



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. 3756 din 10.03.2025



APROB

Managerul Spitalului
Ec. Claudia Uțiu

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

2025

NOTĂ: - Proiectul de "Plan" a fost analizat și avizat favorabil în ședința Consiliului medical din data de 10.03.2025 (P.V. nr 3915 din 10.03.2025) și în ședința Comitetului director din data de 14.03.2025 (P.V. 4142/14.03.2025).

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	7
A.6. Situația dotării spitalului	8
A.7. Situația principalilor indicatori de performanță realizați ANUL 2024 comparativ cu anul 2023	10
A.8. Analiza SWOT	19
B. Misiunea, viziunea și valorile spitalului	21
C. Obiectivele strategice ale spitalului în domeniul calității.	22
D. Identificarea problemelor de calitate și siguranță actuale ale spitalului	24
E. Prioritizarea problemelor de calitate identificate.....	25
F. Măsuri de soluționare a principalelor probleme de calitate. Graficul Gantt.....	29
G. Resurse necesare, surse de finanțare	40
H.Indicatori urmăriți	41

A. Introducere: Scurtă analiză de situație a Spitalului Orășenesc „Dr. Valer Russu” Luduș

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 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 2020-2025*”.

- 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 6% din totalul populației deservite, în contextul în care grupa de vârstă 65 – 84 și 85+ ani reprezintă 18% și 2%.
- 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 2021-2023 a fost 85 ani și peste. De asemenea, în funcție de sex, mortalitate 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 este în scădere în anul 2020 cu -4%, în anul 2021 cu -5,9%, în anul 2022 cu -4,2%, în anul 2023 cu -3,2% la 12-12,3% în județul Mureș.

- Mortalitate generală în anul 2023 aferentă județului Mureș pe medii prezintă o pondere de rural 12% rural iar în urban de 11,2%.
 - Dacă analizăm datele privind mortalitatea standardizată în anul 2023 față de anul 2022, remarcăm scăderi ale ratei în județul Mureș cu 0,17, de la 1,32 în anul 2022 la 1,15% pentru anul 2023.
 - 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 creștere cu 1.092 de cazuri în 2019.
 - Aproximativ 1 din 5 români nu știe că are hipertensiune arterială, fiind expus unor riscuri importante în ceea ce privește starea de sănătate, generate de lipsa unei îngrijiri adecvate, care să asigure controlul eficient al afecțiunii.
 - Pe plan local, incidența bolnavilor psihici a crescut în anii 2023-2018 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. Trăvaniu 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. De asemenea, în funcție de sex, mortalitate a fost mai crescută la sexul masculin față de sexul feminin.
 - Pe plan local, incidența bolnavilor psihici a crescut în anii 2023 și 2024 față de anul 2020.

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, laborator analize medicale, medicină fizică și recuperare), 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

Total posturi din care:		Medici	Medici rezidenți	Alt post superior	Personal sanitar mediu	Personal auxiliar (incl. registrator med.)	Muncitori	Personal TESA	TOTAL
Aprobate	2020	49	5	5	144	94.5	22	21	340.5
	2021	53	3	5	142.5	90.5	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
	2024	88	3	20	198.25	158.5	22	22.25	512
	2024	88	3	20	198.25	158.5	22	22.25	512
Ocupate	2020	42.5	5	5	136	93.5	22	17	321
	2021	47	3	5	135	87.5	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
	2024	49	3	11.5	154	99.5	21	19	357
	2024	49	3	11.5	154	99.5	21	19	357
Vacante	2020	6.5	0	0	8	1	0	4	19.5
	2021	6	0	0	7.5	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
	2024	39	0	8.5	44.25	59	1	3.25	155
	2024	39	0	8.5	44.25	59	1	3.25	155
Grad de ocupare %	2020	86.73	100.00	100.00	94.44	98.94	100.00	80.95	94.27
	2021	88.68	100.00	100.00	94.74	96.69	77.55	86.36	92.66
	2022	65.82	100.00	60.00	81.00	57.19	68.97	46.90	67.84
	2023	60.49	100.00	63.64	82.52	64.70	86.36	80.90	73.02
	2024	55.68	100.00	57.50	77.68	62.78	95.45	85.39	69.73
	2024	55.68	100.00	57.50	77.68	62.78	95.45	85.39	69.73

Cei 357 angajați sunt repartizați astfel:

- personal medico - sanitar 217,5 din care:
 - 63,5 personal medical studii superioare
 - 52 medici;
 - 11,5 biolog, biochemist;

- 154 - asistenți medicali din care:
- 150 asistenți medicali cu studii liceale/ postliceale;
- 4 asistenți cu studii superioare
- 99,5 personal sanitar auxiliar (inclusiv registratori medicali);
- personal administrativ = 40 din care:
 - 16 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 2024 au determinat ca activitatea sanitară și economico-financiară să se desfășoare în condiții normale.

