



SPITALUL ORĂȘENESC LUDUȘ
Dr. VALER RUSSU



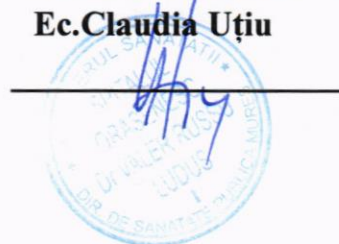
Acest document conține informații și date care sunt proprietatea Spitalului Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș. Reproducerea și difuzarea sunt în exclusivitate drepturile spitalului.

Nr.4635/07.04.2023

APROB

Managerul Spitalului

Ec. Claudia Uțiu



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

2023

NOTĂ: - Proiectul de "Plan" a fost analizat și avizat favorabil în ședința Consiliului medical din data de 22.03.2023 (P.V. nr. 3731 Din 22.03.2023) și în ședința Comitetului director din data de 05.04.2023 (P.V. 4509/05.04.2023).

CUPRINS

A. Introducere: Scurtă analiză 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 organizatorică actuală conformă prevederilor statului de organizare și serviciile oferite de către spital	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 realizați ANUL 2022 comparativ cu anul 2021	10
A.8. Analiza SWOT	22
B. Misiunea, viziunea și valorile spitalului.....	24
C. Obiectivele strategice ale spitalului în domeniul calității.	25
D. Identificarea problemelor de calitate și siguranță actuale ale spitalului	27
E. Prioritizarea problemelor de calitate identificate.....	28
F. Măsuri de soluționare a principalelor probleme de calitate. Graficul Gantt.....	32
G. Resurse necesare, surse de finanțare	42
H.Indicatori urmăriți	43

A. Introducere: Scurtă analiză de situație a Spitalului

1

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 în perioada 05.09.2022-28.10.2022 s-a desășurat etapa de evaluare (pre-vizită, vizită, post-vizită) urmând a se emite *Ordinul Președintelui ANMCS privind acreditarea/neacreditarea a spitalului*.

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 vârstă 0 – 14 ani reprezentând 14,29 % din totalul populației deservite, în contextul în care grupa de vârstă 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 vârstă 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 vârstei deceselor ne arată că vârsta medie de deces a fost de 73 ani, modul sau vârsta 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% bărbătesc și 13% gen feminin.
- 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 neoplasmale, cu valori ale prevalenței de peste 2500 la 100000 locuitori, ocupă locul 4 după: Bolile cardiovasculare, Diabetul zaharat și afecțiunile psihice. Pe primele 6 locuri, în anul 2019, în ordine descrescătoare, dacă ne referim la localizare, s-au situat: cancerul de sân, bronhopulmonar, cancer al stomacului, cancer al prostatei, colorectal, cancer de ficat. Față de 2017, există o creșterea 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 psihici a crescut în anii 2019 și 2018 față de anul 2017, de asemenea a crescut în mediul rural comparativ cu mediul urban.
- Bolnavii dispensarizați de medicul de familie au avut, în perioada analizată, ca prime 4 cauze de îmbolnăvire: Bolile hipertensive, Diabetul Zaharat, Cardiopatia ischemică și Tulburările mentale și de comportament.

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

1. Boala pulmonară interstițială, nespecificată
2. Iminența de avort
3. Trăvialiu 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 vârstă 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 vârstei deceselor ne arată că vârsta medie de deces a fost de 73 ani, vârsta 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, mortalitate a fost mai crescută la sexul masculin față de sexul feminin. În funcție de mediul de proveniență, mortalitatea a fost mai crescută în mediul rural față de mediul urban și ușor mai crescută în 2015 față de anii 2016 și 2017.

- Pe plan local, incidența bolnavilor psihici a crescut în anii 2016 și 2017 față de anul 2015. De asemenea, în anii 2016 și 2017 a crescut mai ales în mediul rural comparativ cu mediul urban.

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

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

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

- Servicii medicale spitalicești (acuti și cronici);

- Servicii medicale acordate în Ambulatoriul integrat pentru specialitățile clinice, paraclinice (radiologie și imagistică medicală), examenele medicale obligatorii pentru supravegherea sănătății personalului;
- Furnizare de medicamente prin farmacia cu circuit închis;
- 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
	2022	79	4	10	180,25	144,25	29	36,25	482,75
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
	2022	52	4	6	146	82,5	20	17	327,5
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
	2022	27	0	4	34,25	61,75	9	19,25	155,25
Grad de ocupare (în procente)	2019	80,00	100%	83,33	90,61	95,75	91,30	69,04	88,98
	2020	86,73	100%	83,33	94	95,75	100	80,95	94,27
	2021	88,68	100%	60,00	96	96,59	77,55	86,36	91,30
	2022	65,82	100%		82,52	57,19	68,97	46,90	67,84

Cei 327,5 angajați sunt repartizați astfel:

- personal medico - sanitar 208 din care:
 - 62 personal medical studii superioare
 - 56 medici;
 - 6 biolog, biochemist;
 - 146 - asistenți medicali din care:
 - 143 asistenti medicali cu studii liceale/ postliceale;
 - 3 asistenti cu studii superioare
 - 82,5 personal sanitar auxiliar (inclusiv registratori medicali);
- personal administrativ =37 din care:
 - 14 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 2022 au determinat ca activitatea sanitară și economico-financiară să se desfășoare în condiții normale.

Situația veniturilor încasate în anul 2022 comparativ cu 2021/2020 este următoarea:

Venituri încasate pe surse	2020		2021		2022	
	Valoare (lei)	%	Valoare (lei)	%	Valoare (lei)	%
Venituri din contracte cu CAS –	38.750.829	95,90	42.365.360	95,63	44.304.221	90,88

servicii medicale						
Venituri din bugetul de stat și venituri proprii MS - contracte DSP	940.747	2.33	879.475	1,98	1.045.155	2,14
Venituri din bugetul local	189.988	0.47	169.805	0.38	169.656	0,35
Venituri proprii - servicii medicale și alte venituri proprii	295.872	0.74	369.216	0.83	406.900	0,85
Venituri din sponsorizări	206.104	0.50	28.100	0.06	182.128	3,73
Subvenții de la bugetul de stat și UE prin POR 2014-2020	23.713	0.06	490.244	1,12	988.950	2,03
Subvenții din MS pentru investiții prin administrația publică locală					41.894	0,09
Banca Mondiala					3320	0,01
Total	40.407.253	100	44.302.200	100	48781384	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 2022, comparativ cu 2021/2020 au fost achiziționate echipamente medicale pe structuri în sumă de:

Structura	Anul 2020	Anul 2021	Anul 2022
Secția Chirurgie	548.125,96	639.197,69	190.608,25
Sectia Medicină Internă	-	376.897,99	125.110,65
Compartiment Ingrijiri Paliative	-	20.819,05	50.919,95
Secția Obsterica ginecologie	261.531,89	1.480.901,31	370.399,40
Compartiment neonatologie			82.583,19
Secția Pediatrie	15.870,40	26.233,55	37.104,20
Secția Psihiatrie	-	-	
Compartiment Boli Infectioase	6.307	344.946,54	458.947,30
CPU	96.672,03	778.607,18	147.180,76
Laborator Radiologie	213.248	5.885,74	3.309.550,05
Laborator Analize medicale	104.623,80	233.716,00	342.006,00
Serviciul de anatomie patologică	4.200,00		84.168,70
Laborator balnefizioterapie si recuperare medicală	-	8.996,40	96.822,00
CPIAAM	-	4.890,56	
ATI Chirurgie			13.316,10
ATI Ginecologie			9.996,00
Echipamente comune	-	16.890,56	66.878,00
TOTAL			7.827.640,32
AMBULATOR			
ORL	4016,17	-	

