

Proiect de management
S.C SPITALUL ORĂȘENESC S.R.L VIDELE



Autor :

2023

Proiect de management

S.C SPITALUL ORĂȘENESC S.R.L VIDELE

;

**Consolidarea managementului calității
adaptat la standardele de calitate
ANMCS și la bunele practici
internationale.**

Autor :

CUPRINS

PREZENTAREA SPITALULUI	1
Profilul spitalului	1
Structura și capacitatea spitalului.....	1
Dotarea spitalului	2
Resurse umane	4
Activitatea spitalului și indicatorii specifici	4
Situția financiară	
Analiza SWOT.....	9
Principalele probleme ale spitalului.....	11
PLAN DE MANAGEMENT	12
Scop și obiective	12
Direcții de acțiune.....	13
Concluzii	19
Grafic Gantt	18

PREZENTAREA SPITALULUI

Profilul spitalului

SC Spitalul Orasenesc SRL Videle este spital multispecialitate, relativ nou, cu numai 23 de ani de funcționare. Este singurul spital cu servicii publice organizat sub forma de S.R.L¹, clasificat în categoria IV², acreditat ANMCS din 2016, evaluat în iulie 2022 de către Comisia Nationala de evaluare a Spitalelor în cadrul vizitei de acreditare³, în așteptarea rezultatelor, respectiv Raportul de Acreditare de Ciclu II, Certificatul de Acreditare și Suplimentul Descriptiv, oferind servicii medicale de specialitate preventive, curative și de urgență atât pentru adulți, cât și pentru copii.



Spitalul este situat în orașul Videle la cca. 70 Km de București și asigură asistență medicală spitalicească pentru cca 70.000 de locuitori din zona de nord a județului Teleorman (orașul Videle și localitățile limitrofe), precum și urgențele pentru pacienți din județele învecinate.

Misiunea Spitalului Orășenesc Videle este de «a îmbunătăți sănătatea comunității din arealul pe care îl deservește și de a excela la capitolul calitatea serviciilor oferite pacienților.»⁴

Valorile spitalului sunt: echipă, suflet, omenie, implicare.⁵

Structura și capacitatea spitalului

Conform ASF nr. 226/12.04.2016⁶ (cu anexă din 12.01.2023), structura spitalului este următoarea:

Tabel 1. Structura organizatorică a Spitalului Videle

Secția de medicină internă , din care: - compartimentul neurologie - compartiment diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	60 paturi 10 paturi 5 paturi
Compartiment boli cronice	20 paturi
Secția chirurgie generală , din care - compartiment ORL - compartiment Ortopedie-traumatologie - compartiment oftalmologie	36 paturi 5 paturi 5 paturi 5 paturi
Compartiment ATI	7 paturi
Secția recuperare, medicina fizica si balneologie	50 paturi
Sectia obstetrică-ginecologie	25 paturi
Compartiment neonatologie	7 paturi
Secție pediatrie	30 paturi
Total	235 paturi

Spitalizare de zi: 20 paturi

¹ HCL nr.1/ 08.01.2009 de constituire a S.C Spitalul Orasenesc SRLde drept privat su utilitate publica, cu asociat unic CL Videle

² OMS 944/31.05.2011

³ Planul strategic de dezvoltare a spitalului pentru perioada 2021-2025

⁴ Adresa Comisiei Nationale de Evaluare nr.1/12.07.2022. /Pre-raport nr. 59/12.08.2022/ si Raport de evaluare nr60 / 24.08.2022

⁵ Idem

⁶ ASF 226/12.04.2016 cu anexa din 12.01.2023

Pe lângă acestea, structura spitalului mai include:

- ✓ **Camera de garda pe specialitati**⁷ : medicina internă , chirurgie , ginecologie , Pediatrie
- ✓ Laborator de analize medicale
- ✓ Laborator de radiologie și imagistică medicală
- ✓ Laborator de recuperare, medicină fizică și balneologie
- ✓ Laborator endoscopie digestivă
- ✓ Serviciu de anatomie patologică cu compartimentele: histopatologie, citologie, prosectura
- ✓ Aparat funcțional complet
- ✓ **Ambulatoriu integrat cu cabinete în specialitățile:**
 - Medicina internă
 - Neurologie
 - Diabet boli de nutriție și metabolism
 - Chirurgie generală
 - Ortopedie și traumatologie
 - ORL
 - Oftalmologie
 - Obstetrică-ginecologie
 - Pediatrie
 - Recuperare, medicină fizică și balneologie(RMFB)

Practic, toate specialitățile au integrare clinică pe secții și ambulatoriu ceea ce asigură continuitatea actului medical.

Conform ASF 226/ 16.04.2016 revizuita in 2022 cu anexa din 12.01.2023 , activitatea spitalului este reglementata pe coduri CAEN , astfel : Cod CAEN 8610 –activitate medicala spitaliceasca , Cod CAEN 8622 acivitati de asistenta medicala specializata , Cod CAEN 8621 activitati de asistenta medicală generlaă, Cod CAEN 8690 –alte activitati referitoare la sanatatea umana.

Dotarea spitalului

Secțiile și ambulatoriul integrat au o dotare materială relativ bună, specifice unui spital orășenesc completată în anii 2021 și 2022 cu achiziția de aparatură din fonduri proprii (aparatura UTS , luminometru, echograf ,electrocardiograf ,truse de urgență cu defibrilator și laringoscop pe fiecare secție și în ambulatoriul integrat), analizoare de imunologie prin chemoluminescență precum și aparatură din fonduri europene achiziționată în anii 2021-2022.

Aparatura din dotarea laboratoarelor:

- Analizor automat Coulter –STKS
- Analizor automat Coulter –MD II
- Automat pentru coagulare ACL 100
- Analizor automat tip Monarch
- Analizor fix de imunologie prin chemoluminiscentă CL-960i Mindray –achiziționat 2022
- Analizor mobil de imunologie prin chemoluminiscentă CL-960i Selex On (achiziționat în anul) 2022
- Aparat de electroforeza
- Analizor ionograma și pH
- Analizor semiautomat de biochimie

Aparatura din blocul operator: linie de endoscopie digestivă (EDS+EDI)★

- Turn laparoscopie
- Coledocoscop flexibil
- Endoscop (fibro-gastro-scop) și Fibrocolonoscop flexibil

⁷ Aviz MS 490 / SMSS 7278/12.01.2023

★) Proiect european cu cofinanțare UE 100 % -Phoenix – împreună vom reuși !!! derulat în parteneriat cu Primăria Videle ca Autoritate de implementare a proiectului prin care s-au achiziționat 11 loturi de aparatură medicală performantă spitalului

- trusă video-artroscopică
- Aparatura din serviciul de Radiologie:
- Aparat de radiologie digitală Combi Diagnostic Philips cu scopie și grafie★
 - Aparat mobilă de radiologie digitală Philips cu detector wireless★
 - Computer Tomograf Philips★

Aparatura din sectia ATI:

- Monitoare functii vitale (AV, SaO2, TA) defibrilator bifazic★
- aparat de gazometrie sanguină★ ventilatoare mecanice ★
- Laringoscop ,trusa de intubatie oro-traheală

Aparatura din baza RMFB :

- Laser medical BIOSUN
- Laser (BTL-10)
- Ultrasunet (BTL 7p)
- Unde scurte
- Magnetodiaflux TECAR★
- Aparat Shockwave★
- Tens (BTL6)
- Aerosoli
- trusa de urgenăa cu laringoscop si defibrilator
- Diadinamice
- Ultraviolete
- Ionizari
- Instalație parafină
- Interferential

Aparatura serviciului de anatomie patologică ,

- Microscope
- Bloc de parafină

Altă aparatură medicală (ginecologie, ORL, oftalmologie, chirurgie):

- Concentratoare de oxigen
- Echograf
- Aparat EKG cu 12 canale
- Aspirator de secretii
- Aparat aerosoli
- Spirometru
- Trusa de urgență cu defibrilator si laringoscop pe fiecare sectie si ambulatoriu
- Colposcop
- Aspirator Curetaj
- Otoscop
- Oftalmoscop
- Combina refractometrica
- Pulsoximetre
- Lampa UV bactericida★

Aparatura de sterilizare

- Autoclav
- Cameră termostat
- Etuvă
- Hota cu flux laminar
- Centrifugă
- Microscop

Pentru susținerea celor 4 linii de gardă (medicină internă, chirurgie, obstetrică-ginecologie, pediatrie) este nevoie de o dotare care să includă : ecograf , analizor de gaze sanguine , analizor de coagulograme ,analizoare de tip „ point of care” pentru evaluare sepsisului (presepsin , procalcitonina , de evaluare si diferentiere a dispneei de cauza respiratorie vs. dispneea de cauza cardiaca(pro BNP) , analizor biochimie (pentru ionograme , evaluare funcții hepatică si renală , enzime miocardice , troponina.) .Achiziționarea aparatelor de radiologie digitală si a tomografului crește gradul de competență al spitalului ,iar folosirea sistemului PACS de achiziții-stocare si transmitere imagini către orice serviciu extern de radiologie / imagist aflat în contract cu spitalul permite diagnosticarea pacienților si transmiterea rezultatelor pe mail .