Situația veniturilor încasate în anul 2024 comparativ cu 2023/2022/2021/2020 este următoarea:

Venituri încasate pe surse	2020		2021		2022		2023		2024	
	Valoare (lei)	%	Valoare (lei)	%	Valoare (lei)	%	Valoare (lei)	%	Valoare (lei)	%
Venituri din contracte cu CAS – servicii medicale	38.750.89	95.90	42.365.360	95,63	44.304.221	90,88	47.148.606	95,86	56.829.749	96,85
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	1.159.978	1,98
Venituri din bugetul local	189.988	0.47	169.805	0.38	169.656	0,35	0		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	660.184	1,13
Venituri din sponsorizări	206.104	0.50	28.100	0.06	1821288	3,73	339.684	0.69	17.900	0,03
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		6.220	0,01

Subvenții din MS pentru investiții prin administrații a publică locală					41.894	0,09	0		0	
Banca Mondiala					3320	0,01	0		0	
Total	40.407.253	100	44.302.200	100	48781384	100	49.185.110	100	58.674.031	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 2024, comparativ cu 2023/2022/ 2021/2020 au fost achiziționate echipamente medicale pe structuri în sumă de:

a) Valoric

Structura	Anul 2020	Anul 2021	Anul 2022	Anul 2023	Anul 2024
Secția Chirurgie	548.125,96	639.197,69	190.608,25	198.100,00	
Secția Chirurgie ATI			13.316,10	61.404,00	
Sectia Medicină Internă	-	376.897,99	125.110,65	72.420,50	
Compartiment Ingrijiri Paliative	-	20.819,05	50.919,95	136.100,00	
Secția Obsterica ginecologie	261.531,89	1.480.901,31	370.399,40	377.355,00	
ATI Ginecologie			9.996,00		
Compartiment neonatologie			82.583,19	141.599,52	
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	213.248	5.885,74	3.309.550,05	105.903,89	

Radiologie					
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	25.912,25
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	25.912,25

b)Denumire

SPALATORIE	
USCATOR ELECTRIC RUFE	25.912,25
Total	25.912,25

A.7. Situația principalilor indicatori de performanță realizați ANUL 2024 comparativ cu anul 2023

Categoria de indicatori		Denumire indicator	2024	2023	Procent creștere/ diminuare
Indicatori de management a resurselor	1	Numar mediu de bolnavi externati / un medic	203	182	11,54
	2	Numar mediu de bolnavi externati / o asistenta medicala	45	42	7,14
	3	Proportia medicilor din totalul personalului	13,73%	13,90%	-0,17%
	4	Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului	61,90%	62,27%	-0,37%
	5	Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical	27,37%	27,33%	0,04%
	6	Numarul mediu de consultatii / un medic in camera de garda	393	329	19,45
	7	Numar mediu de consultatii / medic UPU	1560	2018	-22,70
	8	Numar mediu consultatii/medic in ambulatoriul de specialitate	3726	4571	-18,49
		Gradul de ocupare cu personal specializat a serviciului/compartimentului de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale	85,71%	57,14%	28,57%
Indicatori de utilizare a serviciilor	1	Numarul de pacienti externati - total si pe sectii			
		Total acuti + cronici	4259	3914	8,81
		Boli infectioase	761	627	21,37
		Boli infectioase COVID		46	-100,00
		Chirurgie generala	631	523	20,65
		Medicina interna	798	774	3,10
		Neonatologie	321	310	3,55
		Obstetrica ginecologie	804	758	6,07
		Pediatrie	688	615	11,87
		Pediatrie COVID		6	-100,00
		TOTAL ACUTI	4003	3659	9,40
		Medicina interne cronici	158	156	1,28
		Ingrijiri paliative	75	80	-6,25
		Psihiatrie cronici	23	19	21,05
		TOTAL CRONICI	256	255	0,39
	2	Numarul de pacienti externati - total si pe sectii SPITALIZARE DE ZI			
		Total SZ + CPU + camera de gardă	18119	14955	21,16
		Boli infectioase	520	422	23,22

		Chirurgie generala	545	553	-1,45
		Medicina interna	744	777	-4,25
		Obstetrica ginecologie	404	334	20,96
		Pediatric	269	380	-29,21
		TOTAL SZ	2482	2466	0,65
		CPU	10919	10091	8,21
		Camera de garda Ginecologie	1124	612	83,66
		Camera de garda Pediatric	3594	3339	7,64
		CAMERA DE GARDĂ	4718	3951	19,41
3		Durata medie de spitalizare - pe spital si pe fiecare sectie			
		Total acuti + cronici	9,63	10,05	-4,18
		Boli infectioase	6,52	6,60	-1,21
		Boli infectioase COVID		5,49	-100,00
		Chirurgie generala	3,16	2,64	19,70
		Medicina interna	6,02	5,96	1,01
		Neonatalogie	3,60	3,67	-1,91
		Obstetrica ginecologie	2,64	2,56	3,13
		Pediatric	3,84	3,75	2,40
		Pediatric COVID		5,17	-100,00
		TOTAL ACUTI	4,30	4,18	2,87
		Medicina interne cronici	10,02	8,69	15,30
		Ingrijiri paliative	46,06	39,54	16,49
		Psihiatrie cronici	226,06	260,98	-13,38
		TOTAL CRONICI	64,45	66,21	-2,66
		ATI	3,79	2,38	59,24
		ATI- OG	2,08	2,25	-7,56
		TOTAL ATI	3,23	2,35	37,45
4		Rata de utilizare a paturilor - pe spital si pe fiecare sectie			
		Total acuti + cronici	52,95%	51,13%	1,82%
		Boli infectioase	71,75%	82,54%	-10,79%
		Boli infectioase COVID		22,25%	-22,25%
		Chirurgie generala	36,50%	26,12%	10,38%
		Medicina interna	61,60%	59,21%	2,39%
		Neonatalogie	31,69%	31,21%	0,48%
		Obstetrica ginecologie	33,18%	30,36%	2,82%
		Pediatric	22,64%	20,52%	2,12%
		Pediatric COVID		8,49%	-8,49%
		TOTAL ACUTI	42,15%	38,02%	4,13%
		Medicina interne cronici	55,46%	47,91%	7,55%
		Ingrijiri paliative	87,04%	82,15%	4,89%
		Psihiatrie cronici	71,87%	78,00%	-6,13%
		TOTAL CRONICI	72,55%	75,46%	-2,91%
		ATI	68,47%	54,63%	13,84%
		ATI- OG	22,40%	23,42%	-1,02%
		TOTAL ATI	48,00%	40,76%	7,24%
5		Proportia pacientilor internati din totalul pacientilor prezentati la camera de garda	74,25%	73,51%	0,74%