Cardiologie	-	8.996,40	
Neurologie	-	-	
Interne	-	-	
Dermatologie	-	-	
Oftalmologie	31.416,00	9.222,50	
Ginecologie	4.016,17	-	
Pneumologie	-	-	
Urologie	-	-	

Tipuri de dotari pe structuri în anul 2022 -7.827.640,32lei

COMPARTIMENT BOLI INFECTIOASE	
MONITOR FUNCTII VITALE	27.108,20
DEFIBRILATOR	32.487,00
EKG PORTABIL	14.339,50
BRANCARDA TRANSPORT PACIENTI	16.112,60
PAT REGLARE ELECTRICA	368.900,00
Total gestiune	458.947,30
SECTIA CHIRURGIE GENERALA	
ELEVATOR HIDRAULIC RIDICARE PACIENTI	7.735,00
EKG 12 CANALE	16.332,75
PAT ATI CU PATRU MOTOARE	33.308,10
PAT ATI CU PATRU MOTOARE	33.308,10
PAT ATI CU PATRU MOTOARE	33.308,10
PAT ATI CU PATRU MOTOARE	33.308,10
PAT ATI CU PATRU MOTOARE	33.308,10
Total gestiune	190.608,25
LABORATOR ANALIZE MEDICALE	
ANALIZOR AUTOMAT DE BIOCHIMIE MODEL ISE SI MODUL D	250.138,00
ANALIZOR AUTOMAT DE HEMATOLOGIE 5DIFF	76.874,00
MICROSCOP LABORATOR	5.831,00
MICROSCOP LABORATOR	9.163,00
Total gestiune	342.006,00
SERVICIUL DE ANATOMIE PATOLOGICA	
MASA AUTOPSIE DIN INOX	38.556,00
MASA DE PUS IN LUCRU	45.612,70
Total gestiune	84.168,70
LABORATOR RADIOLOGIE SI IMAGISTICA MEDICALA	
SISTEM PACS CU UTILIZATORI PERMANENTI	262.395,00
ANSAMBLU MODULAR AMPLASARE CT	531.019,05
COMPUTER TOMOGRAF	1.661.240,00
APARAT ROENTGEN DIGITAL FIX	844.900,00
DEFIBRILATOR AED SAVERONE	9.996,00
Total gestiune	3.309.550,05
SECTIA MEDICINA INTERNA	
ELEVATOR HIDRAULIC RIDICARE PACIENTI	7.735,00
MONITOR FUNCTII VITALE	27.108,20

MONITOR FUNCTII VITALE	27.108,20
DEFIBRILATOR	32.487,00
EKG PORTABIL	14.339,50
EKG 12 CANALE	16.332,75
Total gestiune	125.110,65
SECTIA MEDICINA INTERNA-COMP.INGRIJIRI PALIATIVE	
DISPENSER AUTOMAT ACOPERIT PANTOFI	5.000,00
PAT SPITAL CU DOUA MOTOARE-7	24.500,00
SISTEM VIZUALIZARE VENE VEIN FINDER	21.420,00
Total gestiune	50.919,95
Gestiunea:	
RENAULT TRAFIC	92.049,77
Total gestiune	92.049,77
COMPARTIMENT NEONATOLOGIE	
INCUBATOR DESCHIS TIP MASA DE REANIMARE	41.894,00
INCUBATOR DESCHIS TIP MASA DE REANIMARE (INCUBATOR DESCHIS TIP MASA DE REANIMARE)	4.655,99
BILIRUBINOMETRU NON INVAZIV ADV12597147	8.925,00
MONITOR FUNCTII VITALE	27.108,20
Total gestiune	82.583,19
SECTIA OBSTETRICA - GINECOLOGIE	
MASA RESUSCITARE NOU-NASCUTI	74.375,00
MASA RESUSCITARE NOU-NASCUTI	74.375,00
INCUBATOR NOU-NASCUTI	62.475,00
DEFIBRILATOR AED SAVERONE	9.996,00
INCUBATOR NOU-NASCUTI	62.475,00
MONITOR FUNCTII VITALE	27.108,20
MONITOR FUNCTII VITALE	27.108,20
DEFIBRILATOR	32.487,00
Total gestiune	370.399,40
SECTIA OBSTETRICA - GINECOLOGIE-COMP.ATI	
DEFIBRILATOR AED SAVERONE	9.996,00
Total gestiune	9.996,00
Gestiunea:	
DEFIBRILATOR AED SAVERONE	9.996,00
MONITOR FUNCTII VITALE	27.108,20
Total gestiune	37.104,20
COMPARTIMENT PRIMIRI URGENTE	
ANALIZOR BIOCHIMIE USCATA	36.176,00
ANALIZOR XPRECIA STRIDE	3.712,80
ANALIZOR URINI CLINITEK STATUS	4.453,92
MONITOR FUNCTII VITALE	27.108,20
MONITOR FUNCTII VITALE	27.108,20
EKG 12 CANALE	16.332,75
TARGA TRANSFER ROLL BOARD	4.046,00
SISTEM DELL OPTIPLEX 17 INTEL CORE 512 GB	4.845,19
DELL OPTIPLEX I5 INTEL CORE	3.167,70

TARGA RADIOTRASPARENTA CPU	20.230,00
Total gestiune	147.180,76
SECTIA CHIRURGIE GENERALA-COMP.ATI	
DEFIBRILATOR AED SAVERONE	9.996,00
SISTEM INCALZIRE PACIENT CU FLUX DE AER	3.320,10
Total gestiune	13.316,10
LAB. RECUPERARE MED.FIZICA SI BALNEOLOGIE(BAZA TRATAMENT)	
APARAT DE TERAPIE CU UNDE DE SOC BTL-6000 SWT	40.000,00
AP DE ELECTROTHERAPIE CU 2 CANALE	14.557,50
AP LYMPHASTIM 12 TOPLINE	19.620,95
AP DE MAGNETOTERAPIE STATIONAR CU 2 CANALE	22.643,55
Total gestiune	96.822,00
BLOC ALIMENTAR	
CUPTOR ELECTRIC	29.750,00
Total gestiune	29.750,00
DEPOZIT MATERIALE	
CONTAINER MODULAR DOTAT CU RAFTURI	37.128,00
Total gestiune	37.128,00
Total spital	7.827.640,32

A.7. Situația principalilor indicatori de performanță realizați ANUL 2022 comparativ cu anul 2021

Nr.crt.	Categoria de indicatori	Nr.Ind. pe categ.	Denumire indicator	2022	2021	Procent crestere/diminuare
A	Indicatori de management a resurselor umane	1	Numar mediu de bolnavi externati / un medic	154	157	-1,91
A		2	Numar mediu de bolnavi externati / o asistenta medicala	38	35	8,57
A		3	Proportia medicilor din totalul personalului	15,88%	14,89%	0,99%
A		4	Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului	63,36%	60,06%	3,30%
A		5	Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical	29,40%	28,50%	0,90%
A		6	Numarul mediu de consultatii / un medic in camera de garda	321	253	26,88
A		7	Numar mediu de consultatii / medic UPU	1877	2249	-16,54
			Numar mediu consultatii/medic in ambulatoriul de specialitate	3468	3972	-12,69

