% | 97,44% | 2,56% |
| | Psihiatrie cronici | 75,86% | 94,74% | -18,88% |

| | TOTAL CRONICI | 91,96% | 82,58% | 9,38% |
|---|----------------------|--------|---------|-------|
| Procentul pacienților internați și transferați către alte spitale | | | | |
| TOTAL | | | | |
| Boli infecțioase | 2,66% | 3,33% | -0,67% | |
| Boli infecțioase COVID | 2,15% | 11,94% | -9,79% | |
| Chirurgie generală | 21,90% | 4,72% | 17,18% | |
| Medicină internă | 0,38% | 0,00% | 0,38% | |
| Medicină internă COVID | 4,38% | 0,20% | 4,18% | |
| Neonatologie | 14,00% | 31,58% | -17,58% | |
| Obstetrică-ginecologie | 0,88% | 1,21% | -0,33% | |
| Pediatrie | 3,68% | 2,35% | 1,33% | |
| TOTAL ACUȚI | | | | |
| Medicină internă cronici | 0,00% | 0,97% | -0,97% | |
| Îngrijiri palliative | 0,00% | 0,00% | 0,00% | |
| Psihiatrie cronici | 0,00% | 0,00% | 0,00% | |
| TOTAL CRONICI | 0,00% | 0,82% | -0,82% | |
| Rata pacienților reinternați în 30 de zile de la externare | | | | |
| TOTAL | | | | |
| Boli infecțioase | 6,83% | 8,00% | -1,17% | |
| Boli infecțioase COVID | 5,57% | 4,29% | 1,28% | |
| Chirurgie generală | 6,67% | 1,89% | 4,78% | |
| Medicină internă | 4,94% | 9,58% | -4,64% | |
| Medicină internă COVID | 8,13% | 17,26% | -9,13% | |
| Neonatologie | 3,00% | 0,00% | 0,03 | |
| Obstetrică-ginecologie | 0,00% | 0,00% | 0,00% | |
| Pediatrie | 6,67% | 9,58% | -2,91% | |
| TOTAL ACUȚI | | | | |
| Medicină internă cronici | 5,93% | 8,21% | -2,28% | |
| Îngrijiri palliative | 31,40% | 2,91% | 28,49% | |
| Psihiatrie cronici | 1,20% | 2,74% | -1,54% | |
| TOTAL CRONICI | 42,31% | 21,05% | 21,26% | |
| Numărul de plângeri și reclamații de la pacienți | 20,00% | 5,74% | 14,26% | |
| | 3 | 5 | | |

| | | | |
|--|---|--------|--------|
| | Proporția bolnavilor internați cu programare din totalul bolnavilor internați, pe spital și pe fiecare secție | | |
| | TOTAL | 15,12% | 19,90% |
| Boli infecțioase | | 0,18% | 5,36% |
| Boli infecțioase COVID | | 0,00% | 0,00% |
| Chirurgie generală | | 10,61% | 11,45% |
| Medicina internă | | 34,63% | 71,02% |
| Medicina internă COVID | | 0,00% | 0,00% |
| Neonatologie | | 0,00% | 0,00% |
| Obstetrică-ginecologie | | 24,42% | 28,32% |
| Pediatrie | | 1,28% | 0,00% |
| TOTAL ACUȚI | | 13,54% | 18,38% |
| Medicina internă cronici | | 62,79% | 19,42% |
| Îngrijiri palliative | | 54,22% | 94,93% |
| Psihiatrie cronici | | 42,31% | 26,32% |
| TOTAL CRONICI | | 56,41% | 20,49% |
| Proporția serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare de zi din totalul serviciilor medicale spitalicești acordate, pe spital și pe fiecare secție | | | |
| | TOTAL | 74,61% | 71,11% |
| Boli infecțioase | | 52,15% | 42,21% |
| Boli infecțioase COVID | | 0,00% | 0,00% |
| Chirurgie generală | | 60,78% | 48,38% |
| Medicina internă | | 67,77% | 58,89% |
| Medicina internă COVID | | 0,00% | 0,00% |
| Neonatologie | | 0,00% | 0,00% |
| Obstetrică-ginecologie | | 38,25% | 36,60% |
| Pediatrie | | 38,23% | 31,82% |
| TOTAL ACUȚI | | 43,91% | 21,81% |
| Medicina internă cronici | | 0,00% | 0,00% |
| Îngrijiri palliative | | 0,00% | 0,00% |
| Psihiatrie cronici | | 0,00% | 0,00% |
| TOTAL CRONICI | | 0,00% | 0,00% |