6		Numarul pacientilor consultati in ambulatoriu (2024 fara TBC)	59612	63998	-6,85
7		Proportia urgentelor din totalul pacientilor internati			
		Total acuti + cronici	67,82%	67,57%	0,25%
		Boli infectioase	85,75%	82,26%	3,49%
		Boli infectioase COVID		84,48%	-84,48%
		Chirurgie generala	41,83%	50,75%	-8,92%
		Medicina interna	76,00%	69,48%	6,52%
		Neonatalogie	0,00%	0,00%	0,00%
		Obstetrica ginecologie	86,48%	89,38%	-2,90%
		Pediatric	96,35%	98,37%	-2,02%
		Pediatric COVID		100,00%	-100,00%
		TOTAL ACUTI	72,07%	72,26%	-0,19%
		Medicina interne cronici	0,64%	0,63%	0,01%
		Ingrijiri paliative	0,00%	0,00%	0,00%
		Psihiatrie cronici	0,00%	0,00%	0,00%
		TOTAL CRONICI	0,40%	0,39%	0,01%
8		Durata medie de asteptare in camera de garda			
		CPU	00:20	00:17	0,21%
		O-G	00:09	00:03	0,42%
		Pediatric	00:04	00:02	0,14%
9		Numar de servicii spitalicesti furnizate, pe tip de serviciu:			
		acuti (DRG)	4003	3659	9,40
		spitalizare de zi	2482	2466	0,65
		urgente CPU	10919	10091	8,21
		urgente camera de garda	4718	3951	19,41
		servicii cronici	181	175	3,43
		servicii paliative	75	80	-6,25
		servicii paraclinice radiologie	9637	7682	25,45
		EKG	16880	15269	10,55
		servicii paraclinice ecografii (Ambulator)	1803	4724	-61,83
		CT	1047	598	75,08
		servicii paraclinice laborator + anat.patologica	285954	261521	9,34
10		Indicele de complexitate al cazurilor pe spital si pe fiecare sectie			
		Total	1,1502	1,1528	-0,23
		Boli infectioase	1,3949	1,4301	-2,46
		Boli infectioase COVID		1,4325	-100,00
		Chirurgie generala	1,6268	1,5522	4,81
		Medicina interna	1,2117	1,3375	-9,41
		Neonatalogie	0,5373	0,5125	4,84
		Obstetrica ginecologie	0,7851	0,7855	-0,05
		Pediatric	1,0816	0,9357	15,59
		Pediatric COVID		0,7351	-100,00
11		Numarul spitalizarilor de zi raportat la numarul total de spitalizari	40,27%	42,79%	-2,52%

	12		Procentul pacientilor cu interventii chirurgicale din totalul pacientilor externati din sectiile chirurgicale - interv.chirurgicale mai mari de 2 ore			
			Total	65,64%	60,34%	5,30%
			Chirurgie generala+ATI	60,06%	56,98%	3,08%
			Obstetrica ginecologie+ATI-OG	70,02%	62,66%	7,36%
	13		Procentul pacientilor cu complicatii si co-morbiditati din totalul pacientilor externati			
			Total acuti + cronici	97,68%	99,13%	-1,45%
			Boli infectioase	99,74%	100,00%	-0,26%
			Boli infectioase COVID		100,00%	-100,00%
			Chirurgie generala	99,37%	98,47%	0,90%
			Medicina interna	98,50%	99,74%	-1,24%
			Neonatologie	99,07%	100,00%	-0,93%
			Obstetrica ginecologie	90,30%	96,97%	-6,67%
			Pediatrie	100,00%	99,84%	0,16%
			Pediatrie COVID		100,00%	-100,00%
			TOTAL ACUTI	97,53%	99,07%	-1,54%
			Medicina interna cronici	100,00%	100,00%	0,00%
			Ingrijiri paliative	100,00%	100,00%	0,00%
			Psihiatrie cronici	100,00%	100,00%	0,00%
			TOTAL CRONICI	100,00%	100,00%	0,00%
	14		Numar de pacienti pe lista de asteptare pe sectii			
			Total	547	411	33,09
			Obstetrica ginecologie	306	353	-13,31
			Medicina interna	41	58	-29,31
			Chirurgie generala	163		
			Pediatrie	22		
			Medicina interna cronici	2		
			Ingrijiri paliative	9		
			Psihiatrie cronici	4		
	15		Număr de pacienți prezenti în CPU	10919	10091	8,21
	16		Număr de pacienți internați pe sectii prin CPU	1173	920	27,50
	17		Număr de cazuri rezolvate în CPU	9295	8544	8,79
Indicatori economico-financiari	1	0	Executia bugetara fata de bugetul de cheltuieli aprobat -	89,71%	88,05%	1,66%
	2	0	Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului	3,14%	7,13%	-3,99%
	3	0	Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului	74,08%	68,57%	5,51%
	4		Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor din venituri cu CASS si MS cu aceasta destinatie	79,08%	80,75%	-1,67%
	5	0	Procentul cheltuielilor de medicamente din totalul cheltuielilor spitalului	3,69%	3,51%	0,18%
	6		Procentul cheltuielilor cu bunuri din totalul cheltuielilor spitalului	21,87%	20,97%	0,90%
	7	0	Procentul cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor spitalului	3,77%	10,05%	-6,28%