B	Indicatori de utilizare a serviciilor	1	Numarul de pacienti externati - total si pe sectii, în internare continuă			
			TOTAL	3454	3058	12,95
			Boli infectioase	443	289	53,29
			Boli infectioase COVID	203	307	0,00
			Chirurgie generala	329	262	25,57
			Medicina interna	539	399	35,09
			Medicina interna COVID	71	164	0,00
			Neonatologie	361	343	5,25
			Obstetrica ginecologie	737	662	11,33
			Pediatric	519	433	19,86
			Pediatric COVID	12	0	0,00
			TOTAL ACUTI	3214	2859	12,42
			Medicina interne cronici	128	86	48,84
			Ingrijiri paliative	74	84	-11,90
			Psihiatrie cronici	38	29	31,03
			TOTAL CRONICI	240	199	20,60
B		2	Numarul de pacienti externati - total si pe sectii SPITALIZARE DE ZI			
			TOTAL	13184	11282	16,86
			Boli infectioase	323	315	2,54
			Chirurgie generala	372	406	-8,37
			Medicina interna	773	839	-7,87
			Obstetrica ginecologie	393	410	-4,15
			Pediatric	282	268	5,22
			TOTAL SZ	2143	2238	-4,24
			TOTAL CPU	7506	6746	11,27
			Camera de garda Ginecologie	657	705	-6,81
			Camera de garda Pediatric	2878	1593	80,67
			TOTAL CAMERA DE GARDĂ	3535	2298	53,83
B		3	Durata medie de spitalizare - pe spital si pe			

			fiecare sectie			
			TOTAL	11,43	12,82	-10,84
			Boli infectioase	5,48	3,18	72,33
			Boli infectioase COVID	7,60	8,44	-9,95
			Chirurgie generala	2,35	3,47	-32,28
			Medicina interna	6,04	6,41	-5,77
			Medicina interna COVID	11,08	10,42	6,33
			Neonatologie	3,66	3,69	-0,81
			Obstetrica ginecologie	2,63	2,95	-10,85
			Pediatric	3,74	4,72	-20,76
			Pediatric COVID	3,74	0,00	3,74
			TOTAL ACUTI	4,29	4,57	-6,13
			ATI	3,12	4,81	-35,14
			ATI- OG	2,38	2,93	-18,77
			TOTAL ATI	2,80	3,93	-28,75
			Medicina interne cronici	9,18	8,81	4,20
			Ingrijiri paliative	31,43	24,29	29,39
			Psihiatrie cronici	221,46	235,33	-5,89
			TOTAL CRONICI	76,15	86,93	-12,40
B		4	Rata de utilizare a paturilor - pe spital si pe fiecare sectie			
			TOTAL	51,53%	51,08%	0,45%
			Boli infectioase	81,76%	43,24%	38,52%
			Boli infectioase COVID	44,66%	73,18%	-28,52%
			Chirurgie generala	16,08%	19,89%	-3,81%
			Medicina interna	50,05%	58,73%	-8,68%
			Medicina interna COVID	44,33%	39,61%	0,0472
			Neonatologie	36,41%	34,74%	1,67%
			Obstetrica ginecologie	31,42%	29,59%	1,83%
			Pediatric	17,57%	17,64%	-0,07%
			Pediatric COVID	13,42%	0,00%	13,42%

			TOTAL ACUTI	34,82%	34,63%	0,19%
			ATI	38,14%	32,66%	5,48%
			ATI- OG	28,15%	21,85%	6,30%
			TOTAL ATI	33,70%	27,85%	5,85%
			Medicina interne cronici	46,34%	34,61%	11,73%
			Ingrijiri paliative	59,57%	57,89%	1,68%
			Psihiatrie cronici	93,77%	96,12%	-2,35%
			TOTAL CRONICI	83,74%	85,54%	-1,80%
B		5	Proportia pacientilor internati din totalul pacientilor prezentati la camera de garda	45,15%	40,97%	4,18%
B		6	Numarul pacientilor consultati in ambulatoriu	62431	65540	-4,74
B		7	Proportia urgentelor din totalul pacientilor internati			
			TOTAL	66,71%	72,14%	-5,43%
			Boli infectioase	86,62%	92,72%	-6,10%
			Boli infectioase COVID	94,85%	94,29%	
			Chirurgie generala	43,10%	47,91%	-4,81%
			Medicina interna	68,08%	68,75%	-0,67%
			Medicina interna COVID	100,00%	100%	0
			Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	84,93%	90,29%	-5,36%
			Pediatric	97,53%	98,39%	-0,86%
			Pediatric COVID	100,00%	0,00%	0,00%
			TOTAL ACUTI	71,70%	76,82%	-5,12%
			Medicina interne cronici	0,00%	6,98%	-6,98%
			Ingrijiri paliative	0,00%	0,00%	0,00%
			Psihiatrie cronici	0,00%	3,85%	-3,85%
			TOTAL CRONICI	0,00%	3,59%	-3,59%
B		8	Durata medie de asteptare in cpu și camera de gardă:	9	7	2
			Camera gardă OG	10	5	

			Camera garda Pediatrie	4	4	
			CPU	14	11	
B		9	Numar de servicii spitalicesti furnizate, pe tip de serviciu:			
			acuti (DRG)	3214	2859	12,42
			spitalizare de zi	2143	2238	-4,24
			urgente CPU	7506	6746	11,27
			urgente camera de garda	3535	2298	53,83
			servicii cronici	166	115	44,35
			servicii paliative	74	84	-11,90
			servicii paraclinice radiologie	5311	6551	-18,93
			servicii paraclinice ecografii	5095	4329	17,69
			servicii paraclinice laborator + anat.patologica	265354	242789	9,29
B		10	Indicele de complexitate al cazurilor pe spital si pe fiecare sectie			
			Total acuti	1,0239	1,0203	0,00
			Boli infectioase	1,2295	1,1851	0,04
			Boli infectioase COVID	1,2932	1,1730	0,12
			Chirurgie generala	1,4171	1,4264	-0,01
			Medicina interna	1,2622	1,1781	0,08
			Medicina interna COVID	1,1975	1,1206	0,08
			Neonatologie	0,4961	0,5518	-0,06
			Obstetrica ginecologie	0,8334	0,9444	-0,11
			Pediatrie	0,7350	0,7179	0,02
			Pediatrie COVID	0,7366		
			Medicina interne cronici	0,0000	0,0000	0,00
			Psihiatrie cronici	0,0000	0,0000	0,00
B		11	Procentul pacientilor cu interventii chirurgicale din totalul pacientilor externati din sectiile chirurgicale			
			Total	59,01%	66,13%	-7,12

