

SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE
ROSIORII DE VEDE, TELEORMAN
Nr. 762/31.01.2022

AVIZAT,
MANAGER,
JR. SAVESCU LAURENTIU MARIAN



**PLAN DE IMBUNATATIRE A CALITATII SERVICIILOR
MEDICALE si SIGURANTEI PACIENTILOR IN
SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE
ROSIORII DE VEDE, TELEORMAN**

Sef birou I,SMCSS

Ing.ec. Costea Monica

Rosiorii de Vede

31.01.2022

CUPRINS

Introducere: scurtă analiză de situație a spitalului.	pag.3
Misiunea, viziunea și valorile Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede.	pag.14
Obiective strategice ale Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede în domeniul calității.	pag.15
Identificarea problemelor de calitate ale Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede.	pag.18
Prioritizarea problemelor de calitate identificate și stabilirea direcțiilor de acțiune în domeniul calității.	pag.19
Elaborarea măsurilor de soluționare a principalei probleme de calitate identificate.	pag.21
Resurse necesare, surse de finanțare.	pag.32
Indicatori urmăriți.	pag.33
Posibile disfuncționalități, bariere în implementarea măsurilor propuse.	pag.37
Metode, instrumente și surse de date folosite în lucrare.	pag.37
Bibliografie	pag.37

1. Introducere: scurta analiza de situatie a spitalului.

Spitalul de Pneumoftiziologie, cu sediul in municipiul Rosiorii de Vede str. Aviatiei nr.1, este unitate sanitară cu 181 paturi , de utilitate publica , cu personalitate juridica, in subordinea Consiliului Judetean Teleorman, asigurand servicii de spitalizare continua pentru pacienti cu patologie acuta si cronica. Este un spital de monospecialitate, incadrat la categoria V, fiind singurul spital de acest tip din judetul Teleorman, el deservind si o parte din bolnavii domiciliati in judetele limitrofe- Arges si Olt.

Are ca obiect de activitate furnizarea de servicii medicale in specialitatile pneumoftiziologie si pneumologie, fiind situat la o distanta de 5 km fata de oras si 35 km fata de Spitalul Judetean de Urgenta Alexandria .

Spitalul de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede a fost infiintat in anul 1963 intr-o constructie de tip pavilionar ce apartinea unitatii de aviatie Rosiorii de Vede.

In prezent spitalul isi desfasoara activitatea intr-o cladire noua, cu infrastructura moderna si dotari la nivelul standardelor europene (centrala termica proprie racordata la sistemul de gaze, spalatorie si bucatarie cu dotari moderne, statie de oxigen, statie de epurare). Imobilul este de tip monobloc, cu 3 etaje iar compartimentarea respecta circuitele functionale ale spitalului.

Constructia spitalului a inceput in anul 1993 ca urmare a aprobarii studiului de fezabilitate pentru obiectivul de investitie "Spital TBC Rosiori de Vede cu 181 paturi" conform Acordului MFP nr.874/1991 si OMS nr.431/1991 si datorita problemelor financiare din sistemul sanitar s-a derulat pe parcursul a 16 ani, punerea in functiune fiind posibila abia in anul 2009.

Conducerea Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede este asigurată de un manager, persoana fizica, care indeplineste atributiile ordonatorului terțiar de credite. In cadrul spitalului functioneaza un comitet director, format din: managerul spitalului, directorul medical si directorul financiar – contabil.

Spitalul de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede este institutie publica finantata integral din venituri proprii si functioneaza pe principiul autonomiei financiare care presupune organizarea activitatii spitalului pe baza bugetului de venituri si cheltuieli, astfel incat cheltuielile necesare pentru realizarea serviciilor medicale sa fie acoperite din veniturile realizate.

Spitalul de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede a parcurs etapele de pregătire și evaluare în vederea acreditării, vizita comisiei ANMCS având loc în luna decembrie 2015.

Starea de sănătate a populației deservite

Serviciile de sănătate oferite de spital trebuie corelate cu starea de sănătate a populației, motiv pentru care eforturile noastre sunt în direcția îmbunătățirii stării de sănătate și de reducere a inechității în statusul de sănătate a anumitor grupuri populaționale (cu risc), dar și de reducere a morbidității prin boala endemo-epidemică TBC. Cu alte cuvinte, resursele spitalului trebuie adaptate continuu la nevoile populaționale din zona de deservire.

Structura spitalului permite acordarea de servicii medicale de pneumologie adulților din județul Teleorman dar și din județele limitrofe, având în organigramă 2 secții de pneumologie, cu un număr total de 181 de paturi, laboratoare de analize medicale și radiologie, două dispensare de specialitate.

Servicii medicale oferite de personalul medical al spitalului:

Personalul medical al spitalului desfășoară următoarele servicii medicale:

- consult clinic, radiografii toracice de performanță, bronho-scopii cu prelevare de aspirat bronșic, broșaj, biopsie bronșică, lavaj bronhoalveolar, puncții pleurale diagnostice, examenul lichidului pleural – citologic, biochimic, bacteriologic, puncții biopsii pleurale – pentru examen histopatologic, spirometrie simplă și cu teste bronhodilatatorii, EKG – electrocardiogramă, recoltare de spută spontană sau prin spălătură bronșică pentru examen, bacteriologic al sputei – pentru floră nespecifică și bacilul Koch (tuberculoză).

Structura organizatorică actuala a spitalului permite acordarea de servicii medicale în specialitățile pneumologie și pneumoftiziologie:

Tabel 1. Structura organizatorică a spitalului

Nr.crt.	Denumire secție/compartiment	Numar paturi conf.structura (181 paturi)	Numar paturi finantate (117 paturi)
1	Sectia pneumologie 1 -comp.pneumoftiziologie 1 -comp.TBC-MDR	91, din care 24 6	56, din care 33
2	Sectia pneumologie 2 -comp.pneumoftiziologie 2 -comp.TBC-MDR	90, din care 34 6	61, din care 38
3	Spitalizare de zi	10	10

Sursa: compartiment RUNOS - ordin MS nr. 8134/2016 de aprobare a structurii organizatorice

In structura spitalului se regasesc, de asemenea:

-camera de garda

-farmacie

-laborator analize medicale

-laborator radiologie si imagistica

-compartiment endoscopie bronsica

-compartiment explorari functionale

-compartiment de prevenire si control a infectiilor asociate asistentei medicale

-prosectura

-serviciul administrativ

-bloc alimentar

-spalatorie

-anexe socio-sanitare

-statie neutralizare deseuri periculoase rezultate din activitatea medicala, alcatuita din 3 incaperi cu destinatie de : camera neutralizator si toicator, depozit deseuri contaminate si depozit deseuri neutralizate