	8	0	Costul mediu / zi de spitalizare pe fiecare sectie	852	771	10,51
			Boli infectioase	754	654	15,29
			Boli infectioase COVID - 19		1710	-100,00
			Chirurgie generala	1282	1323	-3,10
			Medicina interna	824	682	20,82
			Medicina interne cronici	629	593	6,07
			Medicina Interna ingrijiri paliative	891	829	7,48
			Neonatologie	1416	1247	13,55
			Obstetrica ginecologie	1973	1867	5,68
			Pediatric	1418	1252	13,26
			Psihiatrie cronici	403	395	2,03
Indicatori de calitate	1		Rata mortalitatii intraspitalicesti - pe total spital si pe fiecare sectie (din cauza complicatiilor survenite in timpul spitalizarii)			
			Total acuti + cronici	1,79%	3,58%	-1,79%
			Boli infectioase	4,13%	5,56%	-1,43%
			Boli infectioase COVID		8,33%	-8,33%
			Chirurgie generala	0,84%	1,01%	-0,17%
			Medicina interna	2,55%	2,49%	0,06%
			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	1,36%	1,71%	-0,35%
			Medicina interna cronici	6,96%	2,56%	4,40%
			Psihiatrie cronici	0,00%	0,31%	-0,31%
			TOTAL CRONICI	6,08%	25,88%	-19,80%
			* externati 4259-75 Pal= 4184 la 2024			
			decese 132-47 paleative-10 (<24 h. 12-2 pal)= 75			
			$75/4184*100=1.79\%$			
	2		Proportia pacientilor decedati in primele 24 de ore de la internare - total spital si pe fiecare sectie			
			Total acuti + cronici	0,28%	0,31%	-0,03%
			Boli infectioase	0,25%	0,57%	-0,32%
			Boli infectioase COVID		0,00%	0,00%
			Chirurgie generala	0,09%	0,00%	0,09%
			Medicina interna	0,70%	0,59%	0,11%
			Neonatologie	0,31%	0,00%	0,31%
			Obstetrica ginecologie	0,00%	0,00%	0,00%
			Pediatric	0,00%	0,00%	0,00%
			Pediatric COVID		0,00%	0,00%
			TOTAL ACUTI	0,21%	0,21%	0,00%
			Medicina interna cronici	0,00%	0,00%	0,00%
			Ingrijiri paliative	2,67%	3,75%	-1,08%
			Psihiatrie cronici	0,00%	0,00%	0,00%
			TOTAL CRONICI	0,78%	1,18%	-0,40%

	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%
	4		Rata infectiilor asociate asistentei medicale pe total spital (la 100 pacienti externati)			
			Total acuti + cronici	2,32%	1,53%	0,79%
			Boli infectioase	6,18%	4,31%	1,87%
			Boli infectioase COVID		0,00%	0,00%
			Chirurgie generala	0,79%	1,53%	-0,74%
			Medicina interna	1,50%	1,16%	0,34%
			Neonatalogie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	0,25%	0,00%	0,25%
			Pediatrie	0,00%	0,00%	0,00%
			Pediatrie COVID		0,00%	0,00%
			TOTAL ACUTI	1,65%	1,20%	0,45%
			Medicina interna cronici	0,63%	0,00%	0,63%
			Ingrijiri paliative	29,33%	15,00%	14,33%
			Psihiatrie cronici	43,48%	21,05%	22,43%
			TOTAL CRONICI	12,89%	6,27%	6,62%
	5		Sanctiuni/ Măsuri de remediere dispuse de către Inspekția Sanitară de Stat în urma acțiunilor de inspekție a măsurilor igienno-sanitare, activităților de sterilizare și dezinsekție în spital			
	6		Rata de screening pentru germeni cu risc epidemic /internați (enterobacterii rezistente la carbapenem, enterococi rezistenți la vancomicina, enterobacterii producătoare de betalactamaze cu spectru extins) la pacienții internați în secțiile ATI, oncologie, hematologie	100,00%		
	7		Realizarea anuală a unui studiu de prevalență de moment a infecțiilor asociate asistenței medicale și a consumului de antibiotice pe baza metodologiei elaborate de Institut. Naț.de Sănătate Publică	100,00%		
	8		Rata de conformitate cu administrarea unei doze unice de antibiotic în profilaxia antibiotică perioperatorie constatată la studiul de prevalență de moment	50,00%		
	9		Sistem de comunicare cu aparținătorii/reprezentării legali ai pacienților	100,00%		
	10		Sistem de evaluare a gradului de satisfacție a pacienților/internați TOTAL	100,00%		
	11		Indice de concordanta între diagnosticul de internare și diagnosticul la externare			
			Total acuti + cronici	68,00%	63,67%	4,33%
			Boli infectioase	60,58%	54,55%	6,03%
			Boli infectioase COVID		65,22%	-65,22%

