



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.3915 din 08.03.2024

APROB

Managerul Spitalului
Ec. Claudia Uțiu



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

2024

NOTĂ: - Proiectul de "Plan" a fost analizat și avizat favorabil în ședința Consiliului medical din data de 31.01.2024 (P.V. nr 1598 din 31.01.2024) și în ședința Comitetului director din data de 06.03.2024 (P.V. 1909/06.03.2024).

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	11
A.8. Analiza SWOT	18
B. Misiunea, viziunea și valorile spitalului	20
C. Obiectivele strategice ale spitalului în domeniul calității.....	21
D. Identificarea problemelor de calitate și siguranță actuale ale spitalului.....	23
E. Prioritizarea problemelor de calitate identificate	24
F. Măsuri de soluționare a principalelor probleme de calitate. Graficul Gantt.....	28
G. Resurse necesare, surse de finanțare	38
H.Indicatori urmăriți.....	39

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 2023,2022,2021,2020,2019 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 - 2023, 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. Trava liu 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 (acuți 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
	2023	81	4	11	190,25	152,25	22	22,25	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
	2023	49	4	7	157	98,5	19	18	352,5
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
	2023	32	0	4	33,25	53,75	3	4,25	130,25
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%	60,00	82,52	57,19	68,97	46,90	67,84
	2023	60,49	100%	63,64	82,52	64,70	86,36	80,90	73,02

Cei 352,5 angajați sunt repartizați astfel:

- personal medico - sanitar 217 din care:
 - 62 personal medical studii superioare
 - 53 medici;
 - 7 biolog, biochemist;
 - 157 - asistenți medicali din care:
 - 153 asistenti medicali cu studii liceale/ postliceale;
 - 4 asistenti cu studii superioare
 - 98,5 personal sanitar auxiliar (inclusiv registratori medicali);
- personal administrativ =37 din care:
 - 15 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 2023 au determinat ca activitatea sanitară și economico-financiară să se desfășoare în condiții normale.

Situația veniturilor încasate în anul 2023 comparativ cu 2022/ 2021/2020 este următoarea:

Venituri încasate pe surse	2020		2021		2022		2023	
	Valoare (lei)	%	Valoare (lei)	%	Valoare (lei)	%	Valoare (lei)	%
Venituri din contracte cu CAS – servicii medicale	38.750.829	95.90	42.365.360	95,63	44.304.221	90,88	47.148.606	95,86
Venituri din bugetul de stat și venituri proprii MS - contracte DSP	940.747	2.33	879.475	1,98	1.045.155	2,14	1.155.786	2.35
Venituri din bugetul local	189.988	0.47	169.805	0.38	169.656	0,35	0	
Venituri proprii - servicii medicale și alte venituri proprii	295.872	0.74	369.216	0.83	406.900	0,85	541.034	1.10
Venituri din sponsorizări	206.104	0.50	28.100	0.06	182.128	3,73	339.684	0.69
Subvenții de la bugetul de stat și UE prin POR 2014-2020	23.713	0.06	490.244	1,12	988.950	2,03	0	
Subvenții din MS pentru investiții prin administrația publică locală					41.894	0,09	0	
Banca Mondiala					3320	0,01	0	
Total	40.407.253	100	44.302.200	100	48781384	100	49.185.110	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 2023, comparativ cu 2022/ 2021/2020 au fost achiziționate echipamente medicale pe structuri în sumă de:

a) Valoric

Structura	Anul 2020	Anul 2021	Anul 2022	Anul 2023
Secția Chirurgie	548.125,96	639.197,69	190.608,25	198.100,00
Secția Chirurgie ATI			13.316,10	61.404,00
Secția Medicină Internă	-	376.897,99	125.110,65	72.420,50
Compartiment Ingrijiri Paliative	-	20.819,05	50.919,95	136.100,00
Secția Obstetrica ginecologie	261.531,89	1.480.901,31	370.399,40	377.355,00
ATI Ginecologie			9.996,00	
Compartiment			82.583,19	141.599,52