-ambulatoriu integrat 1-cabinet pneumologie Rosiorii de Vede

-ambulatoriu integrat 2-cabinet pneumologie Videle

- birou evaluare si statistica medicala

- birou I,SMCSS

Conform statului de functii si legislatiei in vigoare, acoperirea cu personal in cadrul Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede, Teleorman este in prezent urmatoarea:

Tabel 2. Situatiia resurselor umane ale spitalului, pe categ.profesionale la 31.12.2021

Categorie personal	Normat	Aprobat	Ocupat	% ocupat/normat	% categ.oc./tot.oc.
Medici	29	19	12	41.38%	9.76%
Alt personal sanitar superior	6	3	3	50.00%	2.44%
Personal sanitar mediu	88	55	45	51.14%	36.58%
Personal auxiliar sanitar	57	39	30	52.63%	24.39%
Personal TESA	22	22	13	59.09%	10.57%
Personal pentru activitatea de intretinere	34	25	20	58.82%	16.26%
TOTAL PERSONAL	236	163	123	52.12%	100%

Sursa: compartiment RUNOS Spital de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede

Se poate observa un deficit de personal, din care notabil este cel de personal medical (medici, alt personal sanitar superior, asistenti medicali, personal auxiliar sanitar).

Din punct de vedere financiar, Spitalul de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede este finantat din venituri proprii realizate din prestari servicii medicale contractate cu CAS Teleorman, venituri de la bugetul de stat si bugetul local (finantare investitie si programe nationale de sanatate). Conform Bugetului de venituri si cheltuieli, situatia veniturilor este urmatoarea:

Tabel 3. Situatiia veniturilor spitalului

Sursa de venit	Pondere an 2019		Pondere an 2020		Pondere an 2021	
	fara inv/cu inv		fara inv/cu inv		fara inv/cu inv	
Contracte incheiate cu CAS Teleorman	79.47	-	72.23	72.10		
Contracte incheiate cu DSP din sumele alocate de la bugetul de stat	17.71	-	15.97	15.94		
Bugetul local	1.35	-	10.00	10.16		
Venituri din prestari servicii	1.47	-	1.80	1.80		
Venituri din proprietate	0	-	0	-	-	-
Venituri din concesiuni si inchiriere	0	-	0	-	-	-

Sursa: compartiment financiar-contabilitate Spital de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede

Tabel 4. Analiza costurilor spitalului

Anul	Nr.pacienti externati	Nr.zile de spitalizare	Cost mediu / pacient	Cost mediu /zi spital.	Cost mediu /pat	Utilizare paturi	Durata spitaliz.	Rulaj pe pat
2013	2466	37732	3721.36	249.23	51955.10	208.46	14.93	13.96
2014	2562	36912	3022.50	213.64	43567.46	203.93	14.15	14.41
2015	2676	34938	3078.31	240.62	46446.75	193.03	12.79	15.09
2016	2301	30478	4486.55	338.72	57036.13	168.39	12.90	13.06
2017	2316	29295	6506.56	514.39	83255.23	161.85	12.29	13.17
2018	2489	34287	7595.55	551.38	104449.31	189.43	13.45	14.09
2019	2555	33850	7229.92	545.71	102057.73	187.02	12.92	14.47
2020	1582	26236	9092.31	548.26	79469.83	144.95	16.09	9.01
2021	2053	25082	8800.69	720.35	99822.21	138.57	11.86	11.68

Sursa: compartiment financiar-contabilitate Spital de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede

Evolutia indicatorilor de mai sus este corelata pe de o parte cu evolutia incidentei TBC - numarul de pacienti sau cu evolutia preturilor de consum – costul mediu pe pacient, costul mediu pe zi de spitalizare respectiv costul mediu pe pat. Exista de asemenea corelatie intre durata medie de spitalizare si numarul de zile de spitalizare care influenteaza in mod logic rulajul pe pat. De remarcat faptul ca durata de spitalizare are o evolutie descrescatoare de la 14.93 la 11.86, ceea ce este in consonanta cu normele UE si cu noile orientari ale proiectului legii sanatatii (in anul 2018 comparativ cu anul 2017 prezinta o tendinta crescatoare!).

Spitalul de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede este dotat cu aparatura moderna si performanta pentru realizarea diagnosticului si tratamentului patologiei specifice (aparate de radiologie fixe Philips Duodiagnost si Combigraph Quadro pentru radiografii pulmonare si radioscopii pulmonare, aparat de radiologie mobil, analizoare de hematologie si biochimie, aparat de electroforeza, analizor urina, aparat de explorari functionale, bronhoscop, electrocardiograf, defibrilator cardiac, ecograf portabil, spirometre, pulsoximetre, lampi bactericide, lampi UV, microscop, etuva sterilizare, aparat pentru masurat presiunea gazelor in sange, sistem informatic integrat Hipocrate – RSC Bucuresti functional in toate compartimentele spitalului).

Situatia principalilor indicatori de performanta realizati.

Echipele Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede urmaresc si analizeaza periodic valorile realizate ale indicatorilor de performanta comparativ cu valorile propuse precum si cu mediile nationale, pentru imbunatatirea situatiei (anexe atasate). Analizând activitatea spitalului în ultimii 3 ani pe baza indicatorilor realizați se poate constata o creștere semnificativă a numărului de cazuri externate, deci creșterea adresabilității către spital a pacienților cu probleme pulmonare.

Indicatorii de utilizare a serviciilor și indicatorii de calitate ai spitalului sunt prezentati in tabelul de mai jos.

Tabel 5. Situatie valorilor realizate de spital la indicatorii de performanta

Categorie de indicator	DENUMIRE INDICATOR	Valori medii nationale	2019	2020	2021
A. Indicatori de management al resurselor umane	Numar mediu de bolnavi externati pe un medic	225 bolnavi/an	197	132	171
	Numar mediu de bolnavi externati la o asistenta	49 bolnavi/an	51	34	46
	Proportia medicilor din totalul	7,11	10,00	9,60	9,76

	personalului angajat				
	Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului	52,42	50.77	48.80	49.59
	Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical	16,71	28.79	29.51	31.15
	Numar mediu de consultatii efectuate in ambulatoriu pe un medic	4.525	3411	2029	2112
	Numar mediu de consultatii pe medic in camera de garda/UPU	240	91	96	108
B. Indicatori de utilizare a serviciilor	Numar pacienti externati - total	Valoare proprie	2555	1582	2053
	Durata medie de spitalizare pe spital	20,20	12.92	16.09	11.86
	Rata de utilizare a paturilor pe spital (zile)	292,00	187.02	144.95	138.57
	Rata de utilizare a paturilor pe spital (%)	80,00	51.24	39.71	37.96
	Indicele de complexitate a cazurilor pe total spital	0.8581 DRG- pneumo	1.22691	1.19380	1.15773
	Proportia pacientilor internati din totalul pacientilor prezentati la camera de garda	Valoare proprie	85.53	87.83	60.78
	Proportia urgentelor din totalul pacientilor internati	30	26.51	34.97	37.68
	Procentul pacientilor cu complicatii si comorbiditati din totalul pacientilor externati	Valoare proprie	98.12	96.46	92.74
C. Indicatori economico-financiari	Executie bugetara fata de bugetul de cheltuieli aprobat (%)	Valoare proprie	94.00	87.61	84.00

	% veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului	Valoare proprie	60.00	69.80	66.00
	% cheltuielilor de personal din total chetuieli ale spitalului	Valoare proprie	83.00	81.00	83.00
	% cheltuielilor cu medicamente in totalul cheltuielilor spitalului	Valoare proprie	2.00	2.63	1.57
	% cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor spitalului	Valoare proprie	0.00	0.27	0.70
	Costul mediu pe zi de spitalizare	Valoare proprie	545.71	548.26	720.35
D. Indicatori de calitate	Rata mortalitatii intraspitalicesti pe spital	1,58	1.53	1.39	1.61
	Rata infectiilor asociate asistentei medicale	Valoare proprie	0.43	0.44	1.02
	Rata pacientilor reinternati fara programare in 30 de zile de la externare	Valoare proprie	6.03	5.50	6.23
	Indice de concordanta intre diagnosticul la internare si diagnosticul la externare	Valoare proprie	97.85	97.41	96.88
	Procentul pacientilor internati si transferati catre alte spitale	30	1.02	3.16	3.12
	Numar reclamatii / plangeri pacienti	Valoare proprie	3	3	0

Sursa: compartiment I,SMCSS Spital de Pneumoftiziologie Rosiori

Se observa urmatoarele:

- scaderea numarului de consultatii acordate in ambulatoriul spitalului
- cresterea semnificativa a accesarii serviciilor de sanatate ale spitalului, marea majoritate a pacientilor fiind spitalizati continuu (datorata faptului ca in anii 2016-2017-2018-2019-2020-2021 s-au acordat si servicii medicale in regim de spitalizare de zi)
- rata de utilizare a paturilor se situeaza intr-un trend ascendent in ultimii doi ani
- o usoara crestere a duratei medii de spitalizare totale in ultimul an
- cresterea usoara a ratei pacientilor reinternati fara programare in 30 de zile de la externare
- ICM in crestere un ultimul an precum si in anul 2018 fata de anul 2017 cand scazuse fata de cel din anul anterior 2016

Analiza activitatii clinice a spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede:

Tabel 6. Analiza distributiei geografice a pacientilor internati

Zona geografica/judet	Anul 2016	Anul 2017	Anul 2018	Anul 2019	Anul 2020	Anul 2021
Teleorman	2258	2260	2414	2495	1527	2005
Alte judete	50	61	69	63	40	60
Total pacienti internati	2308	2321	2483	2558	1567	2065

Sursa: compartiment I,SMCSS Spital de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede

Tabel 7. Analiza distributiei activitatii clinice pe sectii

Anul	Sectia	Numar internari (aflati+intrati)	Numar externari	Zile contabile	Zile la externare	Durata zile externare	Durata zile contabile
2016	Pneumoftiziologie	288	351	15938	16341	46.56	45.41
	Pneumologie	2075	1950	14540	14491	7.43	7.46
	Total	2363	2301	30478	30832	13.40	13.25
	Sectia I pnf	1470	1432	17170	17392	12.15	11.99
	Sectia II pnf	893	869	13308	13440	15.47	15.31
	Total	2363	2301	30478	30832	13.40	13.25
2017	Pneumoftiziologie	334	311	15115	14366	46.19	45.25
	Pneumologie	2049	2005	14180	14257	7.11	6.92
	Total	2383	2316	29295	28623	12.36	12.29
	Sectia I pnf	1076	1059	10521	10923	10.31	9.78
	Sectia II pnf	1307	1257	18774	17700	14.08	14.36
	Total	2383	2316	29295	28623	12.36	12.29
2018	Pneumoftiziologie	385	347	18148	18209	52.48	47.14
	Pneumologie	2165	2142	16139	16517	7.71	7.45
	Total	2550	2489	34287	34726	13.95	13.45
	Sectia I pnf	1058	1041	11143	11093	10.66	10.53
	Sectia II pnf	1492	1448	23144	23633	16.32	15.51
	Total	2550	2489	34287	34726	13.95	13.45
2019	Pneumoftiziologie	367	325	17814	17006	52.33	48.54
	Pneumologie	2252	2230	16036	16224	7.28	7.12
	Total	2619	2555	33850	33230	13.01	12.92
	Sectia I pnf	1085	1063	10862	10803	10.16	10.01
	Sectia II pnf	1534	1492	22988	22427	15.03	14.99

	Total	2619	2555	33850	33230	13.01	12.92
2020	Pneumoftiziologie	267	236	14753	15648	66.31	55.25
	Pneumologie	1364	1346	11483	11766	8.74	8.42
	Total	1631	1582	26236	27414	17.33	16.09
	Sectia I pnf	733	714	9211	9360	13.11	12.57
	Sectia II pnf	898	868	17025	18054	20.80	18.96
	Total	1631	1582	26236	27414	17.33	16.09
2021	Pneumoftiziologie	270	238	11398	11909	50.04	42.21
	Pneumologie	1844	1828	13684	13654	7.47	7.42
	Total	2114	2053	25082	25563	12.45	11.86
	Sectia I pnf	944	912	9359	9350	10.25	9.91
	Sectia II pnf	1170	1141	15723	16213	14.21	13.44
	Total	2114	2053	25082	25563	12.45	11.86

Sursa: compartiment I,SMCSS Spital de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede

Tabel 8. Analiza morbiditatii prin TBC in judetul Teleorman:

	Anul 2018		Anul 2019		Anul 2020		Anul 2021	
	Cifra	Indicator	Cifra	Indicator	Cifra	Indicator	Cifra	Indicator
URBAN	82	55.62	66	44.76	51	34.58	41	27.79
RURAL	256	105.77	216	89.25	147	60.74	130	53.72
TOTAL	338	86.79	282	72.41	198	50.84	171	43.91

Sursa: compartiment I,SMCSS Spital de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede

Tabel 9. Analiza mortalitatii prin TBC in judetul Teleorman:

	Anul 2018		Anul 2019		Anul 2020		Anul 2021	
	Cifra	Indicator	Cifra	Indicator	Cifra	Indicator	Cifra	Indicator
URBAN	6	4.07	4	2.71	5	3.39	4	2.71
RURAL	28	11.57	18	7.44	20	8.26	20	8.26
TOTAL	34	8.73	22	5.65	25	6.42	24	6.16