Condițiile de spitalizare sunt adecvate, fiind un mediu primitiv pentru pacienți (televizoare, frigidere, aer condiționat în secții) , dar si sigur (mâna curentă , instalatii wireless de tip „ nurse alert” montate la patul

pacientului , dar si in grupurile sanitare Spitalul are puț de apă (ca sursă secundară de apă) ,centrală proprie, asigurând confort termic și apă caldă ,grup electrogen cu pornire manuala ,funcțional, stație de pompare , rezervor de apă(250 m3).

Resurse umane

Spitalul inregistreaza un deficit important de medici internisti (3 posturi vacante si neocupate desi posturile au fost mereu publicate pe website-ul spitalului si in „Viața Medicală” de foarte multe ori. De asemenea, spitalul mai are absoluta nevoie de 1 medic ATI , (spitalul are un singur medic anestezist si nu este posibilă nu permite efectuarea interven'ii chirurgicale de urgenta in timpul garzii) ,1 medic pediatru ,pediatru ,precum și de registratori/operatori de date (fapt ce încarcă sarcinile de serviciu ale asistenților medicali).

Spitalul funcționează cu 21 medici, 6 medici în gardă , 6 profesioniști cu studii superioare, 105asistente, 48 personal sanitar auxiliar , 26 angajați TESA.

Activitatea spitalului și indicatorii specifici

Tabel 2. Situația indicatorilor de performanță pe secții/compartimente în 2022

Secție / Compart.	Nr. extern.	DMS	RUP (%)	ICM	Nr. SZ
Medicina internă	679	5,47	11	0,9689	1539
Neurologie	96	6,38	17	1,4736	55
Cronici	86	8,84	11	0	0
Pediatrie	734	3,45	23	0,5838	778
RMFB	466	10,47	27	27	0
Centrul de evaluare	-	-	-	-	171
Chirurgie	264	4,23	15	1,9883	708
OG	277	2,39	11	0,3865	269
Neonatologie	45	6,74	11,87	0,6688	0
Oftamologie	-	-	-	-	9
Ortopedie	-	-	-	-	
ORL					
TOTAL SPITAL	2618	5.53	18	1.0296	5289

Sursa : Compartiment Statistică Spital Orășenesc srl Videle

În ciuda diversității de specialități, din datele puse la dispoziție de spital⁸ reiese că indicatorii spitalului au fost puternic influențați de pandemia Covid-19 ,care a impus o versatilitate de organizare imbinata cu rigurozitate procedurală și respectarea circuitelor epidemiologice, spitalul trecand prin etape succesive de organizare respectiv spital suport Covid (octombrie 2020) , apoi spital non Covid, Spital hibrid (decembrie 2021) timp de 2 luni , apoi spital non covid.

Practic cel mai afectat indicator a fost RUP , explicabil prin numarul mic de internari comparativ cu 2019 , adica s-au internat doar 1/3 din numarul total al pacientilor internați in anul 2019, deși spitalul deservește o populație relativ numeroasă și cu probleme sociale, economice și demografice (rată mare a șomajului, grad minim de urbanizare, îmbătrânirea populației) în context epidemioLogic pandemic , judet depopulat.Preponderent pacientii sunt din mediul rural , in marea majoritate femei.Topul secțiilor cu adresabilitate crescută este dominat de pediatrie.

★) Proiect european cu cofinanțare UE 100 % in cadrul POIM (Program operational Infrastructura Mare 2014-2020)- Cod SMIS 139250, intitulat Phoenix – Împreuna vom reusi !” , derulat în parteneriat cu Primaria Videle ca Autoritate de implementare a proiectului , valoare proiect 951,976.77 Euro (4,69 milioane lei).

În ceea ce privește principalele grupe de diagnostic (din 2022)⁹, cele mai multe sunt specifice patologiei vârstnicului (afecțiuni musculo-scheletale, cardiace, gastroenterologice, respiratorii) grupa de vârstă peste 65 de ani Frecvența crescută a patologiei cardio-vasculară și gastroenterologice ar justifica înființarea unor structuri specifice (compartiment cardiologie și gastroenterologie, cu integrare în ambulator).

**Indicatori ai morbidității spitalizate în funcție de categoria majoră de diagnostic pe anul 2022
IM_DRG__Teleorman - TR12 -Spitalul Orasenesc Videle 01.01.2022-31.12.2022**

Tabel nr 2 Sursa : SNSPMBDS si compartimentul de statistică al spitalului Orășenesc SRL Videle

Nr. crt.	Categorii majora de diagnostic	Nr. cazuri				Nr. zile spitalizare			DMS	
		TOTAL	% Cazuri	Sectii acute	Sectii cronice	TOTAL	Sectii acute	Sectii cronice	Sectii acute	Sectii cronice
1	CMD 08 Boli si tulburari ale sistemului musculo-scheletal si tesutului conjunctiv	357	18.24	32	325	3,553	161	3,392	5.03	10.
2	CMD 05 Boli si tulburari ale sistemului circulator	284	14.51	253	31	1,665	1,401	264	5.54	8.
3	CMD 06 Boli si tulburari ale sistemului digestiv	258	13.18	250	8	915	852	63	3.41	7.
4	CMD 03 Boli si tulburari ale urechii, nasului, garii si gatului	248	12.67	248	0	853	853		3.44	
5	CMD 04 Boli si tulburari ale sistemului respirator	225	11.50	214	11	1,129	1,042	87	4.87	7.
6	CMD 01 Boli si tulburari ale sistemului nervos	119	6.08	75	44	991	479	512	6.39	11.
7	CMD 14 Sarcina, nastere si lauzie	101	5.16	101	0	256	256		2.53	
8	CMD 07 Boli si tulburari ale sistemului hepatobilier si ale pancreasului	94	4.80	86	8	503	432	71	5.02	8.
9	CMD 13 Boli si tulburari ale sistemului reproductiv feminin	91	4.65	91	0	210	210		2.31	
10	CMD 09 Boli si tulburari ale pielii, tesutului subcutanat si sanului	52	2.66	52	0	200	200		3.85	
11	CMD 11 Boli si tulburari ale nichilului si tractului urinar	47	2.40	42	5	209	169	40	4.02	8.
12	CMD 21 Accidente, otraviri si efecte toxice ale medicamentelor	23	1.18	23	0	98	98		4.26	
13	CMD 15 Nou-nascuti si alti neonatali	17	0.87	17	0	63	63		3.71	
14	DRG abateri	14	0.72	13	1	51	40	11	3.08	11.
15	CMD 22 Arsun	6	0.31	6	0	43	43		7.17	
16	CMD 23 Factori care influenteaza starea de sanatate si alte contacte cu serviciile	5	0.26	5	0	33	33		6.60	
17	CMD 10 Boli si tulburari endocrine, nutritionale si metabolice	4	0.20	4	0	14	14		3.50	
18	CMD 18 Boli infectioase si parazitare	4	0.20	3	1	25	17	8	5.67	8.
19	CMD 16 Boli si tulburari ale sangelui si organelor hematopoietice si tulburari	3	0.15	2	1	15	4	11	2.00	11.
20	CMD 17 Tulburari neoplazice (hematologice si neoplasme solide)	3	0.15	3	0	7	7		2.33	
21	CMD 12 Boli si tulburari ale sistemului reproductiv masculin	2	0.10	2	0	11	11		5.50	
	TOTAL	1,957	100	1,522	435	10,844	6,385	4,459	4.195137976	10.25057471
									34681	6437

În ceea ce privește **ICM (complexitatea cazurilor tratate)**, acesta este supraunitar 1,1361 în anul 2020 , 1,187375 în anul 2021 , pentru ca în anul 2022 valoarea indicelui de case-mix sa ajungă la 1,0296 ,valorile mari înregistrându-se la chirurgie , urmata de neurologie , în cazul medicinei interne fiind subunitar . Cel mai mic ICM a fost înregistrat la Neonatologie, Deși numeric au fost internați un numar mai mic de pacienti , totusi indicele de complexitate (case-mix) a cazului a fost mare.