neonatologie				
Secția Pediatrie	15.870,40	26.233,55	37.104,20	173.624,00
Secția Psihiatrie	-	-		140.470,50
Compartiment Boli Infectioase	6.307	344.946,54	458.947,30	136.100,00
CPU	96.672,03	778.607,18	147.180,76	2.605,17
Laborator Radiologie	213.248	5.885,74	3.309.550,05	105.903,89
Laborator Analize medicale	104.623,80	233.716,00	342.006,00	191.539,60
Serviciul de anatomie patologică	4.200,00		84.168,70	19.250,00
Laborator balneofizioterapie si recuperare medicală	-	8.996,40	96.822,00	
CPIAAAM	-	4.890,56		
Echipamente comune	-	16.890,56	66.878,00	12.373,91
AMBULATOR				
ORL	4016,17	-		
Cardiologie	-	8.996,40		
Neurologie	-	-		
Interne	-	-		
Dermatologie	-	-		
Oftalmologie	31.416,00	9.222,50		
Ginecologie	4.016,17	-		
Pneumologie	-	-		
Urologie	-	-		
			7.827.640,32	1.768.846,09

b)Denumire

COMPARTIMENT BOLI INFECTIOASE	
LAMPA UV 360 CU NEBULIZATOR (ROBOT M2)	68.050,00
LAMPA UV 360 CU NEBULIZATOR (ROBOT M2)	68.050,00
Total	136.100,00
SECTIA CHIRURGIE GENERALA	
APARAT PT DEZINFECTIA/STERILIZAREA PATURILOR	62.000,00
LAMPA UV 360CU NEBULIZATOR (ROBOT M2)	68.050,00
LAMPA UV 360 CU NEBULIZATOR (ROBOT M2)	68.050,00
Total	198.100,00
LABORATOR ANALIZE MEDICALE	
INCUBATOR MEMMERT 53L	12.495,00
INCUBATOR MEMMERT 161 L	21.717,50
AUTOCLAV VERTICAL RAYPA 50L	37.524,00
LAMPA UV 360 CU NEBULIZATOR (ROBOT M2)	68.050,00
CENTRIFUGA ROTOFIX 12 LOCURI	15.815,10
CENTRIFUGA ROTOFIX CU 4 LOCURI	17.969,00
CENTRIFUGA ROTOFIX CU 4 LOCURI	17.969,00
Total	191.539,60
SERVICIUL DE ANATOMIE PATOLOGICA	
MICROSCOP CU OBIECTIV C PLAN ACROMAT	19.250,00
Total	19.250,00
LABORATOR RADIOLOGIE SI IMAGISTICA MEDICALA	
ANSAMBLU MODULAR AMPLASARE CT (ANSAMBLU MODULAR AMPLASARE CT)	37.853,89
LAMPA UV 360 CU NEBULIZATOR (ROBOT M2)	68.050,00
Total	105.903,89
SECTIA MEDICINA INTERNA	
APARAT AER CONDITIONAT 12000 BTU	4.370,50
LAMPA UV 360 CU NEBULIZATOR (ROBOT M2)	68.050,00
Total	72.420,50
SECTIA MEDICINA INTERNA-COMP.INGRIJIRI PALIATIVE	
LAMPA UV 360 CU NEBULIZATOR (ROBOT M2)	68.050,00
LAMPA UV 360CU NEBULIZATOR (ROBOT M2)	68.050,00
Total	136.100,00
COMPARTIMENT NEONATOLOGIE	
SISTEM TELEMEDICINA	38.625,92
AUTOCLAV -ACV	21.289,10
INJECTOMAT AGILIA SP MC	5.414,50
INJECTOMAT AGILIA SP MC	5.414,50
LAMPA FOTOTERAPIE CAREBLUE	12.000,00
LAMPA FOTOTERAPIE CAREBLUE	12.000,00
LAMPA FOTOTERAPIE CAREBLUE	12.000,00
APARAT VIZUALIZARE VENE CU STATIV VEINSIGHT	15.817,50
VIDEOLARINGOSCOPIVL3R CU LAME MILLER	11.115,00
DISPOZITIV DE DEZINFECTIE CU LUMINA UV-C	2.641,00
DISPOZITIV DE DEZINFECTIE CU LUMINA UV-C	2.641,00
DISPOZITIV DE DEZINFECTIE CU LUMINA UV-C	2.641,00