Sursa: compartiment I,SMCSS Spital de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede

Tabel 10. Analiza morbiditatii spitalizate, primele 10 cazuri

Nr crt	Cod diag.	Denumire diagnostic medical	Anul 2018			Anul 2019			Anul 2021		
			Nr. cazuri	Nr. zile	dms	Nr. cazuri	Nr. zile	dms	Nr. cazuri	Nr. zile	dms
1	J44.1	BPOC	1161	8137	7.01	628	5118	8.15	730	5455	7.47
2	J47	Bronsiectazia	511	2869	5.61	267	1893	7.09	396	2064	5.21
3	J18.9	Pneumonia, nesp.	223	2387	10.70	201	2364	11.76	128	1152	9.00
4	A15.0	Tub.pulm.conf.ex.micr.	196	11412	58.22	187	13026	69.66	183	9545	52.16

5	A16.0	Tub.pulm.cu inv.bact.	58	1975	34.05	20	968	48.40	18	483	26.83
6	D38.1	Tumora traheii,bronhii	23	187	8.13	13	85	6.54	6	45	7.5
7	J15.9	Pneumonie bact.nesp.	6	55	9.17	2	25	12.50	0	0	0
8	J45.9	Astm, nesp.	40	240	6.00	17	94	5.53	12	57	4.75
9	A15.1	Tub.pulm.conf.culturi	29	1793	61.83	12	895	74.58	18	959	53.28
10	A16.5	Pleurezie tuberculoasa	12	528	44.00	2	124	62.00	3	287	95.67
Total			2555	33230	13.01	1582	27414	17.33	2053	25563	12.45

Sursa: compartiment I,SMCSS Spital de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede

Se observa o tendinta de scadere a DMS pe total spital si de crestere a numarului de pacienti internati/externati in ultimul an.

ANALIZA SWOT

Analiza Swot a Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede releva aspectele necesare analizei de situatie si constituie baza elaborarii de propuneri pentru imbunatatirea calitatii serviciilor medicale oferite de spital.

Analiza SWOT (Strenghts Weaknesses Oportunities Threats), este o metoda de planificare strategica utilizata pentru a evalua punctele tari, punctele slabe, oportunitatile si amenintarile ce caracterizeaza si influenteaza anumiti factori din cadrul unui proiect sau organizatii.

AnalizaSWOT grupeaza informatiile in doua categorii principale:

- Factori interni – punctele forte si punctele slabe interne
- Factori externi – oportunitatile si amenintarile din mediul extern

In exercitarea atributiilor sale Spitalul de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede colaboreaza cu autoritatile administratiei publice locale (Consiliul Judetean), cu institutii publice de specialitate din tara (Institutul Marius Nasta Bucuresti), cu organizatiile profesionale (Colegiul Medicilor Teleorman, Colegiul Farmacistilor Teleorman, Ordinul Asistentilor Generalisti, Moaselor si Asistentilor Medicali Teleorman) si cu alte unitati spitalicesti din judetul nostru si din judetele limitrofe.

Tabel 11. Analiza SWOT a spitalului:

MEDIUL	INTERN
<p style="text-align: center;">PUNCTE TARI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Adresabilitate buna 2) Personal calificat cu experienta profesionala atat medici cat si personal sanitar cu studii medii 3) Conditii hoteliere bune, dotare corespunzatoare cu aparatura medicala 4) Amplasarea spitalului in afara mediului urban aglomerat 5) Laboratoare si compartimente specializate de investigatie dotate cu aparatura performanta 6) Existenta in toate dispesarele PNF teritoriale a personalului calificat cu experienta profesionala atat medici cat si personal sanitar cu studii medii, dotarea corespunzatoare a acestor dispesare. 7) Numar suficient de paturi pentru tuberculoza aflate intr-o singura locatie, la care accesul din orice colt al judetului este facil. 8) Aprovizionarea cu medicamente specifice, corespunzatoare, ritmica . 9) Colaborarea si comunicarea foarte buna intre unitatile de PNF si DSP , CJAS Teleorman, unitatea centrala a PNCT. 10) Vizitele in teren se deruleaza cu autoturismul Fiat primit de la Fondul Global impreuna cu medicii din dispesarele PNF. 11) Amplasarea statiei de ambulanta din oras da posibilitatea accesului rapid in cazul solicitarii acestui serviciu. 	<p style="text-align: center;">PUNCTE SLABE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lipsa unui mijloc de transport pentru pacienti – relativa izolare- avand in vedere faptul ca spitalul este amplasat la circa 5 km de orasul Rosiorii de Vede, lipsind mijloacele de transport in comun, facand astfel dificila deplasarea atat a pacientilor cat si a personalului 2) Subordonarea dispesarelor PNF, spitalelor teritoriale, creaza dificultati de aprovizionare si in aplicarea sarcinilor specifice PNCT. 3) O colaborare dificila cu medicii de familie implicati direct in tratamentul sub directa observare. 4) Un numar redus de asistenti comunitari pentru o populatie de 393164 locuitori, care la finele semestrului I 2015 avea urmatoarea structura pe grupe de varsta: 0 – 14 ani: 52055 (13.24%); 15 – 59 ani : 234326; (59.6%) ; 60 ani si peste: 106783 (27.16%). Deci, o populatie imbatranita, cu multiple boli cronice, pentru supravegherea carora, cele 10 asistente comunitare, sunt total insuficiente (la sfarsitul anului 2021, judetul Teleorman fiind cel mai imbatranit judet din tara, cu o varsta medie de 46.8 ani). 5) Venituri proprii reduse. 6) Deficit de personal medical superior si personal sanitar mediu si auxiliar. 7) Deficienta in asumarea responsabilitatilor, un climat organizational care nu favorizeaza munca in echipa. 8) Insuficienta implicare a medicilor epidemiologi in controlul tuberculozei, fenomen care duce la un numar cat mai redus de anchete epidemiologice finalizate.