ICM si DMS intră în formula de contractare , fiind direct proporțională cu valoarea de contract cu CJAS.

DMS s-a apreciat în sensul scăderii față de valorile prepandemice , astfel ca DMS a înregistrat valorile stabilite în normele de contractare cu CJAS (chirurgie=4,23, interne =5,4 cronici =8.84, RMFB=10,47 zile

Indicatorii de calitate reflectă o rată a infecțiilor asociate asistenței medicale(**IAAM**) cuprinsă între 0,04% (2021) si 0,05% în 2022, cu **un procent al reinternărilor de 9,26%** în anul 2020 ,8,35 % în 2021 ,ajungând la 7,32 % în anul 2022 și **un indice de concordanță a diagnosticelor la internare și externare**

⁹ Sursa www.drg.ro

ridicat (90% - 92%). **Mortalitatea la 24 % în spital** oscilează între 0,34% (în anul 2020) , cu un varf de 31,82% (anul 2021 – Medicină Interna) si. 0%. (în 2022).

Rata mortalității pe spital variaza de la 0,64 % (în 2020) la 1,10% în 2021 ,ajungând la valoarea de 0,15% în 2022.

Un indicator de calitate relevant este numărul relativ mic al intervențiilor chirurgicale¹⁰ cu valori între 354-564 **din totalul pacienților internați în secțiile chirurgicale.**

Cauzele sunt multiple: pandemia Covid -19 ,spitalul fiind nevoit sa se adapteze situaiei epidemiologice , prin modificarea frecventa a structurii functionale , fiind pe rand spital suport covid spital non-covid ,apoi spital hibrid (spital non covid cu pavilion Covid-19) în 2021 ,apoi spital non covid).La aceasta se adauga lipsa medicului anesteziat din ianuarie 2021 pana în septembrie 2022 (în ciuda publicării anunțurilor de examen ,de foarte multe ori pe site-ul spitalului si în „Viata Medicală”.Practic, intervențiile s-au derulat sub anestezie locala numai în intervalul normal de lucru, de luni până vineri, pe de o parte datorită adresabilitatii scăzute dar si faptului că sunt medici care nu au competențe pentru intervenții minim-invasive (intervenții care sunt utilizate în ziua de astăzi din ce în ce mai mult).

În perioada 01.01.2020 -31.10.2022 la CPU Videle s-au prezentat 28.024 pacienți , din care au fost internați 3429 , transferați către alte unitați sanitare un numar de 1962 pacienti , iar 22.406 pacienți nu au avut nevoie de internare , ci au fost evaluați si au primit scrisori medicale cu recomandari si plan terapeutic.Din 12.01.2023 Spitalul functioneaza camera de gardă pe specialități.

Analiza indicatorilor de management ai resurselor umane arata o crestere a proportiei medicilor din totalul personalului angajat , astfel procentul de medici din total personal în anul 2020 reprezenta 9,53 % , 8,89 % în anul 2021,si 9,01 % în anul 2022 ,pentru ca în februarie 2023 procentul de medici raportat la total angajați spital a ajuns la 9,07 % , iar în luna martie va ajunge la 9,47 % prin integrarea în cadrul colectivului sectiei RMFB a unui medic care a sustinut si promovat examenul de post la spitalul Videle , demonstrând o dinamică a angajarilor.

Procentul personalului medical din total personal angajat a variat de la 55,42% în 2020 la 54,50% în 2022.,iar proportia personalului medical cu studii superioare din total personal angajat a variat de la 3,73 % în 2020 ,la 3,62% în 2021 , ajungand la 4,72 % în 2022.

Analizand valorile de contract cu CJAS-TR în perioada 2020-2022 se constata o crestere cu 11,25 % (de la 10,916,954.91 mii lei la 12,282,099.67 mii lei) **în 2021** față de 2020 **pentru ca în anul 2022 valoarea de contract sa ajungă la 13,153,158.25 mii lei** , reprezentând o crestere cu 10,70% a valorii de contract față de 2021.

- **Serviciile de tip DRG au reprezentat 55,30 % din valoarea de contract în 2020 si au crescut în 2021 la 57,30 % din contract pentru ca în 2022 cresterea volumului de servicii tip DRG să reprezinte 60,62% din valoarea de contract.**
- **Creșteri s-au înregistrat de asemenea la volumul de servicii medicale tip spitalizare de zi** , crescand de la 9,320 % din contract în 2020 , 9,63 % în 2021, pentru ca apoi sa scada la 8,62% din valoarea de contract.
- **În ceea ce priveste serviciile medicale pe baza de tarif pe zi de spitalizare , respectiv serviciile pentru cronici** ,acestea au înregistrat ușoare scaderi în 2021 ajungand la 32,84% din valoarea de contract, față de 2020 când reprezentau 35,40 % din valoarea de contract , pentru ca în 2022 sa scadă ajungând la 30,7% din valoarea de contract.

¹⁰ Analiza activitatii spitalului si ambulatoriului integrat în perioada 2020-2022

♦.Indicatori spital Orășenesc SRL Videle 2020-2022

° Planul Strategic de Dezvoltare a Spitalului Orasenesc SRL Videle în perioada 2021-2025

▲ Adresa SJU Alexandria nr 11.420/28.10.2022 privind suspendarea activitatii CPU Videle cu data de 01.11.2022

Veniturile spitalului au crescut de la 22,593.00 lei în 2020 la 24,758.00 lei în 2021 ajungând la 25,953.00 lei în 2022 ceea ce a permis achitarea datoriilor spitalului în luna septembrie 2021 , acordarea voucherelor de vacanță și investiții obligatorii pentru acreditarea de ciclu II ANMCS , evaluarea spitalului de către Comisia Națională de evaluare a spitalelor în vederea acreditării având loc în lunile iulie-august 2022.

Veniturile provin în cea mai mare parte din activitatea de bază , respectiv servicii medicale contractate cu CJAS-TR (51,14% în 2022) urmate de veniturile obținute din influențele salariale (legea 153) care reprezentau 48,18 % din total venituri .

În ceea ce privește cheltuielile spitalului în perioada 2020-2022 se remarcă un deficit bugetar de 345.000 lei la finele anului 2020 datorită debutului și desfășurării pandemiei Covid-19 care a presupus cheltuieli neplanificate , pentru ca în anii 2021 și 2022 spitalul să facă eforturi de a redresa situația economico-financiară reușind să înregistreze excedent 2 ani consecutiv , respectiv 773.000 lei în 2021 (când am și reușit achitarea tuturor datoriilor spitalului) și 448.000 lei în 2022 , spitalul implementând proceduri operationale de analiză pe centre de cost . S-a reușit echilibrarea cheltuielilor de personal plecând de la 85,28% în anul 2020 (în anul 2020 spitalul a fost organizat ca spital suport covid generând costuri semnificative (prin adăugarea la salariu a sporului de covid , suplimentul de risc epidemiologic)și ajungând la 81,68% în 2021 (când spitalul a fost organizat ca spital hibrid , având pavilion covid , dar desfășurând și activitate non-covid în clădirea monobloc) ,pentru ca la finele anului 2022 cheltuielile cu personalul să ajungă la valoarea de 78,26% .

În ultimul an (2022) s-au înregistrat creșteri semnificative la alimente , medicamente ,reactivi ,apoi creșteri ale prețurilor la combustibil , materiale , înregistrându-se o valoare a inflației de 15,9% cu creșterea uriasă a prețului la utilități, spitalul neavând o altă sursă de finanțare decât veniturile realizate din contractul de servicii medicale cu CJAS-TR.