Total	141.599,52
SECTIA OBSTETRICA - GINECOLOGIE	
VIDEOPRINTER SONY	4.250,00
LAMPA DE OPERATIE CU LUMINA SCIALITICA	11.500,00
LAMPA UV 360 CU NEBULIZATOR (ROBOT M2)	58.050,00
LAMPA UV 360 CU NEBULIZATOR (ROBOT M2)	58.050,00
CONSOLA/RAMPA GAZE MEDICALE SI CIRCUITE ELECTRICE	4.760,00
CONSOLA/RAMPA GAZE MEDICALE SI CIRCUITE ELECTRICE	4.760,00
CONSOLA/RAMPA GAZE MEDICALE SI CIRCUITE ELECTRICE	4.760,00
CONSOLA/RAMPA GAZE MEDICALE SI CIRCUITE ELECTRICE	4.760,00
STERILIZATOR CU ABUR HS 33 100L - CU O USA	206.465,00
Total	377.355,00
SECTIA PEDIATRIE	
AUTOCLAV VERTICAL RAYPA	37.524,00
LAMPA UV 36. CU NEBULIZATOR (ROBOT M2)	58.050,00
LAMPA UV 360 CU NEBULIZATOR (ROBOT M2)	58.050,00
Total	173.624,00
SECTIA PSIHIATRIE CRONICI DE LUNGA DURATA	
APARAT AER CONDITIONAT 12000BTU	4.370,50
LAMPA UV 360 CU NEBULIZATOR (ROBOT M2)	58.050,00
LAMPA UV 360 CU NEBULIZATOR (ROBOT M2)	58.050,00
Total	140.470,50
COMPARTIMENT PRIMIRI URGENTE	
CANTAR MPC 250K100M	2.605,17
Total	2.605,17
SECTIA CHIRURGIE GENERALA-COMP.ATI	
BRONHOSCOPI FLEXIBILI	51.884,00
CONSOLA/RAMPA GAZE MEDICALE SI CIRCUITE ELECTRICE	4.760,00
CONSOLA/RAMPA GAZE MEDICALE SI CIRCUITE ELECTRICE	4.760,00
Total	61.404,00
ADMINISTRATIV	
IPAD AIR 10.9	5.487,70
APPLE IPHONE 14PRO	6.886,21
Total	12.373,91
TOTAL	1.768.846,09

A.7. Situația principalilor indicatori de performanță realizați ANUL 2023 comparativ cu anul 2022

	Categoria de indicatori		Denumire indicator	Realizat 2023	Realizat 2022	Procent crestere/ diminuare 2023 fata de 2022
A	Indicatori de management a resurselor					
		1	Numar mediu de bolnavi externati / un medic	182	154	18,18
		2	Numar mediu de bolnavi externati / o asistenta medicala	42	38	10,53
		3	Proportia medicilor din totalul personalului	13,90%	15,88%	-1,98%
		4	Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului	62,27%	63,36%	-1,09%
		5	Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical	27,33%	29,40%	-2,07%
		6	Numarul mediu de consultatii / un medic in camera de garda	329	321	2,49
		7	Numar mediu de consultatii / medic UPU	2018	1877	7,51
		8	Numar mediu consultatii/medic in ambulatoriul de specialitate	4571	3468	31,81
		9	Gradul de ocupare cu pesonal specializat a serviciului/compartimentului de prevenire infectii asociate asistenței medicale	42,86%		
B	Indicatori de monitorizare a utilizării serviciilor					
		1	Numarul de pacienti externati - total si pe sectii	3914	3454	13,32
			Boli infectioase	673	646	4,18
			Chirurgie generala	523	329	58,97
			Medicina interna	774	539	43,60
			Neonatologie	310	361	-14,13
			Obstetrica ginecologie	758	737	2,85
			Pediatricie	621	531	16,95
			TOTAL ACUTI	3659	3143	16,42
			Medicina interne cronici	156	128	21,88
			Ingrijiri paliative	80	74	8,11
			Psihiatrie cronici	19	38	-50,00
			TOTAL CRONICI	255	240	6,25
B		2	Numarul de pacienti externati - total si pe sectii SPITALIZARE DE ZI			
			Total SZ + CPU + Camera de gardă	12557	9649	30,14
			Boli infectioase	422	323	30,65
			Chirurgie generala	553	372	48,66
			Medicina interna	777	773	0,52
			Obstetrica ginecologie	334	393	-15,01
			Pediatricie	380	282	34,75
			TOTAL SZ	2466	2143	15,07
			TOTAL CPU	10091	7506	34,44
			Camera de garda Ginecologie	612	657	-6,85
			Camera de garda Pediatricie	3339	2878	16,02
			TOTAL CAMERA DE GARDĂ	3951	3535	11,77