MEDIUL**EXTERN****OPORTUNITĂȚI**

- 1) Pozitia orasului buna prin amplasare si prin faptul ca este nod de cale ferata, oferind accesul facil al pacientilor
- 2) Declararea de catre OMS a TB ca urgenta mondiala inca din anul 1993, decizia Guvernului Romaniei de a aproba Strategia Nationala de Control a Tuberculozei in Romania 2015-2020
- 3) Finantarea cursurilor de EMC pentru personalul implicat in DOTS (medici de familie, asistente medicale din reseaua PNF, a asistentelor medicale (CMI) din fonduri nerambursabile europene.
- 4) Derularea la nivelul spitalului a PNCT.
- 5) Scaderea incidentei si prevalentei TBC in Romania, avand in vedere ca prevalenta TBC in Romania este mult peste media europeana.
- 6) Accesul la servicii de sanatate specifice pentru aceasta categorie de pacienti, adresabilitate crescuta a unei comunitati bine conturate.
- 7) Atragerea factorilor decizionali de la nivelul Consiliului Judetean in procesul de modernizare si dotare a spitalului.
- 8) Atragerea unor surse externe de finantare (firme private, oameni de afaceri din zona)
- 9) Diversificarea serviciilor oferite

AMENINȚĂRI

- 1) Scaderea procentului din PIB pentru sanatate , problemele financiare ale sistemului public de sanatate.
- 2) Implicarea redusa a medicului de familie in aplicarea DOTS
- 3) Nivel scazut de educatie sanitara a populatiei .
- 4) Lipsa fondurilor pentru dotarea cu aparatura necesara investigatiilor radiologice in judet.
- 5) Cresterea morbiditatii HIV- SIDA (dintre pacientii spitalului: anul 2016: 3, anul 2015:2, anul 2014:1, anul 2013:1)
- 6) Finantarea discontinua , cresterea datoriilor ca urmare a subfinantarii sistemului sanitar.
- 7) Situatiia socio-economica din teritoriu, foarte multa populatie paupera (nivelul de trat scazut, in prezent judetul Teleorman este pe locul 1 din tara privind rata somajului).
- 8) Inertia personalului la schimbare.
- 9) Reducerea numarului de paturi finantate fata de numarul de paturi aprobate in structura organizatorica
- 10) Concurenta sectiei de pneumoftiziologie a spitalului Caracal
- 11) Decontari ale serviciilor medicale sub nivelul celor efectiv realizate

2. Misiunea, viziunea si valorile Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede

Motto-ul nostru este: „Sanatatea este bunul cel mai de pret al omului. Pretuieste-ti sanatatea!”

Dezideratul nostru principal este «VINDECAREA BOLII ȘI RECUPERAREA TOTALĂ», sau, în ultima situație «AMELIORAREA SIMPTOMATOLOGIEI» cu respectarea drepturilor pacienților, având în vedere permanent SATISFAȚIA PACIENTULUI.

Misiunea Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede este aceea de a îmbunătăți sănătatea comunității din arealul pe care-l deservește și de a excela la capitolul calitatea serviciilor medicale prestate pacienților.

Spitalul în colaborare cu partenerii sai căutăm soluții concrete pentru asigurarea educării continue a personalului medical, asigurarea condițiilor optime pentru dezvoltarea profesionala și, nu în ultimul rând, asigurarea unui mediu optim pentru desfășurarea în bune condiții a actului medical din punctul de vedere al prevenției, diagnosticării și tratamentului tuberculozei.

Viziunea: Ne propunem ca spitalul nostru sa devina cel mai bun furnizor de servicii medicale din intreaga regiune (judetul nostru si cele limitate acestuia), etalon al profesionalismului si calitatii serviciilor medicale prestate pacientilor.

Scopul : Pentru a deveni cea mai primitoare unitate sanitara din acest areal, preocuparile se axeaza pe:

- **Imbunatatirea serviciilor medicale oferite pacientilor**
- **Desfasurarea de activitatii de instruire interna si de dezvoltare a cunostintelor medicale ale personalului**
- **Dezvoltarea unei infrastructuri si a unui mediu de asistenta medicala de calitate**
- **Creerea unui mediu optim pentru dezvoltarea profesionala a angajatilor**
- **Cresterea nivelului de satisfactie al pacientilor**

Astfel, asigurăm condițiile necesare atingerii obiectivelor prin implementarea, menținerea și îmbunătățirea continuă a sistemului de management propriu. Suntem convinși că principiile noastre teoretice și practice referitoare la aceste aspecte contribuie la sporirea încrederii pacienților față de serviciile noastre, ceea ce de fapt constituie sursa succesului nostru.

Personalul nostru de la toate nivelurile reprezintă esența spitalului și de aceea ne asigurăm să menținem un mediu optim care să permită fiecărui angajat să își pună în valoare și să își dezvolte cunoștințele, experiența și abilitățile personale, înțelegând și respectând cerințele sistemului de management al calitatii serviciilor medicale.

Conducerea își asumă răspunderea comunicării acestei politici în cadrul spitalului, precum și analizării ei periodice, pentru a fi în mod continuu adecvată scopului.

Valorile Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede:

- Excelența în îngrijirea pacientului, garantarea calitatii și siguranței actului medical
- Profesionalism și colegialitate, creativitatea, munca în echipă și mandrie
- Dedicare față de educație, cercetare inovatoare
- Primordialitatea criteriilor de performanță în activitatea spitalului nostru
- Optimizarea raportului cost / eficiența în administrarea spitalului
- Asigurarea condițiilor de accesibilitate și echitate pacienților deserviti, îmbunătățirea continuă a condițiilor implicate în asigurarea satisfacției pacientului și a personalului angajat

3. Obiective strategice ale Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede în domeniul calitatii

A. Obiective strategice pe termen lung

1. Creșterea calității serviciilor medicale furnizate pacienților

Calitatea

Serviciile medicale au caracteristici aparte - nu pot fi testate înainte de beneficiari, ele variază de la un furnizor la altul, producerea și consumul lor sunt concomitente, se adresează unor clienți cu nevoi și pretenții ce variază larg, sunt influențate de finanțe, tehnologie, știința medicală.

De aceea, trebuie să existe obligatoriu compartimente care să stabilească și să impună măcar standardele minime sub care să nu poată exista posibilitatea furnizării acestora.

Studiile efectuate până în prezent au concluzionat că în domeniul sanitar, pentru a putea defini calitatea îngrijirilor medicale, sunt necesare enumerarea tuturor elementelor implicate în obținerea satisfacției pacientului, respectiv:

- *latura tehnică a îngrijirilor de sănătate* – se referă la acuratețea procesului de diagnostic și de tratament, iar calitatea să este evaluată prin comparație cu cel mai bun act medical practicat la un moment dat;

- *latura interpersonală a îngrijirilor de sănătate* – este reprezentată de elementele umaniste ale îngrijirilor de sănătate și de relațiile sociale și psihologice stabilite între pacient și furnizorul de servicii sanitare, concretizate precum și explicațiile cu privire la boală și tratament și informațiile primite de furnizor de la pacientul său;

- *accesibilitatea* – se referă la timpul de așteptare al pacientului pentru a face o programare;

- *disponibilitatea resurselor pentru îngrijirile de sănătate* - numărul furnizorilor de îngrijiri de sănătate;

- *continuitatea îngrijirilor de sănătate* - contribuie la obținerea unui beneficiu maxim sau a unei utilizări maximale a resurselor.