Cheltuielile cu bunuri și servicii au înregistrat creșteri semnificative de la 2,968.000 mii lei în 2020 la 3,848.00 în 2021 ,ajungând la 5,001.00 în 2022 , ceea ce reprezintă 19,61 % din total cheltuieli și arată suportul pentru de achiziții de aparatură medicală și pentru investițiile indispensabile pentru îndeplinirea cerințelor de calitate conform standardelor ANMCS (dotarea secțiilor cfm listei de observare direct a ANMCS).

Situația financiară

SITUATIA FINANCIARA A SPITALULUI IN PERIOADA 2020-2022 (mii lei)

Tabel 4. Situația financiară a spitalului –Sursa : Departamentul Economic al Spitalului Videle

Nr. crt.	Denumire indicator	REALIZAT 2020	%	REALIZAT 2021	%	REALIZAT 2022	%
A.	TOTAL VENITURI	22,593.00		24,758.00		25,953.00	
1	Venituri din activitatea de baza	10,397.00	46.02	12,244.00	49.45	13,273.00	51.14
1.1	Servicii medicale spitalizare	10,207.00	45.18	12,092.00	48.84	13,232.00	50.98
	Servicii medicale pe baza de tarif pe caz rezolvat -DRG	5,746.00	25.43	6,969.00	28.15	8,068.00	31.09
	Servicii medicale pe baza de tarif pe zi de spitalizare	2,996.00	13.26	3,974.00	16.05	4,032.00	15.54
	Servicii medicale in regim de spitalizare de zi	1,465.00	6.48	1,149.00	4.64	1,132.00	4.36
1.2	Servicii medicale ambulator	190.00	0.84	152.00	0.61	41.00	0.16
2	Subventii CJAS-TR / Consiliul Local	11,844.00	52.42	12,014.00	48.53	12,505.00	48.18
2.1	CJAS-TR - influente Lg 153	11,844.00	52.42	12,014.00	48.53	12,505.00	48.18
2.2	Subventii Consiliul Local		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Subventii		0.00		0.00		0.00
3	Alte venituri (chirii ,donatii sponsorizari)	352.00	1.56	500.00	2.02	175.00	0.67

Nr. crt.	Denumire indicator	REALIZAT 2020	%	REALIZAT 2021	%	REALIZAT 2022	%
B.	TOTAL CHELTUIELI	22,938.00		23,985.00		25,505.00	
1	CHELTUIELI DE PERSONAL	19,562.00	85.28	19,590.00	81.68	19,960.00	78.26
2	BUNURI SI SERVICII ALTE CHELTUIELI	2,968.00	12.94	3,848.00	16.04	5,001.00	19.61
3	(sume aferente persoane cu handicap)	142.00	0.62	193.00	0.80	196.00	0.77
4	ALTE CHELTUIELI DE CAPITAL	142.00	0.62	193.00	0.80	196.00	0.77
4.1	Excedent / pierdere	-345.00		773.00		448.00	

Analiza SWOT-utila in planificarea obiectivelor strategice pentru identificarea potentialului si identificarea prioritatilor orientând managementul strategic pe configurarea strategiei de dezvoltare a spitalului.

MEDIUL INTERN	
Puncte forte	Puncte slabe
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Structură corespunzătoare pentru spitalizare continuă, de zi și ambulatoriu integrat; ❖ Existența a 11 specialități (chirurgie generală, ortopedie, oftalmologie, ORL, medicina internă, neurologie, diabet zaharat, pediatrie, obstetrică-ginecologie, neonatologie, recuperare medicală) cu integrare în spital și în ambulatoriul, fiind astfel un furnizor important de servicii spitalicești și de urgență pentru adulți și copii; ❖ 3 certificate ISO® de calitate a serviciilor ; ❖ 4 linii de gardă și camera de gardă(CG) pe specialități ❖ Sistem de telemedicină în CG pe specialități care permite managerierea cazurilor complexe prin contact video-audio cu Spitalul Clinic de Urgență Floreasca București ; ❖ Dotare cu aparatură medicală modern prin proiectul European „Phoenix – Împreună vom reuși ! ”, derulat în parteneriat cu Primăria orașului Videle , precum și achiziționarea de aparatură din fondurile proprii ale spitalului (funcțională numai pe durata programului normal de lucru); ❖ Condiții de spitalizare adecvate; ❖ lipsa arieratelor ; ❖ excedent bugetar la încheierea exercițiului financiar din ultimii 2 ani ; ❖ ASF fara plan de conformare; ❖ Experiența profesională a corpului medical, personal foarte bine pregătit ; ❖ Managementul calității implementat ; ❖ Acreditare ANMCS (ciclul I) din 2016 și evaluare acreditare ciclul II în iulie-august 2022 – suntem în așteptarea rezultatelor ANMCS ❖ colaborare bună cu autoritățile locale ❖ Adresabilitatea ridicată a pacienților pentru unele specialități (Pediatrie); ❖ Feedback pozitiv de la pacienți ; ❖ informatizare spital, conectare internet ; ❖ aparatură performantă (Rx digitală , tomograf computer , aparat shockwave , aparat magnetodiaflux , aparat de gazometrie sanguină, linie de endoscopie prin proiectul european „ Phoenix – Împreună vom reuși ! ” 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ deficit semnificativ de medici interniști (sunt doar 2 medici internisti ,din care unul este pensionar) ,ATI (un singur medic anestezișt pensionar), pediatrie, foarte puțini registratori/operatori de date (fapt ce încarcă sarcinile de serviciu ale asistenților medicali) ; ❖ dificultățile medicului de gardă de a avea acces la mijloacele de diagnostic prin lipsa unor echipamente diagnostice în CG, lipsa serviciului de radiologie pe perioada efectuării serviciului de gardă; ❖ indicatori de performanță suboptimali pentru toate secțiile, puternic influențati de pandemia Covid 19 și de deficitul de medici; ❖ dezvoltarea insuficientă a intervențiilor chirurgicale minim-invazive (laparoscopice) ❖ Lipsa autorizației de Securitate la incendiu , spitalul având doar Aviz de Securitate la incendiu din anul 2020 ; ❖ rata scăzută de operabilitate induce costuri mari de mentinere a blocului operator și secției de chirurgie ; ❖ costuri mari pentru plata serviciilor de radiologie și a transportului pacienților la Alexandria ❖ număr apreciabil de pacienți transferați în alte spitale pentru o patologie care putea fi tratată în acest spital orășenesc(morbiditatea migrantă); ❖ Responsabilitatea managerială scăzută la nivelul secțiilor și compartimentelor , șefii de secție trebuind să desfășoare și activitate administrativă pe lângă cea medicală;

MEDIUL EXTERN

Oportunități	Amenințări
<ul style="list-style-type: none"> ↓ populație deservită relativ numeroasă; adresabilitate mare din localitate, dar mai ales din mediul rural și zonele adiacente orașului ↓ atragerea de fonduri din proiecte europene finanțate prin PNRR, POS); ↓ Relația cu Consiliul Local Videle deschide oportunitatea realizării unui parteneriat privind strategia pentru modernizarea spitalului, dar și pentru atragerea și menținerea personalului medical (medici) prin oferirea de locuințe ANL cât și pentru obținerea autorizării de securitate la incendiu; ↓ Existența Programelor naționale (mai ales a celor de screening)-Screening pentru Cancerul de col uterin în parteneriat cu INSMC „Alexandrescu – Russescu” ș ↓ posibilitatea atragerii de sponsori (în zonă își desfășoară activitatea una din marile companii private din țară); ↓ Necesitatea dotării secției Pediatrie (adresabilitate crescută) cu ecograf și aparat de gazometrie sanguină Aastrup (ABL pentru EAB - poate evalua printre altele, methemoglobina în intoxicațiile cu monoxid de carbon, lactatul, ionii, hemoglobina) și dotarea compartimentului de oftalmologie cu microscop operator; ↓ Participarea medicilor la cursuri de atestat de studii complementare, contribuind la diversificarea serviciilor medicale și la creșterea gradului de competență al spitalului; ↓ Proiect European de modernizare și extindere a ambulatoriului integrat al Spitalului, în parteneriat cu Primăria Orașului Videle depus în 16.12.2022, declarat eligibil și aflat pe lista de rezervă a Ministerului Fondurilor Europene; ↓ Perspectiva realizării unui proiect european de digitalizare a activității Spitalului Videle; 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Dificultăți induse de statutul de unic spital organizat de tip SRL din țară, care nu permite compensări cu bugetul de stat, rectificări bugetare, achiziționarea de aparatură prin programele MS, sau atragerea direct (nemediată de CL) de fonduri nerambursabile pentru dotarea spitalului; ▲ Presiunea financiară impusă de CJAS privind îndeplinirea planului de servicii contractate poate angrena prin nerealizarea planului, dificultăți în achitarea furnizorilor sau a datoriilor fiscale - bugetare; ▲ fonduri insuficiente pentru dezvoltare alocate prin contractele încheiate cu CJAS Teleorman deoarece tarifele serviciilor medicale au fost ajustate cu inflația, dar nu reprezintă costul real al serviciilor medicale pentru pacienți; ▲ apropierea de București, cu multe spitale publice și private; ▲ rezistența personalului la schimbare, al unor angajați ai spitalului care uneori este deasupra interesului spitalului poate atrage după sine o rezistență în implementarea măsurilor de eficientizare a activității medicale din spital ▲ zonă cu populație îmbătrânită, săracă, predominant rurală, cu o rată crescută a somajului; ▲ instabilitatea legislației sanitare și imprevizibilitatea modificării; ▲ costuri foarte ridicate la utilități; ★ creșterea alarmantă a prețurilor la medicamente și alimente, pentru pacienți a reactivilor și materialelor sanitare, creșterea inflației la valori alarmante (15,9%); ▲ Natalitatea în scădere alarmantă induce costuri mari de întreținere a secției de obstetrică-ginecologie; ▲ CJAS-TR nu decontează cheltuielile spitalului cu alocația de hrană a pacienților din luna iulie 2022 și cheltuielile cu funcționarea CG