		Chirurgie generala	80,98%	77,06%	3,92%
		Medicina interna	51,88%	46,12%	5,76%
		Neonatologie	86,60%	85,48%	1,12%
		Obstetrica ginecologie	72,26%	68,07%	4,19%
		Pediatric	63,08%	63,41%	-0,33%
		Pediatric COVID		66,67%	-66,67%
		TOTAL ACUTI	66,92%	63,05%	3,87%
		Medicina interna cronici	79,11%	82,05%	-2,94%
		Ingrijiri paliative	94,67%	100,00%	-5,33%
		Psihiatrie cronici	91,30%	84,21%	7,09%
		TOTAL CRONICI	84,77%	87,84%	-3,07%
	12	Procentul pacientilor internati si transferati catre alte spitale			
		Total acuti + cronici	1,58%	1,38%	0,20%
		Boli infectioase	3,99%	3,32%	0,67%
		Boli infectioase COVID		1,72%	-1,72%
		Chirurgie generala	0,82%	0,75%	0,07%
		Medicina interna	1,10%	1,15%	-0,05%
		Neonatologie	0,93%	0,97%	-0,04%
		Obstetrica ginecologie	0,25%	0,00%	0,25%
		Pediatric	2,19%	2,61%	-0,42%
		Pediatric COVID		0,00%	0,00%
		TOTAL ACUTI	1,60%	1,45%	0,15%
		Medicina interna cronici	1,91%	0,63%	1,28%
		Ingrijiri paliative	0,00%	0,00%	0,00%
		Psihiatrie cronici	0,00%	0,00%	0,00%
		TOTAL CRONICI	1,19%	0,39%	0,80%
	13	Rata pacientilor reinternati in 30 de zile de la externare			
		Total acuti + cronici	13,63%	10,77%	2,86%
		Boli infectioase	14,11%	7,96%	6,15%
		Boli infectioase COVID		3,45%	-3,45%
		Chirurgie generala	12,09%	9,81%	2,28%
		Medicina interna	6,70%	6,13%	0,57%
		Neonatologie	0,00%	0,00%	0,00%
		Obstetrica ginecologie	15,51%	14,87%	0,64%
		Pediatric	9,65%	4,72%	4,93%
		Pediatric COVID		0,00%	0,00%
		TOTAL ACUTI	10,66%	7,96%	2,70%
		Medicina interna cronici	57,96%	70,63%	-12,67%
		Ingrijiri paliative	61,11%	12,20%	48,91%
		Psihiatrie cronici	78,26%	53,85%	24,41%
		TOTAL CRONICI	60,71%	50,98%	9,73%
	14	Ambulatoriul de Specialitate - pacienții programați din care:			
		Registratură	43177	46973	-8,08
		On-line	4528	3846	17,73
	15	Mod de prezentare în Ambulatoriul de Specialitate (2024-fara TBC) cu:			
		Bilet de Trimitere	20153	22051	-8,61