B		3	Durata medie de spitalizare - pe spital si pe fiecare sectie			
			Total acuti + cronici + ATI	10,05	11,43	-12,07
			Boli infectioase	6,60	5,48	20,44
			Boli infectioase COVID	5,49	7,60	-27,76
			Chirurgie generala	2,64	2,35	12,34
			Medicina interna	5,96	6,04	-1,32
			Neonatologie	3,67	3,66	0,27
			Obstetrica ginecologie	2,56	2,63	-2,66
			Pediatric	3,75	3,74	0,27
			TOTAL ACUTI	4,18	4,29	-2,56
			ATI	2,38	3,12	-23,72
			ATI- OG	2,25	2,38	-5,46
			TOTAL ATI	2,35	2,80	-16,07
			Medicina interne cronici	8,69	9,18	-5,34
			Ingrijiri paliative	39,54	31,43	25,80
			TOTAL CRONICI			
			Psihiatrie cronici	260,98	221,46	17,85
B		4	Rata de utilizare a paturilor - pe spital si pe fiecare sectie			
			Total acuti + cronici + ATI	51,13%	51,53%	-0,40%
			Boli infectioase	82,54%	81,76%	0,78%
			Chirurgie generala	26,12%	16,08%	10,04%
			Medicina interna	59,21%	50,05%	9,16%
			Neonatologie	31,21%	36,41%	-5,20%
			Obstetrica ginecologie	30,36%	31,42%	-1,06%
			Pediatric	20,52%	17,57%	2,95%
			TOTAL ACUTI	38,02%	34,82%	3,20%
			ATI	54,63%	38,14%	16,49%
			ATI- OG	23,42%	28,15%	-4,73%
			TOTAL ATI	40,76%	33,70%	7,06%
			Medicina interne cronici	47,91%	46,34%	1,57%
			Ingrijiri paliative	82,15%	59,57%	22,58%
			Psihiatrie cronici	78,00%	93,77%	-15,77%
			TOTAL CRONICI	75,46%	83,74%	-8,28%
B		5	Proportia pacientilor internati din totalul pacientilor prezentati la camera de garda	73,51%	45,15%	28,36%
B		6	Numarul pacientilor consultati in ambulatoriu	63998	62431	2,51
B		7	Proportia urgentelor din totalul pacientilor internati			
			TOTAL	67,57%	66,71%	0,86%
			Boli infectioase	82,26%	86,62%	-4,36%
			Boli infectioase COVID	84,48%	94,85%	
			Chirurgie generala	50,75%	43,10%	7,65%
			Medicina interna	69,48%	68,08%	1,40%
			Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	89,38%	84,93%	4,45%
			Pediatric	98,37%	97,53%	0,84%
			Pediatric COVID	100,00%	100,00%	0,00%
			TOTAL ACUTI	72,26%	71,70%	0,56%
		8	Durata medie de asteptare in camera de garda/CPU:			0,00%
			Camera de garda OG	3	10	-70,00
			Camera de garda Pediatric	2	4	-50,00
			CPU	2	14	-85,71
B		9	Numar de servicii spitalicesti furnizate, pe tip de serviciu:	294349	292398	0,67%

			acuti (DRG)	3659	3214	13,85
			spitalizare de zi	2466	2143	15,07
			urgente CPU	10091	7506	34,44
B			urgente camera de garda	3951	3535	11,77
			servicii cronici	175	166	5,42
			servicii paliative	80	74	8,11
			servicii paraclinice radiologie	7682	5311	44,64
			servicii paraclinice ecografii	4724	5095	-7,28
			servicii paraclinice laborator + anat.patologica	261521	265354	-1,44
		10	Indicele de complexitate al cazurilor pe spital si pe fiecare sectie	1,1528		
			Total acuti	1,1528	1,0239	12,59
			Boli infectioase	1,4301	1,2295	16,32
			Boli infectioase COVID	1,4325	1,2932	10,77
B			Chirurgie generala	1,5522	1,4171	9,53
			Medicina interna	1,3375	1,2622	5,97
			Neonatologie	0,5125	0,4961	3,31
			Obstetrica ginecologie	0,7855	0,8334	-5,75
			Pediatric	0,9357	0,7350	27,31
			Pediatric COVID	0,7351	0,7366	-0,20
			Medicina interne cronici	0,0000	0,0000	
			Psihiatrie cronici	0,0000	0,0000	
		11	Procentul pacientilor cu interventii chirurgicale din totalul pacientilor externati din sectiile chirurgicale			
			Total	60,34%	59,01%	1,33
			Chirurgie generala	56,98%	53,80%	3,18
			Obstetrica ginecologie	62,66%	61,33%	1,33
B		12	Număr de pacienți prezenti in CPU	10091	7506	34,44
		13	Număr de pacienți internați prin CPU	920	632	45,57
		14	Număr de cazuri rezolvate în CPU	8544	6195	37,92
		15	Numărul de spitalizări de zi raportat la numărul total de spitalizări	40,0%	40,54%	-0,01
			Boli infecțioase	38,570	33,33	5,24
			Chirurgie generală	51,39	53,21	-1,82
			Medicină internă	50,1	58,92	-8,82
			Obstetrică ginecologie	31,5	34,78	-3,28
			Pediatric	37,00	34,69	2,31
C	Indicatori economico-financiari	1	Executia bugetara fata de bugetul de cheltuieli aprobat -	88,05%	86,54%	1,51 %
		2	Structura cheltuielilor pe tipuri de servicii si in functie de sursele de venit:	100%	100%	0,00%
		3	Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului	7,13%	15,89%	-8,76%
		4	Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului	68,57%	59,54%	9,03%
		5	Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor din venituri cu CASS si MS cu aceasta destinatie	80,75%	77,09%	3,66%
		6	Procentul cheltuielilor de medicamente din totalul cheltuielilor spitalului	3,51%	3,15%	0,36%
		7	Procentul cheltuielilor cu bunuri din totalul cheltuielilor spitalului	20,97%	19,99%	0,98%
		8	Procentul cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor spitalului	10,05%	20,26%	-10,21 %
		9	Costul mediu / zi de spitalizare pe fiecare sectie	769	804	-4,35