Principalele probleme ale spitalului :

Pentru identificarea problemelor critice am fosit ca instrumente de lucru : diagrama Pareto , diagrama cauza-efect Ishikawa(diagrama in „ os de peste’) , dar si matricea de prioritizare avand in vedere nu toate problemele tin de mediul intern al spitalului ci si de extraorganizational.

a). Din perspectiva performantei clinice:

- indicatori de performanță suboptimali atât per spital, cât și pentru majoritatea secțiilor / compartimentelor, pentru cel puțin 3 ani consecutivi in contextul epidemiologic al pandemiei Covid-19
- deficit important de medici internisti: medici –doar 2 medici internisti la 80 paturi , medici varstnici , medici pensionari la ATI, pediatrie , interne si radiologie
- personal medical cu puține competențe în raport cu progresul tehnologic și ghidurile de practică actuale,
- funcții de conducere (director medical, șefi de secție) fără pregătire în managementul serviciilor de sănătate, ceea ce se reflectă în lipsa de interes pentru indicatorii de performanță ai spitalului,
- lipsa unor echipamente necesare care să sprijine personalul medical în situațiile de urgență in camera de garda pe specialitati (ex. analizor pentru determinarea rapida a echilibrului acido-bazic care permite aflarea foarte rapidă a unor parametri sanguini vitali - ph sanguin, hemoglobina, excesul de baze, ionograma serică, lactatul , lipsa unor aparate de tip point of care pentru determinarea coagulogramei ,evidentierea sepsisului (procalcitonina , presepsin), pentru diferentierea dispneei de tip,respirator vs dispneea de tip cardiac(proBNP) existand ca posibilitați de diagnostic paraclinic doar accesarea de către sectiile spitalului a analizorului de gaze sanguine din ATI la orice oră ,pecum si posibilitatea efectuării hemogramei in CG. Nu există altă posibilitate de diagnostic paraclinic deoarece laboratorul nu lucrează în gardă și în weekend).
- deficitul de personal pentru camera de garda prin relocarea angajaților CPU la UPU-SJU Alexandria ca urmare a deciziei SJU(in calitate de angajator) de suspendare a activitatii CPU ,datorita imposibilitatii SJU de a asigura cu medici de garda CPU Videle.
- CJAS-TR nu decontează cheltuielile spitalului cu alocația de hrana a pacienților din luna iulie 2022 si nici cheltuielile cu funcționarea camerei de garda.

b). Din perspectiva calității:

- neimplementarea unor **“reguli de aur” în calitate:**
 - utilizarea nejudicioasă, excesivă sau eronată a antibioticelor¹¹,
 - expunerea la evenimente adverse asociate actului medical(EAAAM) ,evenimente adverse catastrofice prin precaritatea mijloacelor de diagnostic paraclinic in CG.
 - inconsecvența în aplicarea cerințelor de calitate ale ANMCS, dar și a bunelor practici internationale (ex. Fișa de siguranță chirurgicală, elaborată de Organizația Mondială a Sănătății în programul *Chirurgia sigură salvează vieți* (WHO Guidelines for Safe Surgery 2009, Safe Surgery Saves Lives sau recomandările Ordinului nr. 398 din 20 martie 2019 pentru aprobarea Ghidului privind siguranța pacientului în anestezie-terapie intensivă, preluat tot din recomandările OMS;
 - personal care nu conștientizează importanța și complexitatea calității serviciilor medicale;
- cultura organizațională centrată pe calitate și siguranța (pacienților dar și a personalului);** această situație generează neraportarea infecțiilor asociate asistenței medicale (I.A.A.M) în condițiile în care:

❖ Adresa nr.1/ 11.10.2021 (BMC)

✉ Adresa nr 775/ 08.07.2022

@certificat ISO 22.000 : 2018 ,Seria 001 , Nr.A22 1902/01/ RO ; Certificat ISO 14.001 : 2015 , Seria 001 Nr.M22 1902/ 01 / RO , Certificat ISO 9001 : 2015 , Seria 001 Nr. C22 1902/ 01 / RO

¹¹ <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/ro/informati-va/fise-informative/fisa-informativa-pentru-publicul-larg> (30-60% din antibiotice sunt folosite inutil)

(i) OMS estimează că incidența IAAM este de aprox 5% dintre pacienții internați în regiuni cu resurse și reguli suficiente și de aprox 10% în celelalte zone (de 2-3 x în ATI), media UE este de 5,5 - 7% dintre pacienții externi¹², iar rezultatele unui studiu de prevalență derulat în 2016 a indicat în 40 spitale din România o rată a IAAM de 5,9% (Curs AT management Sanatate,, Managementul IAAM” –Prof.dr.Gabriel Popescu-Institutul Matei Balș).

PLAN DE MANAGEMENT

SCOP: Consolidarea managementului calității și adaptat la standardele de calitate ANMCS și la bunele practici internaționale.

Justificare:

Managementul calității este un domeniu extrem de vast, cu multe reglementări legislative (dar și multe bune practici internaționale), a cărei importanță se reflectă nu numai în acreditarea spitalului, ci și în performanța (clinică și financiară) și reputația acestuia ca furnizor de servicii medicale. Practic, în condițiile actuale de presiune financiară a sistemului medical, supraviețuirea unităților medicale va fi determinată, în viitor, de calitatea serviciilor pe care le oferă (calitate care nu se reduce numai la acreditarea spitalului). Actualul plan de management cuprinde obiective cu impact major asupra calității serviciilor oferite de Spitalul Videle având în centrul preocupărilor satisfacția pacientului prin conceptul „Managementul calității totale”.

Obiective pe termen scurt (1 an)

1. Asigurarea și optimizarea coordonatelor clinico – financiare de funcționare a spitalului
2. Implementarea bunelor practici transfuzionale și de hemovigilență și realizarea primei transfuzii în UTS autorizată – criteriu critic pentru acreditarea de ciclul III din 2027¹³.
3. Asigurarea continuă a condițiilor minime obligatorii pentru îngrijirea pacienților critici.
4. Auditarea consumului de antibiotice și up to date-ul permanent al regulilor de buna practica în antibioterapie

Obiective pe termen mediu (3 ani) :

1. Obținerea autorizației de Securitate la incendiu
2. Digitalizarea activității spitalului
3. Monitorizarea anuală a Planului de îmbunătățire a calității în spital.
4. Instruirea personalului medical și nemedical pentru a răspunde adecvat cerințelor de calitate.