Atât aspectul tehnic, cât și cel interpersonal aparțin în egală măsură științei și artei, fără a fi posibil să se traseze o linie de demarcație foarte clară între acestea. Pacienții apreciază prioritar latura umană sau interpersonală a îngrijirilor, considerând-o drept unul dintre cele mai importante aspecte pe care aceștia le iau în considerare atunci când sunt în situația de a evalua calitatea serviciilor medicale.

Această afirmație se înscrie în spiritul definiției celei mai acceptate a calității, aplicabilă tuturor serviciilor: ***calitatea reprezintă satisfacerea necesităților clientului.***

Având în vedere că, încet-încet, exigența pacienților a început să crească și calitatea serviciilor medicale de care aceștia beneficiază înregistrează o curbă ascendentă, **Spitalul trebuie să-și gândească viitorul** nu numai la nivel de supraviețuire, ca până acum, ci și ca ofertant de servicii de calitate pentru utilizatorii sai, cu așteptări noi.

Odată cu internarea sa, pacientul se află în centrul atenției, calitatea actului medical, în toate componentele sale, fiind cea care va asigura trăinicia spitalului.

2. Diversificarea serviciilor medicale oferite

- Infiintarea unei sectii de ingrijiri paliative, a cpt.somnologie
- Infiintarea unui departament de recuperare medicala- kinetoterapie, recuperare post Covid-19
- Infiintarea departamentului de bacteriologie specifica si nespecifica in cadrul Laboratorului de investigatii paraclinice

3. Acoperirea cu personal de specialitate a posturilor vacante

- Implementarea unei politici de personal care să rezolve deficitul de personal
- Cresterea numarului de profesioniști, a personalului medical superior și mediu – asistente, personal sanitar auxiliar - infirmiere , în vederea completării schemei de personal deficitara
- Stimularea și recompensarea personalului medical și nemedical (de suport)

4. Finalizarea investitiei in curs

- Amenajarea peisagistica a incintei spitalului – in prezent pacientii nu pot beneficia de confortul unui parcul, de relaxare in aer liber - de aeroterapie;
- Reabilitarea si modernizarea Dispensarului TBC Rosiorii de Vede care indeplineste rolul de ambulatoriu integrat de specialitate;
- Punerea in valoare a unor spatii existente, in prezent neutilizate, prin amenajarea unei incaperi destinate arhivei medicale a spitalului pentru FOCG ale pacientilor din forma de spitalizare continua, a unei incaperi destinate arhivei medicale a spitalului pentru FOCG ale pacientilor din forma de spitalizare de zi precum si a unei incaperi destinate arhivei medicale a spitalului aferente pacientilor din dispensarul TBC Rosiorii de Vede ;
- Punerea in valoare a unor spatii existente, in prezent neutilizate, prin amenajarea unei incaperi destinate reculegerii religioase a pacientilor nostrii;
- Dotari specifice conform planului de achizitii anual.

5. Dezvoltarea unui proces de analiza a chestionarelor de Feedback ale pacientilor si a chestionarelor de satisfactie

- analiza lunara a chestionarelor de Feedback transmise prin SMS si e-mail pacientilor
- analiza lunara a chestionarelor de satisfactie aplicate pacientilor
- propuneri pentru masuri de imbunatatire a calitatii serviciilor medicale oferite in urma analizei chestionarelor; avand in vedere ca satisfactia pacientului este in stransa dependenta cu claritatea informatiilor oferite si aceasta ar putea fi un semn important al calitatii comunicarii medic - pacient

6. Dezvoltarea unor activitati specifice in vederea sustinerii si promovarii serviciilor medicale furnizate de spital (publicitatea institutionala si profesionala: pagina web, publicatii de specialitate, participare la intalniri si evenimente relevante in domeniu)

- pliante de prezentare a spitalului
- pliante de prezentare a unui stil de viata sanatos
- intalniri, simpozioane anuale (7 aprilie – ziua mondiala a sanatatii, 24 martie – ziua mondiala de lupta impotriva tuberculozei, 19 noiembrie – ziua nationala fara tutun, 17-19 septembrie – ziua mondiala a sigurantei pacientului, 5 mai – ziua mondiala a igienei mainilor)
- interviuri, emisiuni pe postul local si judetean de televiziune, campanii de promovare a spitalului in mass media

7. **Implementarea standardelor aplicabile de acreditare a spitalelor** plin aplicarea masurilor de corectie si imbunatatire asupra neconformitatilor constatate la data vizitei – luna decembrie 2015, avand in vederea faptul ca in timpul vizitei sunt analizati peste 1700 indicatori din 11 referinte si certificatul de acreditare contine procentajul final de indeplinire a cerintelor - vizita viitoare in semestrul I din anul 2022 pentru acreditare ciclul II.

B. Alte obiective strategice importante:

1. Asigurarea continuitatii serviciilor medicale prin externarea dirijata din spital , prin cele 5 dispensare de PNF din judet (continuitatea tratamentului si evaluarea cazurilor la final tratament)
2. Monitorizarea implementarii managementului calitatii în spital, certificata ISO 9001:2015 (Certificat calitate MRC Nr. 979C din data de 18.12.2021) pentru urmatoarele activitati: servicii medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua si de zi, asistenta medicala ambulatorie pentru specialitatea pneumologie si pentru specialitati paraclinice, pentru mediu și pentru protecția în muncă
3. Obținerea certificării ISO RENAR 15189 pentru laboratorul de analize medicale

4. Identificarea problemelor de calitate ale Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede

Din analiza sugestiilor mentionate de pacienti in chestionarele de satisfactie completate pe anul trecut , din analiza sugestiilor mentionate de pacienti in chestionarele de feedback precum si din observarea directa asupra problemelor de calitate a membrilor nucleului de calitate si a personalului din cadrul compartimentului SMCSS, s-au identificat urmatoarele probleme de calitate ale Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede:

- 1.Nemultumiri ale pacientilor privind amabilitatea si disponibilitatea personalului medical, comportamentului personalului spitalului si privind timpul acordat unei consultatii
- 2.Nemultumiri ale pacientilor privind timpul realizarii unei externari/internari
- 3.Nemultumiri ale pacientilor privind varietatea meniurilor
- 4.Lipsa unui parc in incinta spitalului (fantini nefunctionale, pomi uscati, banci degradate ce necesita unele reparatii si vopsirea lor, cosuri de gunoi degradate)
- 5.Lipsa unor facilitati de petrecere a timpului pentru pacientii cronici (club)
- 6.Dotare slaba a saloanelor (noptiere, iluminat la pat, butoane de panica, televizoare, frigidere)
- 7.Nemultumiri ale pacientilor / apartinatorilor precum si ale angajatilor spitalului privind asigurarea sigurantei in cele trei dimensiuni ale sale, si anume: siguranta pacientului, siguranta personalului si siguranta mediului de lucru
- 8.Activitate lipsita de diversitate si neeficace (avand in vedere cresterea in ultimii trei ani a costurilor medii pe pacient, pe ziua de spitalizare si pe pat , dupa cum se observa din datele

prezentate în tabelul nr.4 precum și valoarea mare a serviciilor medicale realizate și nedecantate de CJAS Teleorman-tabelul nr.14)