			Boli infectioase	654	748	-12,57
			Boli infectioase COVID	1710	1095	
			Chirurgie generala	1323	2223	-40,49
			Medicina interna	682	813	-16,11
			Medicina interna COVID	0	1577	-100,00
			Medicina interne cronici	593	684	-13,30
			Medicina Interna ingrijiri paliative	829	859	-3,49
			Neonatologie	1247	1007	23,83
			Obstetrica ginecologie	1867	1763	5,90
			Pediatric	1252	1671	-25,07
			Psihiatrie cronici	395	350	12,86
D	Indicatori de calitate	1	Rata mortalitatii intraspitalicesti - pe total spital si pe fiecare sectie			
			TOTAL	3,58%	4,28%	-0,70%
			Boli infectioase	5,56%	7,36%	-1,80%
			Boli infectioase COVID	8,33%	5,74%	2,59%
			Chirurgie generala	1,01%	1,47%	-0,46%
			Medicina interna	2,49%	2,25%	0,24%
			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	1,71%	2,08%	-0,37%
			Medicina interne cronici	2,56%	3,13%	-0,57%
			Ingrijiri paliative	73,75%	83,78%	-10,03%
			Psihiatrie cronici	0,31%	2,63%	-2,32%
			TOTAL CRONICI	25,88%	27,92%	-2,04%
D		2	Proportia pacientilor decedati in primele 24 de ore de la internare - total spital si pe fiecare sectie			
			Total acuti + cronici	0,31%	0,35%	-0,04%
			Boli infectioase	0,57%	1,39%	-0,82%
			Boli infectioase COVID	0,00%	0,34%	-0,0034
			Chirurgie generala	0,00%	0,00%	0,00%
			Medicina interna	0,59%	0,15%	0,44%
			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	0,21%	0,23%	-0,02%
			Medicina interne cronici	0,00%	0,00%	0,00%
			Ingrijiri paliative	3,75%	4,05%	-0,30%
			Psihiatrie cronici	0,00%	0,00%	0,00%
			TOTAL CRONICI	1,18%	1,25%	-0,07%
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	1,53%	2,75%	-1,22%
			Boli infectioase	4,31%	5,26%	-0,95%
			Chirurgie generala	1,53%	1,52%	0,01%
			Medicina interna	1,16%	1,36%	-0,20%
			Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%