| | CPU | 100,00% | 100,00% | 0,00% |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Proporția bolnavilor internați cu bilet de trimiterie din totalul bolnavilor internați, pe spital și pe fiecare secție | | | | |
| TOTAL | | 14,93% | 18,83% | -3,90% |
| Boli infecțioase | 6,67% | 11,95% | -5,28% | |
| Boli infecțioase COVID | 1,17% | 1,71% | -0,54% | |
| Chirurgie generală | 24,11% | 40,89% | -16,78% | |
| Medicină internă | 11,63% | 19,58% | -7,95% | |
| Medicină internă COVID | 0,00% | 0,00% | 0,00% | |
| Neonatologie | 0,00% | 0,00% | 0,00% | |
| Obstetrică-ginecologie | 8,74% | 11,16% | -2,42% | |
| Pediatrie | 18,16% | 15,91% | 2,25% | |
| TOTAL ACUȚI | 12,52% | 16,67% | -4,15% | |
| Medicină internă cronici | 4,65% | 24,27% | -19,62% | |
| Îngrijiri palliative | 98,80% | 95,89% | 2,91% | |
| Psihiatrie cronici | 46,15% | 52,63% | -6,48% | |
| TOTAL CRONICI | 50,26% | 28,69% | 21,57% | |

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"> <input type="checkbox"/> Clasificarea spitalului în spital de categoria IV; <input type="checkbox"/> Spitalul are implementat Sistemul Integrat de Management al Calității (ISO 9001:2015 - sistem de management al calității, ISO 15189:2007 – <input type="checkbox"/> Laboratorul de analize medicale este certificat RENAR. <input type="checkbox"/> Existența liniei de gardă ATI <input type="checkbox"/> Existența camerelor de gardă: Secția Pediatrie și Secția Obstetrică - Ginecologie <input type="checkbox"/> Spitalul deține o rețea informatică proprie, toate calculatoarele fiind conenctate la internet. <input type="checkbox"/> Ambulatoriul integrat reabilitat și dotat cu aparatură performantă prin programul de finanțare nerambursabilă POR 2014-2020. <input type="checkbox"/> Existența unui Compartiment de Îngrijiri paliative. <input type="checkbox"/> Asigurarea Structurii spitalizare de zi: Secția Medicină internă, Secția Chirurgie generală, Secția Obstetrică-ginecologie, Compartiment Boli infecțioase <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 <input type="checkbox"/> Modernizarea instalațiilor electrice, de apă și canalizare la: Secția Obstetrică-ginecologie, Secția Chirurgie generală, Compartiment Boli infecțioase, Ambulatoriul de specialitate, Laboratorul de analize medicale, Laboratorul de radiologie și imagistică medicală, Compartimentul de neonatologie, Laboratorul de recuperare medicină fizică și balneologie, Bloc | <p>Existența planului de conformare la A.S.F.</p> <ul style="list-style-type: none"> <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. <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. <input type="checkbox"/> Existența 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 <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) <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. <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 <input type="checkbox"/> Condiții de muncă care necesită igienizări: Farmacia, Serviciul de anatomie patologică, atelier mecanic, birouri administrative <input type="checkbox"/> Stadiul avansat de degradare a clădirii Secției de Psihiatrie Cronici. <input type="checkbox"/> Circuitul funcțional asigurate doar parțial |