		Telemedicină	1046	919	13,82
		Urgență	4832	5694	-15,14
		Nespecificat (nu sunt asigurați, etc..)	312	404	-22,77
		Scrisoare medicală	466	299	55,85
		Control	13504	13708	-1,49
		Prezentare directă	1264	1417	-10,80
		Bilet de externare	1866	1826	2,19
		Consult interclinic	1245	996	25,00
		Anexa13	14908	15794	-5,61
		Anexa 22C	16	25	-36,00
		Cronice- urmărirea evoluției		12	-100,00
	16	Investigații paraclinice recomandate în Ambulatoriul de Specialitate:			
		Laborator de Analize Medicale:	8661	8128	6,56
		Laboratorul de Anatomie Patologică:	427	252	69,44
		Laboratorul de Radiologie și imagistică	5131	4769	7,59
	17	Numarul de plangeri si reclamatii de la pacienti	2	5	-60,00
	18	Proportia bolnavilor internati cu programare din totalul bolnavilor internati, pe spital si pe fiecare sectie;			
		Total acuti + cronici	28,26%	23,20%	5,06%
		Boli infectioase	0,00%	0,00%	0,00%
		Boli infectioase COVID		0,00%	0,00%
		Chirurgie generala	50,04%	33,61%	16,43%
		Medicina interna	51,18%	39,81%	11,37%
		Neonatalogie	0,00%	0,00%	0,00%
		Obstetrica ginecologie	15,29%	7,08%	8,21%
		Pediatrie	14,06%	21,83%	-7,77%
		Pediatrie COVID		0,00%	0,00%
		TOTAL ACUTI	26,23%	20,90%	5,33%
		Medicina interna cronici	87,26%	83,75%	3,51%
		Ingrijiri paliative	79,17%	78,05%	1,12%
		Psihiatrie cronici	39,13%	15,38%	23,75%
		TOTAL CRONICI	80,56%	78,43%	2,13%
	19	Proportia serviciilor medicale spitalicesti acordate prin spitalizare de zi din totalul serviciilor medicale spitalicesti acordate, pe spital si pe fiecare sectie.			
		Total acuti+CPU	75,88%	95,83%	-19,95%
		Boli infectioase	40,59%	40,23%	0,36%
		Boli infectioase COVID		0,00%	0,00%
		Chirurgie generala	46,34%	51,39%	-5,05%
		Medicina interna	48,25%	50,10%	-1,85%
		Neonatalogie	0,00%	0,00%	0,00%
		Obstetrica ginecologie	33,44%	30,59%	2,85%
		Pediatrie	28,11%	38,19%	-10,08%
		Pediatrie COVID		0,00%	0,00%
		TOTAL ACUTI	38,27%	40,26%	-1,99%
		Medicina interna 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%
	20		Proportia bolnavilor internati cu bilet de trimitere sau cu scrisoare medicală la externare cu indicație de revenire pt. internare din totalul bolnavilor internati, pe spital si pe fiecare sectie:			
			Total acuti + cronici	29,10%	31,61%	-2,51%
			Boli infectioase	29,37%	34,27%	-4,90%
			Boli infectioase COVID		12,50%	-12,50%
			Chirurgie generala	28,26%	32,96%	-4,70%
			Medicina interna	45,03%	46,83%	-1,80%
			Neonatalogie	0,00%	0,00%	0,00%
			Obstetrica ginecologie	8,60%	9,17%	-0,57%
			Pediatrie	14,77%	16,45%	-1,68%
			Pediatrie COVID		16,67%	-16,67%
			TOTAL ACUTI	27,83%	27,22%	0,61%
			Medicina interna cronici	92,99%	91,25%	1,74%
			Ingrijiri paliative	113,89%	100,00%	13,89%
			Psihiatrie cronici	56,52%	123,08%	-66,56%
			TOTAL CRONICI	95,63%	94,51%	1,12%
E Indicatori de integritate	1		Proportia angajaților unității sanitare care au fost instruiți prin intermediul programelor de formare profesională pe tema conflictelor de interese și a incompatibilităților:	98,00%		
	2		Gradul de realizare a măsurilor preventive pentru limitarea conflictelor de interese și a incompatibilităților:	97,50%		
		a)	respectarea standardului general de publicare a informațiilor de interes public conf. anexei nr. 4 la Hotărârea Guvernului nr. 1269/2021 privind aprobarea Strategiei naționale anticorupție 2021-2025 și a documentelor aferente acesteia	90,00%		
		b)	existența unui ghid privind conflictele de interese și incompatibilitățile, precum și documentarea faptului că a fost adus la cunoștință angajaților;	100,00%		
		c)	existența unei proceduri în conformitate cu prevederile Legii nr. 361/2022 privind protecția avertizorilor în interes public;	100,00%		
		d)	funcționarea Consiliului Etic.	100,00%		

A.8. Analiza SWOT

MEDIUL INTERN	
PUNCTE TARI	PUNCTE SLABE
Spital acreditat A.N.M.C.S, ciclul II ☐ Clasificarea spitalului în spital de categoria II; ☐ 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 conectate 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	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 consulturile 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. ☐ Stadiul avansat de degradare a clădirii Secției de Psihiatrie Cronici. ☐ Circuitele funcționale asigurate doar parțial ☐ Lipsa rezervelor de apă și incendiu, conform

alimentar, Spălătorie, Secția Medicină 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 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 ☐ Spitalul nu prezintă datorii, restanțe, ariate. ☐ Angajații beneficiază de vouchere de vacanță. ☐ CPU funcțional cu program de 24 ore	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) ☐ Servicul de pază nu este asigurat în niciuna dintre locațiile spitalului, existând doar serviciu de supraveghere cu camere video și 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 pediatrie, ginecologie), radiologie și imagistică medicală. ☐ 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 • 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 specialiști, pentru a asigura continuitatea serviciului de gardă în pediatrie, ginecologie. • 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 personal angajat al spitalului;

8. Îmbunătățirea permanentă a condițiilor de protecție și siguranță a angajaților, pacienților internați, vizitatorilor/apartenenților, precum și a acțiunilor preventive de asigurare a protecției mediului.