			Chirurgie generala	53,80%	61,45%	-7,65
			Obstetrica ginecologie	61,33%	67,98%	-6,65
B		12	Procentul pacientilor cu complicatii si comorbiditati din totalul pacientilor externati			
			TOTAL	99,16%	99,22%	0,00
			Boli infectioase	99,55%	98,62%	0,01
			Boli infectioase COVID	100,00%	100,00%	0,00
			Chirurgie generala	95,44%	97,71%	-0,02
			Medicina interna	99,84%	99,75%	0,00
			Medicina interna COVID	100,00%	100,00%	0
			Neonatologie	99,45%	100,00%	-0,01
			Obstetrica ginecologie	99,05%	98,34%	0,01
			Pediatric	99,81%	99,77%	0,00
			Pediatric COVID	100,00%	0,00%	1,00
			TOTAL ACUTI	99,13%	99,20%	0,00
			Medicina interne cronici	100,00%	100,00%	0,00
			Ingrijiri paliative	100,00%	100,00%	0,00
			Psihiatrie cronici	97,37%	96,55%	0,01
			TOTAL CRONICI	99,58%	99,50%	0,00
B		13	Numar de pacienti pe lista de asteptare pe sectii			
			Total	649	625	3,84
			Obstetrica ginecologie	549	192	185,94
			Medicina interna	159	433	-63,28
		14	Număr de pacienți prezenti în CPU	7506	6746	11,27
		15	Număr de pacienți internați prin CPU	632	638	-0,94
		16	Număr de cazuri rezolvate în CPU	6195	5811	6,61
C	Indicatori economico-financiari	1	Executia bugetara fata de bugetul de cheltuieli aprobat -	86,54%	72,90%	13,64%
		2	Structura cheltuielilor pe tipuri de servicii si în functie de sursele de venit:	100%	100%	0,00%

		3	Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului	15,89%	4,37%	11,52%
		4	Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului	59,54%	61,11%	-1,57%
		5	Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor din venituri cu CASS si MS cu aceasta destinatie	77,09%	78,04%	-0,95%
		6	Procentul cheltuielilor de medicamente din totalul cheltuielilor spitalului	3,15%	3,38%	-0,23%
		7	Procentul cheltuielilor cu bunuri din totalul cheltuielilor spitalului	19,99%	20,38%	-0,39%
		8	Procentul cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor spitalului	20,26%	18,10%	2,16%
		9	Costul mediu / zi de spitalizare pe fiecare sectie	804	759	5,93
			Boli infectioase	748	769	-2,73
			Boli infectioase COVID	1095	1132	-3,27
			Chirurgie generala	2223	2119	4,91
			Medicina interna	813	832	-2,28
			Medicina interna COVID	1577	1127	39,93
			Medicina interne cronici	684	760	-10,00
			Medicina Interna ingrijiri paliative	859	780	10,13
			Neonatologie	1007	968	4,03
			Obstetrica ginecologie	1763	1571	12,22
			Pediatrica	1671	1461	14,37
			Psihiatrie cronici	350	306	14,38
D	Indicatori de calitate	1	Rata mortalitatii intraspitalicesti - pe total spital si pe fiecare sectie			
			TOTAL	4,28%	4,91%	-0,63%
			Boli infectioase	7,36%	4,42%	2,94%
			Boli infectioase COVID	5,74%	4,24%	1,50%
			Chirurgie generala	1,47%	1,20%	0,27%
			Medicina interna	2,25%	2,84%	-0,59%
			Medicina interna COVID	5,19%	8,11%	-0,0292

			Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Pediatric	0,00%	0,00%	0,00%
			Pediatric COVID	0,00%	0,00%	0,00%
			TOTAL ACUTI	2,08%	2,14%	-0,06%
			Medicina interne cronici	3,13%	3,49%	-0,36%
			Ingrijiri paliative	83,78%	76,19%	7,59%
			Psihiatrie cronici	2,63%	10,34%	-7,71%
			TOTAL CRONICI	27,92%	35,18%	-7,26%
D		2	Proportia pacientilor decedati in primele 24 de ore de la internare - total spital si pe fiecare sectie			
			TOTAL	0,35%	0,52%	-0,17%
			Boli infectioase	1,39%	1,47%	-0,08%
			Boli infectioase COVID	0,34%	0,55%	-0,0021
			Chirurgie generala	0,00%	0,00%	0,00%
			Medicina interna	0,15%	0,60%	-0,45%
			Medicina interna COVID	0,00%	0,45%	-0,0045
			Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Pediatric	0,00%	0,00%	0,00%
			Pediatric COVID	0,00%		0,00%
			TOTAL ACUTI	0,23%	0,35%	-0,12%
			Medicina interne cronici	0,00%	0,00%	0,00%
			Ingrijiri paliative	4,05%	3,57%	0,48%
			Psihiatrie cronici	0,00%	0,00%	0,00%
			TOTAL CRONICI	1,25%	1,51%	-0,26%
D		3	Proportia pacientilor decedati la 48 de ore de la interventia chirurgicala - total si pe fiecare sectie chirurgicala			
			Total	0,00%	0,00%	0,00%
			Chirurgie generala	0,00%	0,00%	0,00%

			Obstetrica ginecologie	0,00%	0,00%	0,00%
D		4	Rata infectiilor nozocomiale - pe total spital si pe fiecare sectie			
			TOTAL	2,75%	1,70%	1,05%
			Boli infectioase	5,26%	7,27%	-2,01%
			Boli infectioase COVID			0,00%
			Chirurgie generala	1,52%	3,05%	-1,53%
			Medicina interna	1,36%	1,50%	-0,14%
			Medicina interna COVID			
			Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	0,14%	0,00%	0,14%
			Pediatric	0,00%	0,00%	0,00%
			TOTAL ACUTI	1,50%	1,26%	0,24%
			Medicina interne cronici	0,00%	0,00%	0,00%
			Ingrijiri paliative	14,86%	5,95%	8,91%
			Psihiatrie cronic	89,47%	37,93%	51,54%
			TOTAL CRONICI	40,18%	8,04%	32,14%
		6	Indice de concordanta intre diagnosticul de internare si diagnosticul la externare			
			TOTAL	72,15%	64,55%	7,60%
			Boli infectioase	45,82%	31,49%	14,33%
			Boli infectioase COVID	61,08%	55,70%	0,0538
			Chirurgie generala	78,12%	73,66%	4,46%
			Medicina interna	53,80%	48,12%	5,68%
			Medicina interna COVID	74,65%	43,90%	30,75%
			Neonatologie	89,75%	86,59%	3,16%
			Obstetrica ginecologie	86,84%	64,80%	22,04%
			Pediatric	72,06%	79,91%	-7,85%
			Pediatric COVID	75,00%		
			TOTAL ACUTI	70,75%	62,64%	8,11%
			Medicina interne cronici	85,16%	89,63%	-4,47%

			Ingrijiri paliative	100,00%	100,00%	0,00%
			Psihiatrie cronici	92,11%	75,86%	16,25%
			TOTAL CRONICI	90,83%	91,96%	-1,13%
D		7	Procentul pacientilor internati si transferati catre alte spitale			
			TOTAL	1,18%	2,66%	-1,48%
			Boli infectioase	3,26%	2,15%	1,11%
			Boli infectioase COVID	6,62%	21,90%	-0,1528
			Chirurgie generala	0,00%	0,38%	-0,38%
			Medicina interna	0,42%	4,38%	-3,96%
			Medicina interna COVID	0,00%	14,00%	-0,14
			Neonatologie	1,38%	0,88%	0,50%
			Obstetrica ginecologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Pediatric	1,14%	3,68%	-2,54%
			Pediatric COVID	0,00%		0,00%
			TOTAL ACUTI	1,27%	2,84%	-1,57%
			Medicina interne cronici	0,00%	0,00%	0,00%
			Ingrijiri paliative	0,00%	0,00%	0,00%
			Psihiatrie cronici	0,00%	0,00%	0,00%
			TOTAL CRONICI	0,00%	0,00%	0,00%
D		8	Rata pacientilor reinternati in 30 de zile de la externare			
			TOTAL	8,47%	6,83%	1,64%
			Boli infectioase	8,58%	5,57%	3,01%
			Boli infectioase COVID	4,41%	6,67%	-0,0226
			Chirurgie generala	9,88%	4,94%	4,94%
			Medicina interna	3,81%	8,13%	-4,32%
			Medicina interna COVID	1,54%	3,00%	-0,0146
			Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	10,36%	9,10%	1,26%
			Pediatric	6,26%	6,67%	-0,41%