| | |
|--|--|
| <p>alimentar, Spălătorie, Secția Medicină internă.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Spitalul este dotat corespunzător cu aparatură medicală modernă (electrocauter, ecograf doppler color digital, aparat ventilatie mecanică). <input type="checkbox"/> Spitalul are angajat personal calificat competent, cu pregătire de specialitate (98 % dintre medicii din Ambulatoriu de specialitate sunt medici specialiști). <input type="checkbox"/> Adresabilitate crescută a pacienților – spitalul primește pacienți din o parte din județul Mureș în cadrul Ambulatoriului de specialitate <input type="checkbox"/> Buna colaborare a personalului medical superior și mediu, într-un climat organizațional favorabil <input type="checkbox"/> Creșterea satisfacției pacienților de la an la an, idem mai sus <input type="checkbox"/> Programe naționale derulate la nivelul spitalului: screening col uterin <input type="checkbox"/> Spitalul nu prezintă datorii, restanțe, arierate. <input type="checkbox"/> Angajații beneficiază de vouchere de vacanță. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Instalații electrice, de apă și canalizare învechite, înlocuite doar parțial <input type="checkbox"/> Lipsa rezervelor de apă și incendiu, conform normelor în vigoare <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) <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); <input type="checkbox"/> Tehnica existentă în parcul auto este uzată fizic și moral; <input type="checkbox"/> Aparatură medicală ce necesită reparații frecvente – radiologie și o parte din aparatul Laboratorului de Analize medicale <input type="checkbox"/> O parte din aparatul medical este uzată fizic și moral (Aparat radiologie) <input type="checkbox"/> Dotarea insuficientă cu aparatul de cea mai înaltă performanță (lipsa unui aparat de imagistică medicală performant cum ar fi un computer tomograf). <input type="checkbox"/> Serviciul de pază nu este asigurat în niciuna dintre locațiile spitalului, existând doar serviciu de supraveghere cu camere video <input type="checkbox"/> Insuficiente cadre medicale pentru asigurarea continuității actului medical în unele specialități: medicină de urgență (cu impact negativ în ceea ce privește organizarea serviciului de gardă în CPU), radiologie și imagistică medical <input type="checkbox"/> CPU funcțional doar 12 ore/zi din lipsa personalului medical superior. <input type="checkbox"/> Neutilizarea la maxim a posibilităților tehnice ale sistemului informatic; <input type="checkbox"/> Secții/Compartimente cu indicatori de performanță cu valori inferioare celor medii de la nivel național pentru aceleași specialități <input type="checkbox"/> Lipsa unui proces constant de audit clinic crește riscul de erori medicale <input type="checkbox"/> Lipsa unui sistem integrat (PACS) de transmiterea a rezultatelor investigațiilor radiologice, în timp real, medicilor prescriptori <input type="checkbox"/> Inexistența programului național derulat în |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>compartimentul ATI la nivelul spitalului</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inexistența unui cadru legislativ privind normare asistentelor șefe – coordonatori compartimente – registrator medical pe toate secțiile <input type="checkbox"/> Lipsa unui CT |
|--|---|

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

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 2022 prevăzute în "Planul strategic de dezvoltare Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș, precum și obiectivele care vizează cu predilecție îmbunătățirea calității din "Planul de management al spitalului"²:
- 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. 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);
- 1.3. 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 medical și dezvoltării resurselor umane proprii (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
- 1.4. Pregătirea Laboratorului de analize medicale pentru menținerea autorizației RENAR (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
- 1.5. Asigurarea condițiilor pentru protecția și siguranța angajaților spitalului, pacienților internați, vizitatorilor/aparținătorilor (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);

² 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;

- 1.6. 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);
 - 1.7. Dezvoltarea acțiunilor preventive de asigurare a protecției mediului (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
 - 1.8. 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);
 - 1.9. Creșterea calității actului medical și dezvoltării resurselor umane proprii prin participare la instruirile/cursurile de formare profesională (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului Strategic);
 - 1.10. 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);
 - 1.11. 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);
 - 1.12. 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) Achiziția, instalarea și punerea în funcțiune a unui sistem de distribuție a oxigenului (obiectiv avut în vedere a se finaliza trim. I/2022);
 - 3) Dezvoltarea structurii organizatorice a spitalului, precum și elaborarea și implementarea unei noi structuri de organizare cu impact în ceea ce privește: diversificarea ofertei de servicii medicale (obiectiv avut în vedere a se finaliza parțial în trim. IV/2022);
 - 4) Relocarea Secției Psihiatrie cronici de lungă durată (obiectiv avut în vedere a se finaliza în trim. IV/2022);
 - 5) Achiziționare autoutilitară transport (obiectiv avut în vedere a se finaliza în trim. IV/2022);
 - 6) 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:
- 6.1. –Angajare de personal suplimentar
 - 6.2. –Dotare cu paturi în Compartimentul Boli infectioase, Compartiment Îngrijiri Paliative adaptate patologilor, saltele, saltele antiescare, lumină artificială proprie
 - 6.3. – Achiziționarea și instalarea unor afișe, marcaje, indicatoare pentru persoanele cu dizabilități
 - 6.4. – Dotarea tuturor ferestrelor cu plase de protecție împotriva insectelor (Sectia Obstetrică Ginecologie)
 - 6.5. –Comunicarea cu pacienții pe înțelesul lor
 - 6.6. Având în vedere faptul că exigența pacienților a început să crească privind calitatea serviciilor medicale, spitalul trebuie să-și gândească viitorul nu numai la nivel de suprvețuire, ca până acum, ci și ca ofertant de servicii de calitate și diversificare pentru utilizatori.