Obiective pe termen lung (4 ani)

1. **Monitorizarea continuă a calității în spital (inclusiv din perspectivă financiară) prin analiza financiară trimestrială pe centre de cost**

Obiectivul își propune să evalueze eficacitatea și eficiența -parametrii definitorii pentru stabilirea performanței clinico –financiare a secțiilor spitalului, configurând astfel predictibilitatea activității spitalului

2. **Managementul calității totale (MCT) și consolidarea implementării culturii organizaționale centrate pe calitate , promovarea spitalului , profesionistilor săi și autorității tutelare .**

prin întâlniri periodice cu personalul pentru analiza problemelor cu care se confruntă personalul, învățare din bune practici, dar și din erorile altora , includerea unui subiect de calitate pe agenda tuturor întâlnirilor Comitetului Director, Consiliului Medical și comisiilor spitalului , organizarea unor evenimente cu impact asupra calitatii (Ex.Ziua Mondiala a Sănătății pe 7 aprilie, ziua mondială

pentru siguranța pacientului pe 17 septembrie) , acordarea trimestrială a unui premiu simbolic de calitate pentru angajatul / structura care aduce plus valoare calității serviciilor.

3..Mentinerea actualelor certificării ISO și pregătirea în vederea certficărilor ISO de noi servicii

4.Planificarea și configurarea direcțiilor strategice de dezvoltare ale spitalului(Planul Strategic și Planul multianual al calitatii) pentru perioada 2026-2030

5.Pregătirea spitalului pentru acreditarea ANMCS (ciclul III) din 2022.

Rezultate cumulative ca urmare a unui management de calitate coerent:

1. Reducerea nr. de evenimente adverse asociate actului medical (E.A.A.A.M) , inclusiv prevenire și tratare infecții asociate actului medical (I.A.A.M) , în condițiile unei identificări și raportări corecte
2. Îmbunătățirea reputației spitalului (inclusiv a satisfacției pacienților)
3. Creșterea adresabilității reflectată prin nr. pacienți externați, rata de utilizare a patului, nr. spitalizări de zi, nr. consultații.
4. Creșterea satisfacției personalului (mai ales a celui medical) și a încrederii acestuia în capacitatea spitalului de a oferi cele mai bune condiții de îngrijire a pacienților.
5. Reducerea cheltuielilor generate de non-calitate: evenimente adverse, medicație folosită nestandardizat, neconformități ale investigațiilor paraclinice etc.

Direcții de acțiune : Stabilirea obiectivelor și a activităților necesare îndeplinirii acestora.

OTS.1 Asigurarea și optimizarea coordonatelor clinico – financiare de funcționare a spitalului.

Activități :

- 1.Repartitia judicioasă a personalului camerei de gardă pentru a evita suprasolicitarea (burnout) , instruirea permanentă pentru evitarea E.A.A.A.M(eventimente adverse asociate actului medical)
- 2.Angajarea de urgență a medicilor internisti
- 3.Identificarea soluțiilor de decontare de către CJAS-TR a cheltuielilor cu alocația de hrană a pacienților și a cheltuielilor cu camera de gardă
- 4.Dotarea camerei de gardă cu echipamente diagnostice paraclinice pentru orientarea și susținerea diagnosticelor clinice.

OTS 2. Implementarea bunelor practici transfuzionale și de hemovigilență în UTS autorizat , realizarea primei activități de donare de sânge și auditarea activităților specifice

Activități :

- 1.Implementarea procedurilor operationale specifice și instruirea personalului medical privind implementarea instrucțiunilor operaționale și activitatea transfuzională.
- 2.Stabilirea responsabilităților pentru Coordonatorul UTS și Comisia de transfuzie și hemovigilență și includerea acestora în fișa postului.
- 3.Încheiere parteneriat cu Centrul de transfuzie sanguină Alexandria.
- 4.Monitorizarea prin analiză trimestrială a utilizării de sânge și componente sanguine (pe tip de patologie, tip terapie, evoluție patologie) etc

Indicator de monitorizare	Rezultate obținute
Nr. instrucțiuni operaționale elaborate și implementate din total instrucțiuni obligatorii	100%
Nr. personal instruit din total personal implicat în utilizarea produselor de sânge	100% (medici, asistente)
Parteneriat cu Centrul de transfuzie sanguină Alexandria	funcțional
Nr. de rapoarte trimestriale de analiză a utilizării de sânge	4/an
Nr. evenimente adverse generate de utilizarea sângelui	0
Nr. de pacienți cu recomandare de transfuzii care nu au primit sânge	0
Nr. transferuri pacienți către alte spitale generate de lipsa sângelui	0

OTS 3. Monitorizarea asigurării permanente a condițiilor minime obligatorii pentru îngrijirea pacienților critici.-Activități :

1. Dotarea spitalului cu echipamente care permit evaluarea rapidă a unor parametri vitali și instructajul permanent al personalului camerei de gardă (CG)
2. Demersuri pentru ocuparea posturilor vacante pentru medicii internisti , ATI și pediatrie
3. Menținerea parteneriatelor funcționale cu spitalele cu competență superioară către care să se efectueze transferul pacienților critici (SJU Alexandria, spitale din București) ,monitorizarea funcționalității acestor parteneriale (nr. solicitări refuzate nejustificat, nr. de solicitări efectuate per caz etc.) și încheierea de parteneriate noi și cu alte unitati de rang superior .
4. Instruirea întregului personal privind implementarea Planului alb¹⁴ al spitalului și efectuarea de simulări privind gestionarea situațiilor de urgență.(incendiu , cutremur) precum și expertizarea cladirilor privind riscul seismic.
5. Promovarea politicilor de educație sanitară : Promovarea donării voluntare de sânge și organizarea lunară activității de donare de sânge în parteneriat cu CTS Alexandria, promovarea stilului de viață sănătos (antitabagism , descurajarea consumului de alcool , alimentație sănătoasă și echilibrată , antisedentarism,etc)

Indicator de monitorizare	Rezultate obținute
Parteneriate cu spitale de competență superioară	Min. 10, funcționale
Plan de îmbunătățire comprehensiv	100%
Nr. obiective din Plan implementate din total obiective propuse	100%
Nr. responsabili de procese instruiți din total responsabili procese	100%
Nr. personal instruit în implementarea Planului alb din total personal	100%
Nr. simulări neanunțate privind gestionarea situațiilor de urgență majoră	1/an
Nr donatori de sange/ luna	Min 10
Campanii de promovare a stilului de viață sănătos –menționate în documentele de externare și televizoarele din holurile secțiilor rulează, în buclă ¹⁴ politici de educație	In fiecare document de externare vor fi menționate regulile pentru un stil de viață sănătos

¹⁴ Plan de răspuns al unităților sanitare cu paturi în cazul unui aflux masiv de pacienți în urma unui accident colectiv, a unei calamități, epidemii sau pandemii (Ordin nr. 2021/691 din 2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006).

OTS 4. Auditarea implementării bunelor practici de antibioterapie (elaborarea politicii de utilizare a antibioticelor în spital)¹⁵ - Activitati:

1. Auditul consumului de antibiotice din spital.
2. Elaborarea listei de antibiotice de catre farmacistul clinician (numit responsabil de antibioterapie prin decizie managerială). Lista se eliberează cu avizul responsabilului cu politica de utilizare a antibioticelor¹⁶ si instruirea medicilor.
3. Activități de pregătire / instructare a medicilor în domeniul utilizării judicioase a antibioticelor.
4. Evaluare anuală a gradului de respectare a politicii de utilizare judicioasă a antibioticelor.

Indicator de monitorizare	Rezultate obținute
Auditul administrării de antibiotice în spital	1/an
Listă antibiotice elaborată	Da
Nr. medici instruiți în folosirea antib. din total medici	100%
Raport privind gradul de respectare a politicii de utilizare judicioasă a antibioticelor	1 / an
Nr. abateri nejustificate în utilizarea antib.	0
Antibioticorezistența	1 studiu / an

OTM 1. Obținerea Autorizației de Securitate la incendiu - Activități :

1. Analizarea condițiilor de obținere a autorizației menționate în Avizul de Securitate la incendiu (obținut în anul 2020) împreună cu proiectantul firmei care a asigurat expertizarea în vederea obținerii Avizului de Securitate la incendiu (firma aflată pe website-ul ISU –TR) , si Consiliul Local Videle , in calitate de autoritate tutelară.
2. Informarea CL Videle despre demersurile ce trebuie efectuate de acesta (in calitate de proprietar al cladirilor spitalului).
3. Configurarea unui plan de actiuni etapizate pentru obtinerea autorizarii de Securitate la incendiu si identificarea resurselor financiare .
4. Finalizarea activitatilor specifice sub directa coordonare a proiectantului firmei care a finalizat documentația pentru obținerea avizului de Securitate la incendiu (anul 2020).