			Pediatrie COVID	0,00%		
			TOTAL ACUTI	6,75%	5,93%	0,82%
			Medicina interne cronici	46,51%	31,40%	15,11%
			Ingrijiri paliative	5,00%	1,20%	3,80%
			Psihiatrie cronici	36,36%	42,31%	-5,95%
			TOTAL CRONICI	31,40%	20,00%	11,40%
D	9	Numarul de plangeri si reclamatii de la pacienti	7	3	133,33	
			TOTAL	18,97%	15,12%	3,85%
			Boli infectioase	0,78%	0,18%	0,60%
			Boli infectioase COVID	0,00%	0,00%	0
			Chirurgie generala	18,69%	10,61%	8,08%
			Medicina interna	45,88%	34,63%	11,25%
			Medicina interna COVID	0,00%	0,00%	0
			Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	5,49%	24,42%	-18,93%
			Pediatrie	11,36%	1,28%	10,08%
			Pediatrie COVID	0,00%		
			TOTAL ACUTI	16,65%	13,54%	3,11%
			Medicina interne cronici	70,31%	62,79%	7,52%
			Ingrijiri paliative	75,68%	54,22%	21,46%
			Psihiatrie cronici	63,16%	42,31%	20,85%
			TOTAL CRONICI	70,83%	56,41%	14,42%
	11	Proportia serviciilor medicale spitalicesti acordate prin spitalizare de zi din totalul serviciilor medicale spitalicesti acordate, pe spital si pe fiecare sectie.				
			TOTAL	73,64%	74,61%	-0,97%
			Boli infectioase	42,17%	52,15%	-9,98%
			Boli infectioase COVID	0,00%	0,00%	0
			Chirurgie generala	53,07%	60,78%	-7,71%

			Medicina interna	58,92%	67,77%	-8,85%
			Medicina interna COVID	0,00%	0,00%	0
			Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	34,78%	38,25%	-3,47%
			Pediatric	35,21%	38,23%	-3,02%
			Pediatric COVID	0,00%		0,00%
			TOTAL ACUTI	40,00%	43,91%	-3,91%
			Medicina interne cronici	0,00%	0,00%	0,00%
			Ingrijiri paliative	0,00%	0,00%	0,00%
			Psihiatrie cronici	0,00%	0,00%	0,00%
			TOTAL CRONICI	0,00%	0,00%	0,00%
			CPU	100,00%	100,00%	0,00%
		12	Proportia bolnavilor internati cu bilet de trimitere din totalul bolnavilor internati, pe spital si pe fiecare sectie;			
			TOTAL	20,62%	14,93%	5,69%
			Boli infectioase	13,29%	6,67%	6,62%
			Boli infectioase COVID	4,83%	1,17%	0,0366
			Chirurgie generala	42,51%	24,11%	18,40%
			Medicina interna	30,95%	11,63%	19,32%
			Medicina interna COVID	0,00%	0,00%	0
			Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	15,48%	8,74%	6,74%
			Pediatric	16,51%	18,16%	-1,65%
			Pediatric COVID	0,00%		0,00%
			TOTAL ACUTI	17,93%	12,52%	5,41%
			Medicina interne cronici	33,33%	4,65%	28,68%
			Ingrijiri paliative	97,50%	98,80%	-1,30%
			Psihiatrie cronici	48,48%	46,15%	2,33%
			TOTAL CRONICI	56,61%	50,26%	6,35%

MEDIUL INTERN	
PUNCTE TARI	PUNCTE SLABE
Spital acreditat A.N.M.C.S, ciclul I ☐ Clasificarea spitalului în spital de categoria IV; ☐ Spitalul are implementat Sistemul Integrat de Management al Calității (ISO 9001:2015 - sistem de management al calității, ISO 15189:2007 – ☐ Laboratorul de analize medicale este certificat RENAR. ☐ Existența liniei de gardă ATI ☐ Existența camerelor de gardă: Secția Pediatrie și Secția Obstetrică - Ginecologie ☐ Spitalul deține o rețea informatică proprie, toate calculatoarele fiind conenctate la internet. ☐ Ambulatoriul integrat reabilitat și dotat cu aparatură performantă prin programul de finanțare nerambursabilă POR 2014-2020. ☐ Existența unui Compartiment de Îngrijiri paliative. ☐ Asigurarea Structurii spitalizare de zi: Secția Medicină internă, Secția Chirurgie generală, Secția Obstetrică-ginecologie, Compartiment Boli infecțioase ☐ 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 ☐ 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 alimentar, Spălătorie, Secția Medicină	Existența planului de conformare la A.S.F. ☐ 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. ☐ 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. ☐ 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 ☐ 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) ☐ 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. ☐ 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 ☐ Condiții de muncă care necesită igienizări: Serviciul de anatomie patologică, atelier mecanic, birouri administrative ☐ Stadiul avansat de degradare a clădirii Secției de Psihiatrie Cronici. ☐ Circuitele funcționale asigurate doar parțial ☐ Lipsa rezervelor de apă și incendiu, conform

internă. ☐ Spitalul este dotat corespunzător cu aparatură medicală modernă (electrocauter, ecograf dopler color digital, aparat ventilatie mecanică). ☐ Spitalul are angajat personal calificat competent, cu pregătire de specialitate (98 % dintre medicii din Ambulatoriu de specialitate sunt medici specialiști). ☐ Adresabilitate crescută a pacienților – spitalul primește pacienți din o parte a județului Mureș în cadrul Ambulatoriului de specialitate ☐ Buna colaborare a personalului medical superior și mediu, într-un climat organizațional favorabil ☐ Creșterea satisfacției pacienților de la an la an, idem mai sus ☐ Programe naționale derulate la nivelul spitalului: screening col uterin ☐ Spitalul nu prezintă datorii, restanțe, arierate. ☐ Angajații beneficiază de vouchere de vacanță.	normelor în vigoare ☐ Lipsa generatoarelor electrice în toate locațiile spitalului (necesare deservirii secțiilor medicale și structurilor administrative în situația neasigurării furnizării de energie electrică de la rețea) ☐ 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 apropiere a spitalului fiind doar în curtea acestora, care au o suprafață suficientă doar pentru accesul ambulanțelor/autoturismelor spitalului pentru alte transporturi); ☐ Tehnica existentă în parcul auto este uzată fizic și moral; ☐ Aparatură medicală ce necesită reparații frecvente – radiologie și o parte din aparatura Laboratorului de Analize medicale ☐ O parte din aparatura medicală este uzată fizic și moral (Aparat radiologie) ☐ Servicul de pază nu este asigurat în niciuna dintre locațiile spitalului, existând doar serviciu de supraveghere cu camere video ;I butoane panică ☐ Insuficiente cadre medicale pentru asigurarea continuității actului medical în unele specialități: medicină de urgență (cu impact negativ în ceea ce privește organizarea serviciului de garda în CPU), radiologie și imagistică medical. ☐ CPU funcțional doar 12 ore/zi din lipsa personalului medical superior. ☐ Neutilizarea la maxim a posibilităților tehnice ale sistemului informatic; ☐ Secții/Compartimente cu indicatori de performanță cu valori inferioare celor medii de la nivel național pentru aceleași specialități ☐ Lipsa unui proces constant de audit clinic crește riscul de erori medicale ☐ Inexistența programului național derulat în compartimentul ATI la nivelul spitalului ☐ Inexistența unui cadru legislativ privind normare asistentelor șefe – coordonatori compartimente – registrator medical pe toate secțiile
--	---