D. Identificarea problemelor de calitate și siguranță actuale ale spitalului

În stabilirea obiectivelor strategice pe termen mediu aferente anului 2021, 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 "Transparentă 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 protocolele 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 dintrumembrii echipei de proces menționați în respectivele proceduri, în raport cu procesele și activitățile descrise de acestea;
- Lipsa de formalizare a protocolelor 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 protocolelor 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 protocolele 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 dintr-un protocoal terapeutic și de îngrijiri medicale / procedurile existente;
- Luarea măsurilor necesare ca toate protocolele / 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. Priorizarea 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 | | | | | | | 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 | | |
| 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. 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 | 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 | |
| 4. Condițiile hoteliere și cele care se referă la protecția și siguranța, pacienților internați, vizitorilor/aparținătorilor , 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 | 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 | |

| 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 |
| 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; | 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 pregăririi 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 de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților | 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 |
| 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 anului 2022.

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 pregătirii 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 prioritată 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 prioritată 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 prioritată 8 este:** 10. Insuficiența măsurilor necesare pentru creșterea satisfacției pacienților prin îmbunătățirea relației medic - pacient – spital;
- **Intervenția prioritată 9 este:** 9. Insuficiența măsurilor necesare implementării anuale a recomandărilor de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților;
- **Intervenția prioritată 10 este:** 5. Insuficiența instrumentării și dezvoltării la nivelul spitalului a conceptului de "audit clinic";
- **Intervenția prioritată 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 protocolelor 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 echipei 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 Gantt.

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

| Activități desfășurate | Responsabili | Januarie | Februarie | Mai | Iunie | Julie | August | Septembrie | Octombrie | Noiembrie | Decembrie |
|--|--|----------|-----------|-----|-------|-------|--------|------------|-----------|-----------|-----------|
| Activități priorită nr. 1 - 1. Dotarea insuficientă a unor secții / compartimente medicale cu aparatură medicală și echipamente medicale sau de suport a acestora: | | | | | | | | | | | |
| Elaborarea de propunerii privind achiziționarea de aparatură medicală și echipamente medicale | -Şefii de microstructuri; -Consiliu Medical -Comitetul Director - Biroul Achiziției 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 PAAP-ul spitalului | Comitet director Director finanțier contabil Biroul Achiziției publice | | | | | | | | | | |
| Elaborarea și înaintarea, către eșalonul superior, pentru aprobare, a listei cu propunerii privind achiziționarea de aparatură medicală și echipamente medicale | Comitet director Director finanțier contabil Biroul Achiziției publice | | | | | | | | | | |
| Achiziția de aparatură medicală și echipamente medicale inclusive cele aprobată prin accesare fonduri | Biroul Achiziției publice | | | | | | | | | | |
| Intervenția priorită nr. 2: 8. Insuficiența pregătirii spitalului pentru reacreditare de către ANCMS în ciclul II de acreditare | | | | | | | | | | | |
| Analizarea reglementărilor ANMCS privind reacreditarea spitalelor | Comitet director Biroul management al calității | | | | | | | | | | |
| Desfășurarea activităților de autoevaluare conform „Planificării efectuate de către personalul Biroului management calității serviciilor medicale în anul 2022” | Comitet director Biroul management al calității | | | | | | | | | | |
| Stabilirea responsabilităților privind desfășurarea activităților pentru reacreditarea spitalului | Comitet director Biroul management al | | | | | | | | | | |

| Activități desfășurate | Responsabilități | Lanțuri de comunicare | Proceduri operaționale existente la nivelul spitalului este necesar să fie întocmite și revizuite periodic potrivit prevederilor legale incidente în vigoare | | | | | | | | | | |
|---|------------------|--|--|--------|---------|-------|-------|-------|--------|------------|-----------|-----------|-----------|
| | | | Februarie | Martie | Aprilie | Mayie | Iunie | Iulie | August | Septembrie | Octombrie | Noiembrie | Decembrie |
| Monitorizarea periodică a desfășurării activităților pentru reacreditarea spitalului | calitatei | 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 | calitatei | 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