			Obstetrica ginecologie	0,00%	0,14%	-0,14%
			Pediatrie	0,00%	0,00%	0,00%
			TOTAL ACUTI	1,20%	1,50%	-0,30%
			Medicina interne cronici	0,00%	0,00%	0,00%
			Ingrijiri paliative	15,00%	14,86%	0,14%
			Psihiatrie cronic	21,05%	89,47%	-68,42%
			TOTAL CRONICI	6,27%	40,18%	-33,91%
		5	Sanctiuni/ Măsurile de remediere dispuse de către Inspectia Sanitară de Stat în urma acțiunilor de inspecție a măsurilor igienosanitare, activităților de sterilizare și dezinfecție în spital	0%	0,00%	0,00%
		6	Numărul mediu de consultații/medic în ambulatoriu	4571	3468	31,81
		11	Sistem de evaluare a gradului de satisfacție a pacienților/internați TOTAL	54,04%	45,88%	
			Boli infectioase	28,75%	11,82%	
			Chirurgie generala	87,74%	94,91%	
			Medicina interna	29,59%	29,38%	
			Obstetrica ginecologie	84,60%	77,11%	
			Pediatrie	55,17%	39,68%	
			Ingrijiri paliative	35,37%	0,00%	
		12	Indice de concordanta între diagnosticul de internare și diagnosticul la externare			
			TOTAL	63,67%	72,15%	-8,48%
			Boli infectioase	54,55%	45,82%	8,73%
			Boli infectioase COVID	65,22%	61,08%	0,0414
			Chirurgie generala	77,06%	78,12%	-1,06%
			Medicina interna	46,12%	53,80%	-7,68%
			Neonatalogie	85,48%	89,75%	-4,27%
			Obstetrica ginecologie	68,07%	86,84%	-18,77%
			Pediatrie	63,41%	72,06%	-8,65%
			Pediatrie COVID	66,67%	75,00%	-8,33%
			TOTAL ACUTI	63,05%	70,75%	-7,70%
			Medicina interne cronici	82,05%	85,16%	-3,11%
			Ingrijiri paliative	100,00%	100,00%	0,00%
			Psihiatrie cronici	84,21%	92,11%	-7,90%
			TOTAL CRONICI	87,84%	90,83%	-2,99%
D		13	Procentul pacienților internați și transferați către alte spitale			
			TOTAL	1,38%	1,18%	0,20%
			Boli infectioase	3,32%	3,26%	0,06%
			Boli infectioase COVID	1,72%	6,62%	-0,049
			Chirurgie generala	0,75%	0,00%	0,75%
			Medicina interna	1,15%	0,42%	0,73%
			Neonatalogie	0,97%	1,38%	-0,41%
			Obstetrica ginecologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Pediatrie	2,61%	1,14%	1,47%
			Pediatrie COVID	0,00%	0,00%	0,00%
			TOTAL ACUTI	1,45%	1,27%	0,18%
			Medicina interne cronici	0,63%	0,00%	0,63%
			Ingrijiri paliative	0,00%	0,00%	0,00%
			Psihiatrie cronici	0,00%	0,00%	0,00%
			TOTAL CRONICI	0,39%	0,00%	0,39%
D		14	Rata pacienților reinternați în 30 de zile de la externare			
			TOTAL	10,77%	8,47%	2,30%

			Boli infectioase	7,96%	8,58%	-0,62%
			Boli infectioase COVID	3,45%	4,41%	-0,0096
			Chirurgie generala	9,81%	9,88%	-0,07%
			Medicina interna	6,13%	3,81%	2,32%
			Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	14,87%	10,36%	4,51%
			Pediatric	4,72%	6,26%	-1,54%
			Pediatric COVID	0,00%	0,00%	0,00%
			TOTAL ACUTI	7,96%	6,75%	1,21%
			Medicina interne cronici	70,63%	46,51%	24,12%
			Ingrijiri paliative	12,20%	5,00%	7,20%
			Psihiatrie cronici	53,85%	36,36%	17,49%
			TOTAL CRONICI	50,98%	31,40%	19,58%
		15	Ambulatoriul de Specialitate - pacienții programați din care:			
			Registratură	46973	39038	7935
			On-line	3846	3082	764
		16	Mod de prezentare în Ambulatoriul de Specialitate cu:			
			Bilet de Trimitere	22051	20773	1278
			Telemedicină	919	3779	-2860
			Urgență	5694	5015	679
			Nespecificat (nu sunt asigurați, etc..)	404	375	29
			Scrisoare medicală	299	72	227
			Control	13708	13876	-168
			Prezentare directă	1417	1343	74
			Bilet de externare	1826	1374	452
			Consult interclinic	996	848	148
			Anexa13	15794	13536	2438
			Anexa 22C	25	29	-4
			Cronice- urmărirea evoluției	12	0	12
		17	Ivestigații paraclinice recomandate in Ambulatoriul de Specialitate:			
			Laborator de Analize Medicale:	8128	7288	840
			Laboratorul de Anatomie Patologica:	252	178	74
			Laboratorul de Radiologie și imagistică	4769	3618	1151
D		18	Numarul de plangeri si reclamatii de la pacienti	5	7	-2
		19	Proportia bolnavilor internati cu programare din totalul bolnavilor internati, pe spital si pe fiecare sectie;			
			TOTAL	23,20%	18,97%	4,23%
			Boli infectioase	0,00%	0,78%	-0,78%
			Boli infectioase COVID	0,00%	0,00%	0
			Chirurgie generala	33,61%	18,69%	14,92%
			Medicina interna	39,81%	45,88%	-6,07%
			Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	7,08%	5,49%	1,59%
			Pediatric	21,83%	11,36%	10,47%
			Pediatric COVID	0,00%	0,00%	0,00%
			TOTAL ACUTI	20,90%	16,65%	4,25%
			Medicina interne cronici	83,75%	70,31%	13,44%
			Ingrijiri paliative	78,05%	75,68%	2,37%
			Psihiatrie cronici	15,38%	63,16%	-47,78%
			TOTAL CRONICI	78,43%	70,83%	7,60%