MEDIUL EXTERN	
OPORTUNITĂȚI • Sprijinul autorităților locale (Consiliul	AMENINȚĂRI • Distanța relativ mică față de 2 centre medicale

Local Luduș) în procesul de reabilitare, extindere a clădirilor și dotarea cu aparatură și echipamente medicale • Sprijinul autorităților 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 • Existența de investitori din mediu privat dispuși să se implice în dotarea cu aparatură și echipamente medicale a unității • Existența 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	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. • Existența 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 vieții 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 eticii 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 practicii 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.

La întocmirea prezentului Plan au fost avute în vedere următoarele:

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 personalul 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.

1) Obiectivele strategice pe termen scurt, aferente anului 2023 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/operationale implementate la nivelul spitalului, precum și elaborarea și implementarea de protocoale terapeutice și de îngrijiri medicale, proceduri de sistem/operationale 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);
- 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 instruiți/cursuri 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);

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;

- 1.12. 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) 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;
- 3) Relocarea Secției Psihiatrie cronici de lungă durată;
- 4) Achiziționare autoutilitară transport ;
- 5) **Recomandările 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:**
- 5.1. Angajare de personal suplimentar
- 5.2. Dotare cu paturi în toate structurile spitalului adaptate patologiilor, saltele, saltele antiescare, lumină artificială proprie;
- 5.3. Achiziționarea și instalarea unor afișe, marcaje, indicatoare pentru persoanele cu dizabilități în toate locațiile;
- 5.4. Dotarea tuturor ferestrelor cu plase de protecție împotriva insectelor ;
- 5.5. Comunicarea cu pacienții pe înțelesul lor;
- 5.6. Avînd 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 supraveghere, 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 2023, prevăzute în Planul strategic de dezvoltare, **au fost avute în vedere următoarele probleme de calitate și siguranță actuale ale spitalului:**

1. Dotarea insuficientă a unor secții/compartimente medicale cu aparatură medicală și echipamente medicale sau de suport a acestora, necesare furnizării și îmbunătățirii calității și performanței actului medical și dezvoltării resurselor umane propriu;

2. La nivelul spitalului este necesară instrumentarea și dezvoltarea în continuare a conceptului de "Transparență decizională" și a unei reglementări în baza căruia acesta să funcționeze, în scopul luării măsurilor necesare de implementare a Criteriului "01.02.05 Procesul decizional de la toate nivelurile de management are în vedere condițiile specifice de organizare și funcționare ale spitalului", prevăzut în Anexa la OMS nr. 871/2016 pentru aprobarea *Procedurilor, standardelor și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor*;

3. Necesitatea ca toate protocoalele terapeutice și de îngrijiri medicale, precum și procedurile de sistem/operationale existente la nivelul spitalului să fie întocmite și revizuite periodic potrivit prevederilor legale incidente în vigoare, pentru a elimina 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 fiecăruia dintre membrii echipei de proces menționați în respectivele proceduri, în raport cu procesele și activitățile descrise de acestea;

- Lipsa de formalizare a protocoalelor terapeutice și de îngrijiri medicale precum și a procedurilor documentate existente;
 - Eliminarea riscului ca resursele (umane, tehnico-medice, materiale sanitare, medicamente, biocide, financiare, de timp etc.) menționate în conținutul protocoalelor să nu fie efectiv disponibile în totalitate la nivelul structurii medicale în care se aplică acestea;
 - Neaducerea la cunoștință personalului care este necesar să aplice protocoalele terapeutice și de îngrijiri medicale / procedurile existente, a responsabilităților care derivă în îndeplinirea activităților procedurate, precum și lipsa instruirii acestora în raport cu responsabilitățile procedurate;
 - Neîntocmirea de analize la minim 6 luni/un an a eficienței și eficacității (după caz) precum și a riscului rezidual pentru fiecare dintre protocoalele terapeutice și de îngrijiri medicale / procedurile existente;
 - Luarea măsurilor necesare ca toate protocoalele / procedurile analizate să se regăsească ca și modalitate de diminuare a minim unui risc cuprins în registrul riscurilor;
4. Condițiile hoteliere și cele care se referă la protecția și siguranța, pacienților internați, vizitatorilor/apartinătorilor, precum și angajaților spitalului, să se ridice la nivelul standardelor, criteriilor și cerințelor A.N.M.C.S.
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. Grafic de conformare spital pentru reacreditare de către ANCMS în ciclul II de acreditare;
9. Insuficiența măsurilor necesare implementării anuale a recomandărilor de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților;
10. Insuficiența măsurilor necesare pentru creșterea satisfacției pacienților prin îmbunătățirea relației medic - pacient – spital;
11. Insuficiența măsurilor necesare pentru dezvoltarea resurselor umane;

E. Prioritizarea problemelor de calitate identificate

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

Domeniul de îmbunătățit	CRITERII						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	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

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
acestora.							
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. Protocoalele 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, vizitatorilor/apartinătorilor , precum și angajaților spitalului, nu se ridică la nivelul standardelor, criteriilor și cerințelor A.N.M.C.S.	3 x 0,5	3 x 1	3 x 0,5	4 x 0,75	4 x 0,25	4 x 0,25	11,00
5. Insuficiența instrumentării și dezvoltării la nivelul spitalului a conceptului de "audit clinic";	1 x 0,5	4 x 1	4 x 0,5	2 x 0,75	1 x 0,25	4 x 0,25	9,25
6. Măsurile preventive de asigurare a protecției mediului și a regulilor de S.S.M. luate de către spital nu concordă în totalitate cu prevederile legislației incidente în vigoare	3 x 0,5	2 x 1	4 x 0,5	2 x 0,75	1 x 0,25	4 x 0,25	8,25
7. Se constată faptul că pe parcursul anilor trecuți nu au existat fonduri suficiente pentru angajarea de lucrări de renovare, întreținere și igienizare a tuturor sectoarelor de activitate ale spitalului;	4 x 0,5	4 x 1	2 x 0,5	4 x 0,75	4 x 0,25	1 x 0,25	11,25
8. Obținerea certificatului de acreditare a spitalului eliberat de către ANCMS în ciclul II de acreditare	4 x 0,5	4 x 1	4 x 1	4 x ,75	4 x 0,25	4 x .25	15

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
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 1	4 x 0,75	1 x 0,25	10,25
11. Insuficiența măsurilor necesare pentru dezvoltarea a 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 acreditare al Spitalului Orășenesc “Dr.Valer Russu” Luduș se va derula în anul 2023.