- Șefii 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 pacienților
- Consiliul medical;
- Comitetul director
- Comisia de analiză a

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

| | | | |
|--|-------------------------------|--|------------|
| | Activități destășurate | Responsabilitate | Decembrie |
| | | rezultatelor utilizării procedurilor operaționale de îngrijiri medicale, protocolelor și ghidurilor de practică adoptate în spital; - Biroul management al calității serviciilor medicale; | Noiembrie |
| | | - Șefii de microstructuri; - Comisia de analiză a rezultatelor utilizării procedurilor operaționale de îngrijiri medicale, protocolelor și ghidurilor de practică adoptate în spital; Biroul management al calității serviciilor medicale; | Octombrie |
| | | Elaborarea și implementarea de noi protocole terapeutice, proceduri și algoritmi de investigații, diagnostic sau tratament | Septembrie |
| | | | August |
| | | | Iulie |
| | | | Iunie |
| | | | Mai |
| | | | Aprilie |
| | | | Martie |
| | | | Februarie |
| | | | Ianuarie |

Interventia prioritara nr. 4: 2. Necesitatea continuării instrumentării și dezvoltării conceptului de "Transparentă decizională"

Instrumentarea conceptului de "Transparentă decizională" la nivelul spitalului prin utilizarea /implementarea de/la toate structurile de pe serverul spitalului a unui folder special creat cu denumirea "Transparentă decizională" și cunoasterea metodologiei în baza căruia acesta funcționează, 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

-Biroul Management al calității serviciilor medicale
-Compartimentul Informatică
-Birou achiziții
- Director finanțier contabil

| Activități desfășurate | Responsabilitate | Ianuarie | Februarie | Martie | Aprilie | Mayie | Juneie | Iulie | August | Septembrie | Octombrie | Noiembrie | Decembrie |
|---|--|----------|-----------|--------|---------|-------|--------|-------|--------|------------|-----------|-----------|-----------|
| <i>funcționare ale spitalului</i> , prevăzut în Anexa la OMS nr. 871/2016 pentru aprobarea Procedurilor, standardelor și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor | | | | | | | | | | | | | |
| Utilizarea de către întregului personal al spitalului a folderului special cu denumirea "Transparentă decizională" și rolul acestuia în posibilitatea de formulare propunerii, participarea la elaborarea reglementarilor. | Biroul Managementul calității | | | | | | | | | | | | |
| 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 calității | | | | | | | | | | | | |
| Monitorizarea permanentă a folderului cu denumirea "Transparentă decizională" | Biroul Managementul calității | | | | | | | | | | | | |
| Integrarea, după caz, a propunerilor formulate de către angajații în domeniul îmbunătățirii managementului calității și elaborarea de acte normative interne | Biroul Managementul calității | | | | | | | | | | | | |
| <u>Intervenția prioritată nr. 5: 11. Insuficiența măsurilor necesare pentru dezvoltarea resurselor umane</u> | | | | | | | | | | | | | |
| Înaintarea de propunerî formulate de șefii de microstructuri privind instruirea personalului din subordine | Sefi 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 2022” | Director medical | | | | | | | | | | | | |
| Întocmirea proiectului „Planului anual de dezvoltare profesională a personalului spitalului, în anul 2022”, 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 | | | | | | | | | | | | |

| Activități desfășurate | Responsabilități | Ianuarie | Februarie | Martie | Aprilie | Mai | Iunie | Iulie | August | Septembrie | Octombrie | Noiembrie | Decembrie |
|--|------------------------------------|----------|-----------|--------|---------|-----|-------|-------|--------|------------|-----------|-----------|-----------|
| 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 2022”, cu specificarea sursei de finanțare din care se va achita de către spital participarea personalului angajat la cursuri/instruiriri | Comitet director | | | | | | | | | | | | |
| Întocmirea de către structura Resurse Umane a „Planului anual de dezvoltare profesională a personalului spitalului, în anul 2022” în baza deciziei Comitetului director și aprobarea acestuia de către manager. | RUNOS | | | | | | | | | | | | |
| <u>Interventia prioritara 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;</u> | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| <u>Interventia prioritara nr. 7: 4. Condițiile hoteliere și cele care se referă la protecția și siguranța, pacienților internați, vizitatorilor/parținătorilor, precum și angajaților spitalului, nu se ridică la nivelul standardelor, criteriilor și cerințelor A.N.M.C.S.;</u> | | | | | | | | | | | | | |
| Elaborarea referatului de necesitate {Secția Chirurgie generală – igienizat spatiu sterilizare, Secția Medicină internă – igienizare, Secția Pediatrie – igienizare, Secția Psihiatrie | CPIAAM - Secții/compartimente | | | | | | | | | | | | |