		20	Proportia serviciilor medicale spitalicesti acordate prin spitalizare de zi din totalul serviciilor medicale spitalicesti acordate, pe spital si pe fiecare sectie.			
			TOTAL	95,83%	73,64%	22,19%
			Boli infectioase	40,23%	42,17%	-1,94%
			Boli infectioase COVID	0,00%	0,00%	0
			Chirurgie generala	51,39%	53,07%	-1,68%
			Medicina interna	50,10%	58,92%	-8,82%
			Neonatalogie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	30,59%	34,78%	-4,19%
			Pediatrica	38,19%	35,21%	2,98%
			Pediatrica COVID	0,00%	0,00%	0,00%
			TOTAL ACUTI	40,26%	40,00%	0,26%
			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%
		21	Proportia bolnavilor internati cu bilet de trimitere din totalul bolnavilor internati, pe spital si pe fiecare sectie;			
			TOTAL	31,61%	20,62%	10,99%
			Boli infectioase	34,27%	13,29%	20,98%
			Boli infectioase COVID	12,50%	4,83%	0,0767
			Chirurgie generala	32,96%	42,51%	-9,55%
			Medicina interna	46,83%	30,95%	15,88%
			Neonatalogie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	9,17%	15,48%	-6,31%
			Pediatrica	16,45%	16,51%	-0,06%
			Pediatrica COVID	16,67%	0,00%	16,67%
			TOTAL ACUTI	27,22%	17,93%	9,29%
			Medicina interne cronici	91,25%	33,33%	57,92%
			Ingrijiri paliative	100,00%	97,50%	2,50%
			Psihiatrie cronici	123,08%	48,48%	74,60%
			TOTAL CRONICI	94,51%	56,61%	37,90%
		3	Proportia bolnavilor internati cu programare din totalul bolnavilor internati, pe spital si pe fiecare sectie;			
			TOTAL	23,20%	18,97%	4,23%
			Boli infectioase	0,00%	0,78%	-0,78%
			Chirurgie generala	33,61%	18,69%	14,92%
			Medicina interna	39,81%	45,88%	-6,07%
			Neonatalogie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	7,08%	5,49%	1,59%
			Pediatrica	21,83%	11,36%	10,47%
			Pediatrica COVID	0,00%	0,00%	0,00%
			TOTAL ACUTI	20,90%	16,65%	4,25%
			Medicina interne cronici	83,75%	70,31%	13,44%
			Ingrijiri paliative	78,05%	75,68%	2,37%
			Psihiatrie cronici	15,38%	63,16%	-47,78%
			TOTAL CRONICI	78,43%	70,83%	7,60%

	4	Proportia serviciilor medicale spitalicesti acordate prin spitalizare de zi din totalul serviciilor medicale spitalicesti acordate, pe spital si pe fiecare sectie.			
		TOTAL	95,83%	73,64%	22,19%
		Boli infectioase	40,23%	42,17%	-1,94%
		Chirurgie generala	51,39%	53,07%	-1,68%
		Medicina interna	50,10%	58,92%	-8,82%
		Obstetrica ginecologie	30,59%	34,78%	-4,19%
		Pediatrie	38,19%	35,21%	2,98%
		TOTAL ACUTI	40,26%	40,00%	0,26%

A.8. Analiza SWOT

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 Obstetrica-ginecologie, Compartiment Neonatologie, Laboratorul de recuperare, medicină fizică și balneologie ☐ Modernizarea instalațiilor electrice,	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

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 internă. ☐ Spitalul este dotat corespunzător cu aparatură medicală modernă (electrocauter, ecograf dopler color digital, aparat ventilație 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.	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 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 apropierea 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) ☐ Serviciul 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 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	AMENINȚĂRI • 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 • Cadru 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/apartinătorilor, 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/apartinătorilor (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 instruire/cursuri de formare profesională (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;

- 1.10. 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) 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/operaționale 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. 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;
7. Grafic de conformare spital pentru reacreditare de către ANCMS în ciclul II de acreditare;
8. Restricții legislative cu privire la implementarea de măsuri necesare pentru dezvoltarea resurselor umane (instruiri externe / efectuarea de concursuri);

E. Prioritizarea problemelor de calitate identificate

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

Domeniul de îmbunătățit	CRITERII
-------------------------	----------

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

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	
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
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 2024.