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

- Intervenția prioritară 1 este: 8. Insuficiența pregătirii spitalului pentru acreditare de către ANCMS în ciclul II de acreditare;
- Intervenția prioritară 2 este: 1. Dotarea insuficientă a unor secții/ compartimente medicale cu aparatură medicală și echipamente medicale sau de suport a acestora;
- Intervenția prioritară 3 este: 3. Protocoalele 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 prioritară 4 este: 2. Necesitatea continuării instrumentării și dezvoltării conceptului de “Transparență decizională”;
- Intervenția prioritară 5 este: 11. Insuficiența măsurilor necesare pentru dezvoltarea resurselor umane;
- Intervenția prioritară 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 prioritară 7 este: 4. Condițiile hoteliere și cele care se referă la protecția și siguranța, pacienților internați, vizitatorilor/apartinătorilor, precum și angajaților spitalului, nu se ridică la nivelul standardelor, criteriilor și cerințelor A.N.M.C.S.;
- Intervenția prioritară 8 este: 10. Insuficiența măsurilor necesare pentru creșterea satisfacției pacienților prin îmbunătățirea relației medic - pacient – spital;
- Intervenția prioritară 9 este: 9. Insuficiența măsurilor necesare implementării anuale a recomandărilor de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților;
- Intervenția prioritară 10 este: 5. Insuficiența instrumentării și dezvoltării la nivelul spitalului a conceptului de "audit clinic";
- Intervenția prioritară 11 este: 6. Măsurile preventive de asigurare a protecției mediului și a regulilor de S.S.M. luate de către spital nu concordă în totalitate cu prevederile legislației incidente în vigoare.

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

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

F. Măsuri de soluționare a principalelor probleme de calitate. Graficul Gantt.

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

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
Activități intervenție prioritară nr. 1 - 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 managementul 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 calității												
Monitorizarea periodică a desfășurării activităților pentru reacreditarea spitalului	Comitet director Biroul management al calității												
Comunicarea permanentă cu A.N.M.C.S., în cadrul procesului de monitorizare reglementat prin O.M.S. 639/2016	Comitet director Biroul management al calității												
Intervenția prioritară nr. 2: 1. Dotarea insuficientă a unor secții / compartimente medicale cu aparatură medicală și echipamente medicale sau de suport a acestora													
Elaborarea de propuneri privind achiziționarea de aparatură medicală și echipamente medicale	-Șefii de microstructuri; -Consiliu Medical -Comitetul Director - Biroul Achiziții publice												
Aprobarea propunerilor, alocarea de resurse financiare pentru	Comitet director												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
achiziționarea de aparatură medicală și echipamente medicale în cadrul bugetului de venituri și cheltuieli și includerea în PAAP-ul spitalului	Director financiar contabil Biroul Achiziții publice												
Elaborarea și înaintare, către eșalonul superior, pentru aprobare, a listei cu propuneri privind achiziționarea de aparatură medicală și echipamente medicale	Comitet director Director financiar contabil Biroul Achiziții publice												
Achiziția de aparatură medicală și echipamente medicale inclusive cele aprobate prin accesare fonduri	Biroul Achiziții publice												
Intervenția prioritară nr. 3: 3. Protocoalele 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													
Analizarea și îmbunătățirea protocoalelor terapeutice și de îngrijiri medicale, a procedurilor operaționale implementate	- 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												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
	- Comisia de analiză a rezultatelor utilizării procedurilor operaționale de îngrijiri medicale, protocoalelor și ghidurilor de practică adoptate în spital; - Biroul management al calității serviciilor medicale;												
Elaborarea și implementarea de noi protocoale terapeutice, proceduri și algoritmi de investigații, diagnostic sau tratament	- Șefii de microstructuri; - Comisia de analiză a rezultatelor utilizării procedurilor operaționale de îngrijiri medicale, protocoalelor și ghidurilor de practică adoptate în spital; Biroul management al calității serviciilor medicale;												
Intervenția prioritară nr. 4: 2. Necesitatea continuării instrumentării și dezvoltării conceptului de "Transparență decizională"													
Instrumentarea conceptului de "Transparență decizională" la nivelul spitalului prin utilizarea /implementarea de/la toate structurile de pe serverul spitalului a unui folder special creat cu denumirea "Transparență decizională" și cunoașterea metodologiei în baza căreia acesta funcționează, în scopul luării măsurilor necesare de implementare a Criteriului "01.02.05 Procesul decizional de la toate nivelurile de	-Biroul Management al calității serviciilor medicale -Compartimentul Informatică -Birou achiziții - Director financiar												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
<i>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</i>	contabil												
Utilizarea de către întregului personal al spitalului a folderului special cu denumirea ”Transparență decizională” și rolul acestuia în posibilitatea de formulare propuneri, 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 ”Transparență decizională”	Biroul Managementul calității												
Integrarea, după caz, a propunerilor formulate de către angajați în domeniul îmbunătățirii managementului calității și elaborarea de acte normative interne	Biroul Managementul calității												
Intervenția prioritară nr. 5: 11. Insuficiența măsurilor necesare pentru dezvoltarea resurselor umane													
Înaintarea de propuneri formulate de șefii de microstructuri privind instruirea personalului din subordine	Șefi 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 2023”	Director medical												
Întocmirea proiectului „Planului anual de dezvoltare profesională a personalului spitalului, în anul 2023”, 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	RUNOS												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
director													
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 2023_”, cu specificarea surselor de finanțare din care se va achita de către spital participarea personalului angajat la cursuri/instruiri	Comitet director												
Întocmirea de către structura Resurse Umane a „Planului anual de dezvoltare profesională a personalului spitalului, în anul 2023” în baza deciziei Comitetului director și aprobarea acestuia de către manager.	RUNOS												
Intervenția prioritară 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;													
Elaborarea de propuneri privind lucrări de reparații curente/renovare, întreținere și igienizare	Șef birou AAT -Consiliu medical												
Aprobarea propunerilor 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.	Șef birou AAT CPIAAM												
Efectuarea lucrărilor de reparații curente/renovare, întreținere și igienizare.	Șef birou AAT												
Intervenția prioritară nr. 7: 4. Condițiile hoteliere și cele care se referă la protecția și siguranța, pacienților internați, vizitatorilor/apartinătorilor, precum și angajaților spitalului, nu se ridică la nivelul standardelor, criteriilor și cerințelor A.N.M.C.S.;													
Elaborarea referatului de necesitate{Secția Chirurgie generală – igienizare, Secția Medicină internă - igienizare, Secția	CPIAAM Secții/compartimente												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
Psihiatrie cronici de lungă durată igienizare, Secția Obstetrică-Ginecologie - igienizare }													
Elaborarea caietului de sarcini	Șef birou AAT CPIAAM												
Analizarea și aprobarea în ședința comitetului director a lucrărilor	Comitet director												
Estimarea costurilor și identificarea surselor de finanțare	DFC Șef birou AAT Comitet director												
Întocmirea documentației pentru achiziție și pentru execuția lucrărilor	Șef birou AAT												
Lucrări de reparații curente/rk	Șef birou AAT CPIAAM												
Intervenția prioritară nr. 8: 10. Insuficiența măsurilor necesare pentru creșterea satisfacției pacienților prin îmbunătățirea relației medic - pacient – spital													
Îmbunătățirea relației medic-pacient prin implementarea chestionarelor de satisfacție la nivelul tuturor structurilor (Ambulator/laborator analize medicale, Laborator Radiologie, Compartiment Ingrijiri Paliative)	-Personalul BMCSM; -Consiliu medical -Comitet director -Întreg 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 sanitară a pacienților și aderența acestora la tratamentul prescris prin informarea pacienților cu privire la: diverse campanii de sănătate (reguli de igienă, renunțarea la fumat, vaccinare etc)	- Șefi secții medicale; - Șef CPU; -Coordonator Ambulatoriu integrat; - Compartiment IT												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
- normele de conduită în spital se pot face prin: - tipărirea de pliante și afișe care conțin mesaje de educație preventive; prin postarea acestora pe site-ul spitalului, sau prin crearea unei rețele informatice interne prin care aceste mesaje pot apărea pe monitoarele televizoarelor de pe holurile și din saloanele spitalului achiziționate în scop de informare și de a spori gradul de confort al pacienților în special în zonele de așteptare													
Urmărirea aplicării următoarelor reglementări privind: - Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media³; - Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul⁴; - Modul de comunicare între membrii echipelor medicale⁵; - Modul de comunicare către aparținători a degradării stării pacientului și accesul aparținătorilor la pacientul aflat în stare terminală și protocolul de comunicare către aparținători în situațiile de deces al pacientului, inclusiv a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului⁶;	Întreg personalul spitalului												