| Activități desfășurate | Responsabilități | Ianuarie | Februarie | Martie | Aprilie | Iunie | Iulie | August | Septembrie | Octombrie | Noiembrie | Decembrie |
|---|---|----------|-----------|--------|---------|-------|-------|--------|------------|-----------|-----------|-----------|
| cronici de lungă durată igienizare, Farmacie – igienizare, Secția Obstetrică-Ginecologie - igienizare și modernizare, Serviciul de Anatomie patologică - igienizare} | Şef birou AAT CPIAAM | | | | | | | | | | | |
| Elaborarea caietului de sarcini | | | | | | | | | | | | |
| Analizarea și aprobaarea 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 | | | | | | | | | | | |
| Lucrări de reparații curente/rk | Şef birou AAT CPIAAM | | | | | | | | | | | |
| Intervenția prioritată nr. 8: 10. Insuficiența măsurilor necesare pentru creșterea satisfacției pacienților prin îmbunătățirea relației medic-pacient – spital | | | | | | | | | | | | |
| - pacient – spital | | | | | | | | | | | | |
| Îmbunătățirea relației medic-pacient prin implementarea chestionarelor de satisfacție la nivelul tuturor structurilor (Ambulator/laborator analize medicale, Laborator Radiologie,Compartiment Ingrăjiri Paliative) | -Personalul BMCSM; -Consiliu medical -Comitet director -Întrig personalul medico sanitar | | | | | | | | | | | |
| Reducerea timpului de așteptare a pacienților pentru consult în ambulatoriu prin monitorizarea permanentă a sistemului de programare telefonic sau "on-line" | -Comitet director -Coordonator Ambulatoriu integrat | | | | | | | | | | | |
| Promovarea unui stil de viață sănătos prin educație sanitată a pacienților și aderența acestora la tratamentul prescris prin informarea pacienților cu privire la: | - Șefi secții medicale; - Șef CPU; - Coordonator Ambulatoriu integrat; | | | | | | | | | | | |
| • diverse campanii de sănătate (reguli de igienă, | | | | | | | | | | | | |

| Activități desfășurate | Responsabilități | Decembrie |
|--|-------------------|-----------|
| renunțarea la fumat, vaccinare etc) | - Compartiment II | |
| • normele de conduită în spital se pot face prin: <ul style="list-style-type: none"> ○ tipărirea de pliante și afișe care conțin mesaje de educație preventivă; 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 săloaanele spitalului achiziționate în scop de informare și de a spori gradul de confort al pacientilor în special în zonele de așteptare | | |
| Urmărirea aplicării urmatoarelor reglementări privind: | | |
| • Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media ³ ; | Întreg personalul | |
| • Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul ⁴ ; | spitalului | |
| • Modul de comunicare între membrii echipelor medicale ⁵ ; | | |
| • Modul de comunicare către apărținători a degradării stării pacientului și accesul apărținătorilor la pacientul aflat în stare terminală și protocolul de comunicare către apărținători în situațiile de deces al pacientului, | | |

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

| Activități desfășurate | Responsabili | Ianuarie | Februarie | Martie | Aprilie | Mai | Iunie | Iulie | August | Septembrie | Octombrie | Noiembrie | Decembrie |
|---|-------------------------|----------|-----------|--------|---------|-----|-------|-------|--------|------------|-----------|-----------|-----------|
| <p>Inclusiv a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcursе după decesul pacientului⁶,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați⁷; • Modul de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic⁸, • Situații în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate⁹; • Comunicarea în situații deosebite/excepționale¹⁰, • Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor¹¹; <p>Modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limbă română¹².</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</p> | Şefi structuri medicale | | | | | | | | | | | | |

6 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));

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

8 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 consiliului medical));

9 Bază: Indicatorul "03.01.02.01.03 - Situația în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate este reglementată" (LV 07 – Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical));

10 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));