1) Obiectivele strategice pe termen scurt, aferente anului 2024 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":

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);
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);
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);
4. Pregătirea Laboratorului de analize medicale pentru menținerea autorizației RENAR (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
5. Asigurarea condițiilor pentru protecția și siguranța angajaților spitalului, pacienților internați, vizitatorilor/apartenenților (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
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);
7. Dezvoltarea acțiunilor preventive de asigurare a protecției mediului (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
8. Diverse lucrări de reparații curente, renovare, întreținere și igienizare în blocul alimentar
9. Diverse lucrări de reparații curente/renovare, întreținere și igienizare (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
10. Menținerea acreditării și pregătirea spitalului pentru reacreditare de către ANCMS în ciclul III de acreditare (obiectiv avut în vedere pe întreaga perioadă de valabilitate a Planului strategic);
11. 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 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;

12. 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);
13. 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);
14. 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);
15. Realizarea rezervei de apă și incendiu, pentru Secțiile: Chirurgie Generală, Obstetrică–Ginecologie, Pediatrie

2) 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:

- 2.1. Angajare de personal suplimentar
- 2.2. Dotare cu paturi în toate structurile spitalului adaptate patologiilor, saltele, saltele antiescare, lumină artificială proprie;
- 2.3. Achiziționarea și instalarea unor afișe, marcaje, indicatoare pentru persoanele cu dizabilități în toate locațiile;
- 2.4. Comunicarea cu pacienții pe înțelesul lor;
- 2.5. 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 2024, 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-medicale, materiale sanitare, medicamente, biocide, financiare, de timp etc.) menționate în conținutul protocoalelor să nu fie efectiv disponibile în totalitate la nivelul structurii medicale în care se aplică acestea;
 - Neaducerea la cunoștință personalului care este necesar să aplice protocoalele terapeutice și de îngrijiri medicale / procedurile existente, a responsabilităților care derivă în îndeplinirea activităților procedurate, precum și lipsa instruirii acestora în raport cu responsabilitățile procedurate;
 - Neîntocmirea de analize la minim 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 de revizuire și editare de noi protocoalele / proceduri analizate, care să 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 reparații capitale în tuturor sectoarelor de activitate ale spitalului;
7. 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						SCOR TOTAL
	Costuri	Există resursele necesare schimbării	Procesul e important pentru spital	Procesul e important pentru pacienți/angajați	Procesul are vizibilitate mare	Schimbarea e necesară în procesul de acreditare	
1. Dotarea insuficientă a unor secții/compartimente medicale cu aparatură medicală și echipamente medicale sau de suport a acestora.	2 x 0,5	1 x 1	3 x 0,5	4 x 0,75	4 x 0,25	4 x 0,25	7,75

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
2.Necesitatea continuării instrumentării și dezvoltării conceptului de "Transparență decizională"	4 x 0,75	4 x 1	4 x 1	4 x 1	4 x 1	4 x 1	23
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 1	4 x 0,25	4 x 1	4 x 0,75	3x 0,5	4 x 0,50	15,5
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.	4 x 1	3 x 1	3 x 0,5	4 x 0,75	4 x 1	4 x 0,75	18,50
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 0,5	3 x 0,5	13,50
8. Insuficiența măsurilor necesare implementării anuale a recomandărilor de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din	2 x 0,5	3 x 1	4 x 0,5	4 x 0,75	3 x 0,25	1 x 0,25	10,00

Domeniul de îmbunătățit	CRITERII						
	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
analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților							
9. Insuficiența măsurilor necesare pentru creșterea satisfacției pacienților prin îmbunătățirea relației medic - pacient – spital	3 x 0,5	3 x 1	4 x 0,5	4 x 1	4 x 0,75	3 x 0,5	15
10. Insuficiența măsurilor necesare pentru dezvoltarea a resurselor umane	4 x 0,5	4 x 1	4 x 0,5	4 x 0,75	4 x 1	4 x 1	19

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;
- Deficitul de personal medical și auxiliar.

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

- Intervenția prioritară 1 este: 2. Necesitatea continuării instrumentării și dezvoltării conceptului de "Transparență decizională"
- Intervenția prioritară 2 este: 10. Insuficiența măsurilor necesare pentru dezvoltarea a resurselor umane
- Intervenția prioritară 3 este: 4. Condițiile hoteliere și cele care se referă la protecția și siguranța, pacienților internați, vizitatorilor/aparținătorilor, precum și angajaților spitalului, nu se ridică la nivelul standardelor, criteriilor și cerințelor A.N.M.C.S.
- Intervenția prioritară 4 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 5 este: 9. Insuficiența măsurilor necesare pentru creșterea satisfacției pacienților prin îmbunătățirea relației medic - pacient – spital
- 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: 8. Insuficiența măsurilor necesare implementării anuale a recomandărilor de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților;

- Intervenția prioritară 8 este: 5 Insuficiența instrumentării și dezvoltării la nivelul spitalului a conceptului de "audit clinic";
- Intervenția prioritară 9 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;
- Intervenția prioritară 10 este: 1. Dotarea insuficientă a unor secții/compartimente medicale cu aparatură medicală și echipamente medicale sau de suport a acestora.