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 (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical));

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

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
- 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/exceptionale¹⁰; - Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor¹¹; Modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română ¹² .													
Informarea permanentă a asiguraților / pacienților / aparținătorilor privind gama de servicii medicale oferite de către spital (tipuri, costuri, modalități de accesare etc.), atât pe diferite platforme electronice on-line (site spital, Facebook) cât și în cadrul participărilor la diferite vizite	Șefi structuri medicale												
Amenajarea/întreținerea unor spații de recreere pentru pacienți / aparținători, cât și pentru angajații spitalului.	Șef birou AAT												

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 situațiile 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 7 – 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/exceptionale" (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 continuității 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	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
Intervenția prioritară nr. 9: 9. Insuficiența măsurilor necesare implementării anuale a recomandărilor de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților;													
Desfășurarea analizei lunare a chestionarelor de satisfacție a pacienților	BMCSS 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.OL" 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.OL" care includ recomandările de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților	BMCSM												
Intervenția prioritară nr. 10: 5. Insuficiența instrumentării și dezvoltării la nivelul spitalului a conceptului de "audit clinic";													
Întocmirea și aprobarea Programului anual de audit clinic	BMCSM												
Întocmirea și aprobarea Planurilor misiunilor de audit clinic	Șefi comisii audit clinic, BMCSM	cu minim 20 zile anterior de data planificată pentru fiecare misiune de audit clinic											
Executarea activităților de audit clinic potrivit planificării întocmite (la data planificată prin Planul fiecărei misiuni de audit clinic)	Șefi comisii audit clinic BMCSM	la data planificată prin Planul fiecărei misiuni de audit clinic											
Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic intern sau a unor misiuni suplimentare de audit clinic extern	La solicitarea managerului												
Intervenția prioritară 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	Responsabil SSM												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
domeniu securitate și sănătate în muncă													
Actualizarea pregătirii personalului angajat al spitalului în domeniu apărării împotriva incendiilor	Responsabil PSI												
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 birou achiziții și contractări - Responsabil SSM - Responsabil B.M.C.S.M.												
Asigurarea echipamentului de protecție pentru personalul angajat al spitalului, pacienții internați și pentru vizitatori/însoțitori ai pacienților internați	-Șef Birou AAT -Biroul achiziții și contractări												
În raport de fondurile financiare existente se vor elabora propuneri privind îmbunătățirea condițiilor hoteliere și cele care se referă la protecția și siguranța, pacienților internați, vizitatorilor/ aparținătorilor, precum și angajaților spitalului, în strictă concordanță cu standardele și cerințele A.N.M.C.S. Acestea vor privi cel puțin următoarele măsuri: - Instalarea la toate geamurile a plaselor de protecție împotriva insectelor; - Instalarea la toate geamurile din saloane a jaluzelelor -Asigurare posibilități de colectare selectivă a deșeurilor si depozitarea corespunzătoare	Șef Birou AAT	Implementarea propunerilor formulate se va realiza funcție de fondurile financiare existente											

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 (responsabilii prevăzuți în Graficul Gantt) și resursele de timp, sunt necesar a fi alocate fonduri financiare, acestea fiind suportate din capitolele bugetare "Cheltuieli materiale", "Alte cheltuieli" sau "Investiții", utilizând – după caz – fonduri provenite din una sau mai multe dintre sursele de finanțare menționate la pct A.5. din prezentul plan, potrivit prevederilor legale în vigoare.

În acest context, se estimează că intervențiile prioritare anterior menționate vor fi atinse în măsura în care vor fi alocate următoarele fonduri financiare:

Pentru:

1. **Intervenția prioritară nr. 1: 8. Insuficiența pregătirii spitalului pentru reacreditare de către ANCMS în ciclul II de acreditare:** -fonduri proprii în valoare;
2. **Intervenția prioritară nr. 2: 1. Dotarea insuficientă a unor secții / compartimente medicale cu aparatură medicală și echipamente medicale sau de suport a acestora:** În anul 2023 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;
3. **Intervenția prioritară nr. 3: 3. Protocoalele 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. **Intervenția prioritară nr. 4: 2. Necesitatea continuării instrumentării și dezvoltării conceptului de "Transparență decizională"- achiziționarea de infrastructura necesară funcționării intranetului la nivel de spital – 20.000 lei**
5. **Intervenția prioritară 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 instruiți de formare profesională, este necesară alocarea sumei de minim 80000 lei.
6. **Intervenția prioritară 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.**
7. **Intervenția prioritară nr. 7: 4. Condițiile hoteliere și cele care se referă la protecția și siguranța, pacienților internați, vizitatorilor/apartinătorilor, precum și angajaților spitalului, nu se ridică la nivelul standardelor, criteriilor și cerințelor A.N.M.C.S. se utilizează fonduri (în măsura existenței/asigurării acestora), după caz, din sursele de venituri menționate la pct. A.5., astfel:**

Pentru asigurarea echipamentului de protecție pentru personalul angajat al spitalului, pacienții internați și pentru vizitatori/însoțitori ai pacienților internați se

estimează ca fiind necesară alocarea unei sume de circa 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 jaluzelelor verticale Sursa de finanțare utilizată: "Venituri proprii" și "C.A.S.", după caz;

8. **Intervenția prioritară 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;

9. **Intervenția prioritară nr. 11:** 6. Măsurile preventive de asigurare a protecției mediului și a regulilor de S.S.M. luate de către spital în concordanță cu prevederile legislației incidente în vigoare. finanțare din venituri proprii .

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/protocoale revizuite în termen din totalul de proceduri operaționale existente;

Număr de persoane (membrii ai echipelor de proces) instruite în raport cu procedurile operaționale/protocoale revizuite, din totalul personalului S.O. Luduș care aplică proceduri

Număr de persoane (membrii ai echipelor de proces) care au luat la cunoștință de prevederile procedurilor operaționale/protocoale 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 propuneri 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 protocoale a căror indicatori au fost monitorizați pe parcursul unui an calendaristic, din numărul total de protocoale revizuite la începutul anului 2023;

Numărul de analize pe marginea obiectivelor, activităților și indicatorilor care au fost monitorizați pe parcursul unui an calendaristic și care au determinat implementarea unor propuneri 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 2023;

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 cheltuielilor destinate prevenirii 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.

I. Posibile disfuncționalități/bariere în implementarea măsurilor propuse

- 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 pregătirii 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/protocoalelor 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