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

12 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 consiliului medical));

| Activități desfășurate | Responsabilitate | Ianuarie | Februarie | Martie | Aprilie | Mai | Iunie | Iulie | August | Septembrie | Octombrie | Noiembrie | Decembrie |
|--|------------------------------------|----------|-----------|--------|---------|-----|-------|-------|--------|------------|-----------|-----------|-----------|
| diferite platforme electronice on-line (site spital, Facebook) căt și în cadrul participărilor la diferite vizite | | | | | | | | | | | | | |
| Amenajarea/intretinerea unor spații de recreere pentru pacienți / aparținători, căt și pentru angajații spitalului. | Şef birou AAT | | | | | | | | | | | | |
| <u>Intervenția prioritată nr. 9: 9. Insuficiența măsurilor necesare implementării anuale a recomandărilor de îmbunătățire a calității serviciilor rezultante din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților;</u> | | | | | | | | | | | | | |
| Desfășurarea analizei lunare a chestionarelor de satisfacție a pacienților | BMCSM Consiliu medical | | | | | | | | | | | | |
| Centralizarea anuală a recomandărilor celor mai concludente de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților | BMCSM | | | | | | | | | | | | |
| 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 | BMCSM | | | | | | | | | | | | |
| 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 | BMCSM | | | | | | | | | | | | |
| <u>Intervenția prioritată nr. 10: 5. Insuficiența instrumentării și dezvoltării la nivelul spitalului a conceptului de "audit clinic";</u> | | | | | | | | | | | | | |
| Întocmirea și aprobarea Programului anual de audit clinic | BMCSM | | | | | | | | | | | | |
| Întocmirea și aprobarea Planurilor misiunilor de audit clinic | Şefi comisii audit clinic BMCSM | | | | | | | | | | | | |
| Executarea activităților de audit clinic potrivit planificării întocmite (la data planificată prin Planul fiecărei misiuni de audit clinic) | Şefi comisii audit clinic BMCSM | | | | | | | | | | | | |
| Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic intern sau a | La solicitarea managerului | | | | | | | | | | | | |

| Activități desfășurate | Responsabili | Ianuarie | Februarie | Martie | Aprilie | Mai | Iunie | Iulie | August | Septembrie | Octombrie | Noiembrie | Decembrie |
|--|--|----------|-----------|--------|---------|-----|-------|-------|--------|------------|-----------|-----------|-----------|
| unor misiuni suplimentare de audit clinic extern | | | | | | | | | | | | | |
| Intervenția prioritată 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. | | | | | | | | | | | | | |
| Actualizarea pregătirii personalului angajat al spitalului în domeniul securității și sănătății în muncă | Responsabil SSM | | | | | | | | | | | | |
| Actualizarea pregătirii personalului angajat al spitalului în domeniul apărării 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 existenței unor riscuri (în raport de fondurile financiare existente) | - Șef birou AAT - Șef biroul achiziții și contractări - Responsabil SSM - Responsabil AII B.M.C.S.M. | | | | | | | | | | | | |
| Asigurarea echipamentului de protecție pentru personalul angajat al spitalului, pacienții internați și pentru vizitatori/msoțitori ai pacienților internați | - Șef Birou AAT - Biroul achiziții și contractări | | | | | | | | | | | | |
| În raport de fondurile financiare existente se vor elabora propunerii 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: | Şef Birou AAT | | | | | | | | | | | | |
| - Instalaarea la toate geamurile a plăselor de protecție împotriva insectelor, - Instalaarea la toate geamurile din saloane a jaluzelor - Asigurare posibilități de colectare selectivă a deșeurilor și depozitarea corespunzătoare | | | | | | | | | | | | | |