Din analiza rezultatelor obținute în matricea de priorizare 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 - Comisia de analiză a												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
	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 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 financiar contabil												

Activități desfășurate	Responsabili												
		Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
<i>funcționare ale spitalului”, prevăzut în Anexa la OMS nr. 871/2016 pentru aprobarea Procedurilor, standardelor și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor</i>													
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												
Implementarea/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 2024”	Director medical												
Întocmirea proiectului „Planului anual de dezvoltare profesională a personalului spitalului, în anul 2024”, care să includă propunerile formulate în cadrul Consiliului medical și cele centralizate de la șefii structurilor administrative din cadrul spitalului și înaintarea acestuia spre analiză Comitetului director	RUNOS												
Analiza în cadrul ședinței Comitetului director și aprobarea, după caz – funcție de fondurile financiare la dispoziție, a participării personalului spitalului la cursurile de formare profesională și instruirile propuse prin „Planului de formare și perfecționare a personalului spitalului, în anul 2024 ”, cu	Comitet director												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
specificarea surselor de finanțare din care se va achita de către spital participarea personalului angajat la cursuri/instruiri													
Întocmirea de către structura Resurse Umane a „Planului anual de dezvoltare profesională a personalului spitalului, în anul 2024” 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 Psihiatrie cronici de lungă duratăigienizare, Secția Obstetrică-Ginecologie - igienizare }	CPIAAM Secții/compartimente												
Elaborarea caietului de sarcini	Șef birou AAT CPIAAM												
Analizarea și aprobarea în ședința comitetului director a lucrărilor	Comitet director												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
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) - 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	- 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
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; • Modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați⁷; • Modul de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic⁸;	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));

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));

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
- 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/intretinerea unor spații de recreere pentru pacienți / aparținători, cât și pentru angajații spitalului.	Șef birou AAT												
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												

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
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 domeniu securitate și sănătate în muncă	Responsabil SSM												
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.												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
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 și 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 influentate 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/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 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/apartinători, 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;

Procentul de persoane (membrii ai echipelor de proces) instruite în raport cu procedurile operaționale/protocoale revizuite, din totalul personalului S.O. Luduș care aplică proceduri peste 90%.

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 100%

Procentul propunerilor/sugestiilor formulate în domeniul îmbunătățirii managementului calității și elaborarea de acte normative interne emise realizate/implementate, din numărul total de informări făcute la nivelul anului 2024 mai mare de 80% ;

Numărul de protocoale a căror indicatori au fost monitorizați pe parcursul unui an calendaristic, din numărul total de protocoale în vigoare la începutul anului 2024 sa fie în procent de 80%;

Procentul de angajați noi care au luat la cunoștință de prevederile RI și ROF din numărul total de angajați noi ai spitalului să fie mai mare de 95% ;

Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților înregistrate în diferite domenii de interes ale spitalului, la nivelul anului 2024 să fie de maxim 5% din totalul pacienților deserviți;

Procentul cheltuielilor cu achiziții de echipament din total cheltuieli în raport cu propunerile de achiziție formulate prin „Planul anual de achiziții publice” sa fie de peste 50%;

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” mai mare de 50%;

Nivel mediu de satisfacție a pacientului legat de condițiile hoteliere, în anul calendaristic încheiat cu bine și foarte bine mai mare de 80%;

Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr paturi, pe secție/compartiment peste 50%;

Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr cabine WC, pe secție/compartiment peste 80%;

Procentul pacienți mulțumiți ("bine" + "foarte bine") de serviciile oferite de spital per total pacienți internați chestionați, în ultimul an calendaristic încheiat peste 80%;

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

Număr de solicitări de modificări de structură organizatorică / a statului de organizare cu impact în diversificarea ofertei de servicii medicale cel puțin 1;

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 65%..

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 experienței profesionale a personalului spitalului necesare efectuării unor lucrări de specialitate;
- 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 C.M.C.S.M.
Gherman Angela