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

- Continuarea instrumentării, dezvoltării și consolidării conceptului de "Transparență decizională", prin implementarea unor mecanisme clare, accesibile și eficiente care să îmbunătățească procesul de informare, consultare și participare a publicului la actul decizional.
- Consolidarea și dezvoltarea resurselor umane prin implementarea unor măsuri adecvate și coerente care să răspundă nevoilor reale ale personalului și să elimine insuficiențele actuale din domeniul formării profesionale.
- Îmbunătățirea condițiilor hoteliere și a nivelului de protecție și siguranță pentru pacienți, vizitatori și angajați, astfel încât acestea să fie conforme cu standardele și cerințele legale și profesionale aplicabile.
- Pentru a asigura calitatea și siguranța actului medical, este necesară elaborarea și actualizarea periodică a protocoalelor terapeutice, a procedurilor de îngrijiri medicale și a procedurilor operaționale, în concordanță cu prevederile legale aplicabile și cu standardele profesionale în vigoare. Obiectivele propuse vizează crearea unui cadru unitar și coerent de lucru, implementarea celor mai bune practici medicale și operaționale și creșterea eficienței activităților clinice și administrative
- Îmbunătățirea satisfacției pacienților prin consolidarea relației medic-pacient-spital și implementarea unor măsuri eficiente de comunicare, suport și calitate a serviciilor oferite.

F. Măsurile 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 - 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" si cunoasterea metodologiei în baza căruia acesta funcționează, în scopul luării măsurilor necesare de implementare a Criteriului "01.02.05 Procesul decizional de la toate nivelurile de management are în vedere condițiile specifice de organizare și funcționare ale spitalului", prevăzut în Anexa la OMS nr. 871/2016 pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor	Biroul Management al calității serviciilor medicale -Compartimentul Informatică -Birou achiziții -Director financiar contabil												
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 management al calității												
Iplementarea/monitorizarea permanentă a folderului cu denumirea "Transparență decizională"	Biroul management al calității												
Integrarea, după caz, a propunerilor formulate de către angajați în domeniul îmbunătățirii managementului calității și elaborarea de acte normative interne	Biroul management al calității												
Instrumentarea conceptului de "Transparență decizională" la													

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
nivelul spitalului prin utilizarea /implementarea de/la toate structurile de pe serverul spitalului a unui folder special creat cu denumirea "Transparență decizională" si cunoasterea metodologiei în baza căruia acesta funcționează, în scopul luării măsurilor necesare de implementare a Criteriului "01.02.05 Procesul decizional de la toate nivelurile de management are în vedere condițiile specifice de organizare și funcționare ale spitalului", prevăzut în Anexa la OMS nr. 871/2016 pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor	Biroul management al calității												
Intervenția prioritară nr. 2: 10. Insuficiența măsurilor necesare pentru dezvoltarea a 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 2025”	Director medical												
Întocmirea proiectului „Planului anual de dezvoltare profesională a personalului spitalului, în anul 2025”, 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 2025”, cu specificarea surselor de finanțare din care se va achita de către spital participarea personalului angajat la cursuri/instruiri	Comitet director												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
Intervenția prioritară nr. 3: 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.													
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 rezultatelor utilizării procedurilor operaționale de îngrijiri medicale, protocoalelor și ghidurilor de practică adoptate în spital; - Biroul management al calității serviciilor												

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

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
	- Comitetul director - 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;												
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												

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

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
	Biroul management al calității serviciilor medicale;												
Intervenția prioritară nr. 4: 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													
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 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 2024” în baza deciziei Comitetului director și aprobarea acestuia de către manager.	RUNOS												
Intervenția prioritară nr. 5: 9. Insuficiența măsurilor necesare implementării anuale a recomandărilor de îmbunătățire a calității													

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
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 îmbunățire 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 îmbunățire 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. 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												
Elaborarea de propuneri privind lucrări de reparații curente/renovare, întreținere și igienizare	Șef birou AAT -Consiliu medical												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
Aprobarea propunerilor și soluțiilor tehnice privind lucrări de reparații curente/renovare, întreținere și igienizare și alocarea de resurse financiare	Comitet director												
Intervenția prioritară nr. 7: 8. 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												
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. 8 : 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	La solicitarea managerului												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
unor misiuni suplimentare de audit clinic extern													
Intervenția prioritară nr. 9: 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.												
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												
Intervenția prioritară nr. 10: 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 achiziționarea de aparatură medicală și echipamente medicale în cadrul bugetului de venituri și cheltuieli și includerea în PAAP-ul spitalului	Comitet director 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												

Activități desfășurate	Responsabili	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noiembrie	Decembrie
Achiziția de aparatură medicală și echipamente medicale inclusive cele aprobate prin accesare fonduri	Biroul Achiziții publice												

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. Activități intervenție prioritară nr. 1 - 2. - Necesitatea continuării instrumentării și dezvoltării conceptului de "Transparență decizională"- achiziționarea de infrastructura necesară funcționării intranetului la nivel de spital – 20.000 lei

2. Intervenția prioritară nr. 2: 10. Insuficiența măsurilor necesare pentru dezvoltarea a 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.

3. Intervenția prioritară nr. 3: 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.;

4. Intervenția prioritară nr. 4. 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

5. Intervenția prioritară nr. 5. 9. Insuficiența măsurilor necesare implementării anuale a recomandărilor de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților;

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. : 8. Insuficiența pregătirii spitalului pentru reacreditare de către ANCMS în ciclul II de acreditare:-fonduri proprii în valoare;

8. Intervenția prioritară nr. 8. 5. Insuficiența instrumentării și dezvoltării la nivelul spitalului a conceptului de "audit clinic";

9. Intervenția prioritară nr. 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 .

10. Intervenția prioritară nr. 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;

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 2025 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 2025 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 2025 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.
Varga Adina