5. Prioritizarea problemelor de calitate identificate și stabilirea direcțiilor de acțiune în domeniul calitatii

Matricea de prioritizare a problemelor este un instrument folosit pentru evaluare bazat pe un set explicit de criterii determinate de grupul de lucru, criterii legate de obicei de importanța problemei pentru pacient și pentru spital, controlul spitalului asupra schimbării, fezabilitatea acesteia, datele și resursele disponibile, vizibilitatea asupra schimbării și măsura în care aceasta este recomandabilă. Grupul de lucru acordă scoruri de la 1 (cel mai mic) la n, unde n este rangul ultimei probleme. Problema care înregistrează scorul cel mai mare este cea mai importantă și asupra ei se va concentra mai departe echipa de calitate.

Matricea de prioritizare a problemelor poate fi modificată prin construcția unui sistem de evaluare care să punteze și răspunsurile la următoarele întrebări:

- este necesară problema pentru a susține activitatea spitalului, a reduce riscul și costul?
- care este termenul de implementare și cât de flexibil este?
- cât de urgentă este problema pentru spital?
- în ce măsură problema va duce la creșterea sau reducerea resurselor de personal?
- cine va beneficia de rezolvarea acestei probleme?
- în ce măsură rezolvarea acestei probleme va îmbunătăți eficiența spitalului?
- care este costul de implementare?

Avantajele metodei de prioritizare prezentată sunt următoarele:

- oferă o metodă rapidă, ușor de aplicat
- oferă o analiză obiectivă
- facilitează atingerea unui consens atunci când grupul de lucru este format din mai multe persoane
- stabilește aspectele importante în procesul de prioritizare
- cuantifică deciziile luate și stabilește o ierarhie

Procesul prin care spitalul poate elabora un sistem de prioritizare a problemelor poate fi alcătuit din următoarele etape:

- determinarea criteriilor de prioritizare și a grilei de punctaj
- stabilirea ponderii pentru fiecare criteriu ales
- crearea matricei de prioritizare
- lucrul în echipă pentru punctarea problemelor
- discutarea rezultatelor și prioritizarea problemelor

Tabel 12. Matricea de prioritizare a problemelor

Nr. crt.	Criteriu	Pondere	Scorul problemei (note de la 1 la 8)								Total
			Problema identificata								
			Pr.1	Pr.2	Pr.3	Pr.4	Pr.5	Pr.6	Pr.7	Pr.8	
1	Importanta problemei pentru pacient	25	7	5	4	6	3	1	2	8	152
2	Importanta problemei pentru spital	25	4	1	2	3	5	6	8	7	207
3	Controlul spitalului asupra schimbarii	5	4	5	6	2	1	3	7	8	176
4	Fezabilitatea problemei	15	4	6	7	5	1	3	2	8	161
5	Datele si resursele disponibile	5	6	5	4	8	2	7	3	1	141
6	Vizibilitatea asupra schimbarii	5	7	4	5	8	2	3	1	6	145
7	Masura in care schimbarea este recomandabila	5	4	5	2	1	3	6	7	8	188
8	Gradul in care problema se alinieaza la strategia de dezvoltare	15	1	2	3	6	5	4	7	8	200
	Scor total problema	100	4.1	4.7	4.2125	2.4	3.55	4.3	4.8	7.35	-

Selectarea unei probleme prioritare

In urma analizei si a prioritizarii problemelor identificate, se constata ca primele 3 probleme cu scorurile cele mai mari sunt urmatoarele:

- problema 8: Activitate **lipsita de diversitate** si neeficace (avand in vedere cresterea in ultimul an a costurilor medii pe pacient, pe ziua de spitalizare si pe pat , dupa cum se observa

din datele prezentate in tabelul nr.4 precum si valoarea mare a serviciilor medicale realizate si nedecontate de CJAS Teleorman) , scor 7.35;

- problema 7: Nemulumiri ale pacientilor / apartinatorilor precum si ale angajatilor spitalului privind **asigurarea sigurantei** in cele trei dimensiuni ale sale, si anume: siguranta pacientului, siguranta personalului si siguranta mediului de lucru, scor 4.8;

- problema 2: Nemulumiri ale pacientilor privind timpul realizarii unei externari, scor 4.7.

Consideram ca problema de o importanta deosebita: Activitate medicala lipsita de diversitate si neeficace (avand in vedere cresterea in ultimul an a costurilor medii pe pacient, pe ziua de spitalizare si pe pat , dupa cum se observa din datele prezentate in tabelul nr.4 precum si valoarea mare a serviciilor medicale realizate si nedecontate de CJAS Teleorman-tabelul nr.14).

Faptul ca activitatea medicala nu este suficient de diversificata, va duce pe termen mediu si lung la scaderea adresabilitatii unei categorii de pacienti, la limitarea capacitatii spitalului de a contracta servicii cu CAS, prin urmare, la limitarea veniturilor si la scaderea satisfactiei atat a personalului angajat, care nu poate profesa la intreaga sa capacitate, cat si a pacientilor.

Consideram ca problema prioritara: Nemulumiri ale pacientilor / apartinatorilor precum si ale angajatilor spitalului privind **asigurarea sigurantei** in cele trei dimensiuni ale sale, si anume: **siguranta pacientului, siguranta personalului si siguranta mediului de lucru.**

6. Elaborarea masurilor de solutionare a principalei probleme de calitate identificate.

Serviciile medicale au caracteristici aparte si anume ele nu pot fi testate inainte de beneficiari, variaza de la un furnizor la altul, producerea si consumul lor sunt concomitente, se adreseaza unor clienti cu nevoi si asteptari ce variaza larg, sunt influentate de finante, tehnologie, stiinta medicala.

Pacientii in general apreciaza prioritar latura umana sau interpersonală a ingrijirilor, considerand-o drept unul dintre cele mai importante aspecte pe care acestia le iau in considerare atunci cand sunt in situatia de a evalua calitatea serviciilor medicale.

Obiectivul Spitalului de Pneoftiziologie Rosiorii de Vede in privinta calitatii este urmatorul: cresterea eficientei economice a activitatii spitalului, diversificarea gamei de servicii medicale oferite, imbunatatirea utilizarii resurselor umane, materiale si financiare, asigurarea educării continue a personalului medical, asigurarea condițiilor optime pentru dezvoltarea profesionala și, nu în ultimul rând, asigurarea unui mediu optim si sigur pentru desfășurarea în

bune condiții a actului medical din punctul de vedere al prevenției, diagnosticării și tratamentului tuberculozei, având în permanentă în centrul atenției pacientul.