G. Resurse necesare, surse de finanțare

Pentru derularea activităților prevăzute în cadrul intervențiilor prioritare nr. ,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. 1,2,4,5,6,7,8,11 pe lângă resursele umane (responsabilitii prevăzuți în Graficul Gantt) și resursele de timp, sunt necesar a fi alocate fonduri financiare, acestea fiind suportate din capitoile 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 prioritără nr. 1: 1. Dotarea insuficientă a unor secții / compartimente medicale cu aparatură medicală și echipamente medicale sau de suport a acestora:** În anul 2022 se preconizează a se estima fonduri majorate influențate de atragere/accesare fondurii din sursa de finanțare - transferuri de la bugetul de stat/sponsorizari/buget local/fonduri proprii în valoare de 4.000.000 lei;
2. **Intervenția prioritără nr. 2: 8. Insuficiența pregătirii spitalului pentru reacreditare de către ANCMS în ciclul II de acreditare taxa acreditare 110000lei-venituri proprii**
3. **Intervenția prioritără nr. 4:** 2. Necesitatea continuării instrumentării și dezvoltării conceptului de "Transparentă decisională"- achiziționarea de infrastructura necesară funcționării intranetului la nivel de spital – 20.000 lei
4. **Intervenția prioritără 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 .30000 lei.
5. **Intervenția prioritără 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, venituri proprii.
6. **Intervenția prioritără nr. 7:** 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. se utilizează fonduri (în măsura existenței/asigurării acestora), după caz, din sursele de venituri menționate la pct. A.5., astfel:

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 10.000 lei. Sursa de finanțare utilizată: "venituri proprii" și "C.A.S.", după caz.;

Pentru asigurarea echipamentului de protecție pentru personalul angajat al spitalului, pacienții internați și pentru vizitatori/insoțitori ai pacienților internați se estimează ca fiind necesară alocarea unei sume de circa 40.000 lei. Sursa de finanțare utilizată: "Venituri proprii" și "C.A.S.", după caz.;

Instalarea la toate geamurile a plaselor de protecție împotriva insectelor – Sursa de finanțare utilizată: "Venituri proprii" și "C.A.S.", după caz

Instalarea la toate geamurile din saloane a jaluzelor verticale (cu prioritate se vor instala în Compartiment Boli infecțioase se estimează ca fiind necesară alocarea unei sume de circa 50.000 lei; Sursa de finanțare utilizată: "Venituri proprii" și "C.A.S.", după caz.;

7. **Intervenția prioritată nr. 8:** 10. Insuficiența măsurilor necesare pentru creșterea satisfacției pacienților prin îmbunătățirea relației medic - pacient – spital.

Prin amenajarea unor spații de recreere pentru pacienți/aparținători, cât și pentru angajații spitalului (amenajare spații verzi curți interioare, - Cost estimativ lucrări de amenajare: 50.000 lei. Sursa de finanțare utilizată: "Venituri proprii" și "C.A.S.", după caz;

H. Indicatori urmăriți:

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 cărora se efectuează analiza anuală a eficienței măsurilor propuse în planul de îmbunătățire a calității” aferent L.V. 6), sunt următorii:

Număr de proceduri operaționale/protocole revizuite în termen din totalul de proceduri operaționale existente;

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 domeniu”);

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;

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 propunerile de implementare;

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;

Numărul de protocole a căror indicatori au fost monitorizați pe parcursul unui an calendaristic, din numărul total de protocole revizuite la începutul anului ____;

Numărul de analize pe marginea obiectivelor, activităților și indicatorilor care au fost monitorizați pe parcursul unui an calendaristic și care au determinat implementarea unor propunerile de îmbunătățire;

Număr total de angajați care au luat la cunoștință de prevederile RI și ROF din numărul total de angajați ai spitalului;

Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților înregistrate în diferite domenii de interes ale spitalului, la nivelul anului ____;

Procentul cheltuielilor cu achiziții de echipament din total cheltuieli în raport cu propunerile de achiziție formulate prin „Planul anual de achiziții publice”;

Procentul cheltuielilor cu lucrări de reparații/îmbunătățiri din total cheltuieli în raport cu propunerile de achiziție formulate prin „Planul de reparații curente” și „Bugetul de venituri și cheltuieli”;

Nivel mediu de satisfacție a pacientului legat de condițiile hoteliere, în anul calendaristic încheiat;

Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr paturi, pe secție/compartiment;

Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr cabine WC, pe secție/compartiment;

Suma alocată cheltuielor destinate prevenrii IAAM din buget per număr cazuri rezolvate, în ultimul an calendaristic încheiat;

Număr pacienți mulțumiți ("bine" + "foarte bine") de serviciile oferite de spital per total pacienți internați, în ultimul an calendaristic încheiat;

Număr de acțiuni organizate la nivelul spitalului cu impact în mass-media care asigură promovarea spitalului ca instituție sanitară de prestigiu;

Număr de solicitări de modificări de structură organizatorică / a statului de organizare cu impact în diversificarea ofertei de servicii medicale;

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.

8. Intervenția prioritată 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.finantare din venituri proprii .

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