OTM 2. Instruirea personalului medical și nemedical pentru a răspunde adecvat cerințelor de calitate. Activități :

1. Identificarea nevoilor de formare atât pentru competențe profesionale (ex. resuscitare, hemovigilență, tehnici de diagnostic și tratament) cât și pentru competențe conexe (ex. comunicare, managementul calității, utilizare calculator etc.)
2. Elaborarea unui plan de formare care să cuprindă toate categoriile de personal si un plan de recrutare , selecție , retenție si fidelizare medici ,identificarea resurselor necesare formării si formarea gradual a personalului.

Indicator de monitorizare	Rezultate obținute
Plan anual de formare a resurselor umane	elaborat
Nr. angajați instruiți din total angajați cu nevoi de formare	100%
Nr medici angajati cfm planului de recrutare , selecție	2 / an până la completarea statutului de personal

¹⁵ Standard ANMCS 2.10 - Spitalul a implementat bunele practici de antibioterapie. Utilizarea corectă a antibioticelor în spitale și modul de evidențiere a utilizării acestora este reglementată și prin OMS nr. 1101/2016

¹⁶ Owens RC Jr et al: Alegerea terapiei cu antibiotice (schema de terapie, dozele, durata) care determină eficiența clinică optimă cu risc minim de toxicitate pentru pacient și cu impact minim asupra emergenței rezistenței.

OTM 3. Digitalizarea activitatilor spitalului - Activitati:

1. Elaborarea unui plan de actiune concret impreună cu firma si consultantul de proiect ales de Autoritatea de implementare a proiectului, respectiv Primaria Videle
2. Integrarea si stocarea electronică a activitatii spitalului intr-o bază de date interoperabilă , în timp real.
3. Îmbunătățirea comunicării interne si externe folosind sistemul matricial în contextul digitalizării

Indicator de monitorizare	Rezultate obținute
Proiect elaborat si depus la Ministerul Fondurilor Europene pentru analiza eligibilitatii	Elaborat
Nr. obiective din proiect implementate din total obiective propuse	100%
Nr. responsabili de procese instruiți din total responsabili procese	100%
Nr angajati instruiți de către firma care implementează proiectul	100%

OTL 1. Monitorizarea continuă a calității în spital (inclusiv din perspectivă financiară) –

Analiza financiara pe centre de cost evalueaza eficacitatea si eficienta , respectiv performanța clinico-financiară a secțiilor spitalului configurând predictibilitatea activitatii spitalului.

Activitati :

1. Auditarea activitatii economico- financiare axată pe metodologia de monitorizare clinică și financiară care să coreleze indicatorii de calitate (precum nr. evenimente adverse, nr. reinternări, grad de satisfacție etc.) cu cei de performanță și cu cei financiari (cheltuieli pentru îngrijiri medicale generate de evenimente adverse, pentru investigații paraclinice neconforme, medicație etc.), care să acopere toate activitățile medicale (clinice și paraclinice) și nemedicale ale spitalului
2. Întâlniri trimestriale cu Comitetul Director și Consiliul Medical pentru prezentarea rezultatelor monitorizării (și a unui eventual plan de conformare rezultat în urma acreditării) și prezentări anuale a rezultatelor monitorizării către Consiliul de Administrație și Autoritatea Locală.
3. Monitorizarea managementului financiar reflectat prin creșterea transparenței în utilizarea fondurilor publice si afișarea permanentă a datelor financiare de interes public , asigurarea finanțării serviciilor medicale cu încadrarea in buget.
4. Îmbunătățirea permanentă a condițiilor hoteliere ,si creșterea veniturilor proprii prin folosirea rezervelor cu plată , plata consulturilor , investigatiilor si analizelor la cerere ,(fara bilet de trimitere) precum și din eliberarea fișelor auto si a fișelor pentru angajare din ambulatoriul integrat al spitalului , dupa obtinerea avizelor si autorizarii legale.

Indicator de monitorizare	Rezultate obținute
Metodologie de monitorizare a calității	Elaborata , asumată cu auditarea rezultatelor
Indicatori de performanță ai spitalului	Creștere cu 20 - 50%
Indicatori financiari	Reducerea cu 10% a cheltuielilor (prin reducerea pierderilor)
Rapoarte și întâlniri anuale pe tema calității cu Consiliul de administrație	Cel puțin 1 /an

OTL.2 Implementarea conceptului „ Managementul calitatii totale în activitatea Spitalului Orașenesc SRL Videle –vizează succesul pe termen lung prin satisfacția pacientului.

Managementul calității totale „este un concept modern , un mod de conducere a unei organizatii centrat pe calitate si bazat pe participarea tuturor membrilor săi vizând succesul pe termen lung prin satisfactia pacientului , oferind avantaje pentru toți membrii organizatiei.

Activitati :

- 1.Consolidarea implementării culturii organizaționale centrate pe calitate , promovarea spitalului , profesioniștilor săi si autorității tutelare.
Se realizează întâlniri periodice cu personalul pentru a discuta problemele cu care se confruntă în derularea activității ,învățare din bune practici,învățare din erorile altora, includerea unui subiect de calitate pe agenda tuturor întâlnirilor comitetului director,consiliului medical și comisiilor spitalului , organizarea unor evenimente cu impact asupra calității(Ex.: Ziua mondială a sănătății pe 7 aprilie, ziua mondială pentru siguranța pacientului pe 17 septembrie,etc, acordarea trimestrială a unui premiu simbolic de calitate pentru angajatul / structura care aduce plus valoare calității serviciilor.
- 2.Analiza îndeplinirii obiectivelor Planului Strategic de dezvoltare a Spitalului Videle pentru perioada 2021 -2025 și a planului multianual al calității 2021-2025 , cu informarea CA al spitalului și CL Videle .
- 3.Instruirea permanenta a personalului pentru a raspunde adecvat cerintelor de calitate -- prevenirea ,tratarea si raportarea corectă a I.A.A.M , prevenirea E.A.A.A.M si si raportarea conform procedurii , actualizarea permanentă a registrului riscurilor.
- 4.Mentinerea certificării ISO si analiza de oportunitate pentru noi certificări ISO si a altor servicii.
- 5.Elaborarea si planificarea obiectivelor strategice ale activitatii spitalului pentru 2026-2030 , respectiv Planul strategic de dezvoltare a spitalului si Planul multianual al calității 2026-203

Indicator de monitorizare	Rezultate obținute
Nr. întâlniri cu angajații (pe categorii profesionale)	Cel puțin 1 / an
Nr. evenimente de promovare/constientizare a calității	Min. 2 /an
Nr. evenimente din sistemul medical analizate	1 / lună
Proporția medicilor de familie contactați	Min. 75%
Nr. evenimente cu presa locală	2 / an
Ziua porților deschise	1 / an
Gradul de îndeplinire a obiectivelor planurilor strategic si multianual al calitatii pentru 2021-2025	100%
Nr. persoane instruite pentru prevenirea I.A.A.M si E.A.A.A.M	100%
Numar analize privind mentinerea certificarii ISO si propuneri de certicari ISO pentru servicii noi	1 / an
Elaborare Plan Strategic de dezvoltare a spitalului pe perioada 2026-2030	100%
Elaborare Plan multianual al calitatii pe perioada 2026-2030	100%

OTL3. Acreditarea spitalului pentru ciclul III in anul 2027**Activitati:**

1. Elaborarea unui plan de acțiune concret, coerent prin care să se stabilească activitățile necesare pentru acreditare și echipele responsabile, sub coordonarea managerului. O componentă importantă este responsabilizarea șefilor de secții/departamente nu numai în raport cu acreditarea, ci și cu performanța tehnică și financiară a secției/departamentului (acestea fiind componente importante ale calității).
2. Informarea și pregătirea tuturor categoriilor de personal privind procesul de acreditare (importanța acreditării, obiectivele, modul de derulare, avantajele, rolul angajaților) , informarea CA si Autorității tutelare

3. Implementarea și monitorizarea acțiunilor de pregătire a acreditării.
4. Acreditarea spitalului¹⁷.

Indicator de monitorizare	Rezultate obținute
Indicatori critici de acreditare respectați	100%
Indicatori punctați (-10)	0
Nivel de acreditare	Cel puțin "Acreditat cu recomandări" ¹⁸

Concluzii :

1 .Deși responsabilitatea conducerii spitalului revine predominant managerului, cea mai mare provocare a acestuia este de a crea o echipă managerială dedicată, pregătită, motivată să atingă obiectivele de dezvoltare ale spitalului.

2. O atenție deosebită trebuie acordată angajaților spitalului, din toate categoriile, ei fiind cea mai importantă resursă a spitalului și vectorul de imagine al acestuia. De aceea, angajații trebuie motivați și instruiți permanent pentru a înțelege și a contribui la valorile spitalului

3.Managementul calității totale „este un concept modern , un mod de conducere a unei organizatii centrat pe calitate si bazat pe participarea tuturor membrilor săi vizând succesul pe termen lung prin satisfactia pacientului , oferind avantaje pentru toți membrii organizatiei, intelegand „prin toti membrii sai” personalul de la toate nivelurile organizationale, subliniază obligativitatea implicarii puternice a managerilor de vârf si instruirea permanentă a tuturor membrilor organizației , iar prin conceptul de calitate se înțelege atingerea tuturor obiectivelor organizației .²⁴

Dacă managerii unei organizații nu elaborează o politică oficială privind calitatea, atunci fiți siguri că fiecare angajat își va face propria lui politică sau nu-și va face deloc.”

(Philip Crosby, “Quality is free”)

¹⁷ Ordinul MS nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor.. Ordinul ANMCS nr.639/2016 pentru aprobarea Metodologiei de monitorizare a unităților sanitare acreditate

¹⁸ Punctaj total ≥ 70% (punctaj ≥ 51% la toate standardele), indicatori critici 100%, plan de conformare 12 luni. Echivalent cu Nivel II de acreditare.

²⁴ Liviu Iles—Managementul calitatii totale , Editura Dacia , Cluj-Napoca

Grafic Gantt

ACTIVITATE	RESPONSABILI	COSTURI	2023				2024				2025-2026				2027
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	
OTS.1 Asigurarea si optimizarea coordonatelor clinico – financiare de functionare a spitalului.															
Repartitia judicioasa a personalului camerei de garda pentru a evita suprasolicitatea (burnout) si instruirea permanenta pentru evitarea EAAAM. si IAAM	Manager Director medical Director financiar-contabil	Dotare echipam.: 105.000 lei PNRR													
2.Angajarea cu prioritate a medicilor internisti si Dotare ambulatoriu	Responsabili de procese (achiziții, administrator etc.) Șefi														
3.Identificarea soluțiilor de decontare de catre CJAS-TR a cheltuielilor cu alocatia de hrana a pacientilor si a cheltuielilor cu camera de garda	șefii/compartim. Chirurgicale														
Dotarea camerei de garda cu echipamente diagnostice paraclinice															
OTS 3. Monitorizarea asigurării permanente a condițiilor minime obligatorii pentru îngrijirea pacienților critici.															
1. Dotarea spitalului cu echipamente care permit evaluarea rapidă a parametrilor vitali în CG (camera de gardă) și instructajul permanent al personalului CG	Manager Director medical Șefi de secție/compartimente	Dotare echipam.: 150.000 lei													
2.Elaborare strategie de resurse umane pentru ocuparea posturilor vacante pentru medici interniști, ATI , pediatrii	Structura de management a calității Director economic														
3..Menținerea parteneriatelor funcționale actuale cu spitale de grad superior si incheierea de acorduri cu noi spitale															
4. instruirea întregului personal privind noul Plan alb al Spitalului si efectuare simulări pentru incendii , cutremure , etc															
5.Promovarea politicilor de educație sanitară-donare voluntară de sânge ,promovare stil de viață sănătos .															

OTS 4. Auditarea consumului de antibiotice din spital si ghidurilor de buna practică in antibioterapie , antibioprofilaxie

1.Auditul consumului de antibiotice din spital	Director medical Șefi secție/compart. Medic infecționist / Farmacist clinician Farmacist Biroul de management al calitatii (BMC) Manager	Costuri formare (dacă este cazul): 3000 lei														
2.Elaborarea de catre farmacistul clinician (numit responsabil de antibioterapie prin decizie manageriala) a listei de antibiotice ce necesită avizare																
3. Activitati de instructare medici pentru utilizare judicioasa antibiotice																
4. Evaluare anuala a gradului de respectare a politicii de utilizare judicioasa a antibioticelor ,prevenind I.A.A.M																

OTM 1. Obținerea Autorizatiei de Securitate la incendiu

1. Analizarea conditiilor de obtinere a autorizatiei de Securitate la incendiu mentionata in avizul din 2020 si informarea CL in calitate de proprietar spital	Manager medical Sef serviciu administrativ Cadru tehnic PSI Inspector SSM BMC CA CL Videle	Se va face o analiză cost/beneficiu pentru fiecare soluție propusă, astfel încât să obținem rezultate semnificative cu costuri mici (eficiență).														
3. Configurarea unui plan de activitati ,etapizat pentru obtinere autorizare si identificare resurse de catre CL																
4. Finalizarea planului de lucrari coordonate de protectant																

OTM 2. Instruirea personalului medical și nemedical pentru a răspunde adecvat cerințelor de calitate.

1. Identificarea nevoilor de formare pt competente profesionale si conexe	Resp. resurse umane Comitet director BMC	Min. 100.000 /an												
2. Elaborarea unui plan de formare pentru tot personalul ,denticificarea resurselor necesare ,formarea graduate/a a personal														

OTM 3. Digitalizarea activitatilor spitalului

I. Elaborarea unui plan de actiune impreuna cu consultantul agreat de Autoritatea de implementare	Manager Comitet director Structura de calitate	Proiect European – finanțare UE												
---	--	---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>2. Integrearea si stocarea electronica a activitatii spitalului intr-o baza de date interoperabila in timp real</p> <p>3. Imbunatatirea comunicarii interne si externe in contextul digitalizarii</p>																	
OIL 2. Introducerea conceptului „Managementul calitatii totale” - succesul pe termen lung prin satisfactia pacientului																	
<p>1.Consolidarea implementarii culturii organizationale centrate pe calitate , promovarea spitalului , a profesionistilor sai si a autoritatii tutelare</p>	Nu este cazul																
<p>2.Monitorizarea continua a calitatii in spital si din perspectiva clinico- financiara auditare analiza pe centre de cost si cresterea transparentei in utilizarea fondurilor publice</p>	<p>Manager Comitet director Asistenta șefă Responsabil resurse umane Responsabili structuri BMC</p>																
<p>3.Analiza gradului de indeplinire a obiectivelor planurilor strategice si multi anual al calitatii 2021-2025 si elaborarea Strategiei de dezvoltare a spitalului 2026-2030</p>																	
<p>4 imbunatatirea conditiilor hoteliere , identificarea surselor de crestere a veniturilor proprii consultatii si investigatii cu plata la cerere ,rezerve</p>																	
<p>5. Mentinerea certificării ISO actuale si analiza de oportunitate pentru noi certificari ISO , certificare RENAR pentru laborator</p>																	
OIL 3. Acreditarea spitalului pentru ciclul III in anul 2027 de catre Comisia Nationala de Evaluare a Spitalelor																	
<p>1. Elaborare plan concret , care sa stabileasca activitățile necesare si echipele responsabile sub coordonarea managerului</p> <p>2. Informarea si pregătirea tuturor categoriilor de personal privind acreditarea , implementarea si monitorizarea actiunilor de pregătire a acreditarii</p>	<p>Manager Comitet director BMC</p> <p>Taxa de acreditare BVC Fianatare CL pentru investitii anuale pe lista de observare directa</p>																
<p>3. Acreditarea spitalului</p>																	

PHOENIX - Impreună
vom reuși!
Cod SMIS 139250



PHOENIX - Impreună vom reuși!
Cod SMIS 139250
Proiect cofinanțat de Uniunea Europeană din Fondul European de Dezvoltare Regională în cadrul Programului Operațional Regional Interoperabilitate 2014-2020

SANCTUAR PRIMAIA GRĂDULUI
HOTEL

NUMERUL TELEFONULUI 0744 514 131
ADRESA CALEI/ȘOSII/ȘI
41565141

CONSILIUL LOCAL VIDELE
S.C. SPITALUL ORĂȘENESC S.R.L.
VIDELE