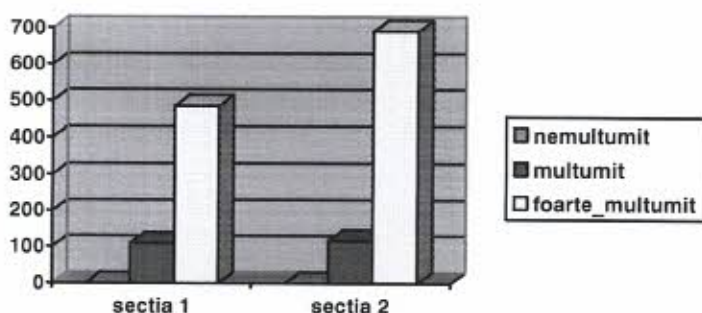
În prezent, prin centralizarea **chestionarelor de feedback** transmise pacienților prin SMS și e-mail de către MS în anul 2017 (perioada iunie-decembrie) și în anii 2018, 2019, 2020, 2021 s-au obținut următoarele date:

	Anul 2018	Anul 2019	Anul 2020	Anul 2021
1. Număr pacienți internați în perioada de referință	2483	2558	1567	2065
2. Număr chestionare transmise în perioada de referință (număr pacienți ce au completat la datele personale numărul de telefon sau adresa de email)	622	423	471	970
3. Număr chestionare completate prin SMS	13	14	9	44
4. Număr chestionare completate online (e-mail)	19	15	34	122
5. Total chestionare analizate	32	29	43	166
6. Procent pacienți respondenți (chestionare) % (5/2)	5.14	6.86	9.13	17.11

În prezent, prin centralizarea chestionarelor de satisfacție (anexa – rapoarte lunare chestionare de satisfacție pacienți an 2021) aplicate pacienților externati în cursul anului 2021, s-au obținut următoarele date – **impresia generală an 2021**:

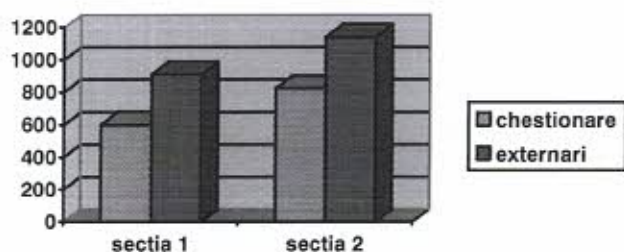
IMPRESIA GENERALA AN 2021

impresia_generala	sectia 1	sectia 2
nerespondenti	8	17
multumit	110	117
foarte multumit	485	691



NUMAR CHESTIONARE/EXTERNARI AN 2021

numar	sectia 1	sectia 2
chestionare	603	825
externari	912	1141



In spitalul nostru in perioada ianuarie – decembrie 2021 (lunile mai si decembrie 2021, intr-o zi , prin sondaj inopinant) au fost organizate de catre Directorul Medical interimar si SMCSS doua campanii de evaluare a satisfactiei pacientilor. Astfel au fost chestionati pacientii :

Luna	Numar externari	Nr.pacienti chestionati	Raspuns : f.bine	Raspuns : bine
Mai 2021	148	51	33	18
Decembrie 2021	225	74	74	0
Total	373	125	107	18

Deci un numar de 125 de pacienti chestionati, reprezentind 33.51 % din nr. total de 373 pacienti externati. Au acordat calificativ de « foarte bine » un numar de 107 pacienti din 125 respondenti, reprezentand 85.60 % din respondenti, de « bine » un numar de 18 de pacienti reprezentand 14.40 % din respondenti , iar de « nesatisfacator » un numar de 0 pacienti reprezentand 0 % din respondenti. Chestionarele au fost analizate de : Director Medical interimar, Manager , SMCSS, un reprezentant al angajatilor.

De asemenea in perioada ianuarie-decembrie 2021 in spitalul nostru a fost organizata de catre comp. SMCSS o campanie de evaluare a satisfactiei pacientilor – chestionare de satisfactie anexa 48 CNAS; au fost chestionati un numar de 1428 pacienti, reprezentand 69.56% din nr. total de pacienti externati in aceasta perioada (2053 pacienti), acordandu-se calitative astfel:

Calificativ	Numar respondenti	% resp.	% pacienti
Nerespondenti	33	-	1.61
Foarte nemultumit	0	0	0
Partial nemultumit	0	0	0
Nemultumit	1	0.07	0.05
Partial multumit	60	4.30	2.92
Foarte multumit	1334	95.63	64.98

Principalele probleme / propuneri ce au reiesit din analiza lor au fost :

-au fost acordate calitative de « bine » sau « satisfacator » la cateva chestionare privitor la : amabilitatea si disponibilitatea unor persoane din cadrul infirmierelor si asistentelor, efectuarea curateniei intr-un ritm mai sustinut, meniuri mai variate ;

- in corpul « G » (T.B.C.) se solicita montarea de frigidere , televizoare, aere conditionate;
- in corpul « G » (T.B.C.) se solicita achizitionarea de noptiere;
- pacientii au solicitat reconditionarea sau montarea de site la geamurile saloanelor de spitalizare;
- pacientii au solicitat, in afara curei de repaos, conform programului afisat, amenajarea unui parc in incinta spitalului .

Obiectivul (scopul) nostru in anul acesta este ca din analiza chestionarelor de satisfactie pe anul 2022 sa atingem tinta de cel putin 97% din respondenti cu calificativ « foarte bine » prin imbunatatirea calitatii serviciilor medicale furnizate prin cresterea performantei serviciilor medicale, axandu-ne pe componenta medicala legata de utilizarea echipamentelor si aparaturii medicale achizitionate precum si prin diversificarea serviciilor medicale furnizate.

Consider ca spitalul ar putea investi mai mult in cresterea anumitor aspecte ale calitatii daca si nivelul veniturilor ar creste, iar acest lucru s-ar putea face prin cresterea eficientei economice a Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede acest lucru ducand la cresterea veniturilor proprii ale spitalului deoarece consider o vulnerabilitate a spitalului nostru faptul ca 84% din venituri provin din contractul incheiat cu CJAS Teleorman (din care un procent de 67.61% o reprezinta sumele pentru pacientii cronici finantati la zi efectiva de spitalizare cu tariful de 230 lei/zi) precum si la imbunatatirea calitatii serviciilor medicale furnizate, prin diversificarea acestora, prin cresterea veniturilor proprii cat si prin optimizarea raportului cost/calitate.

In sprijinul celor relatate mai sus prezint situatia veniturilor proprii ale spitalului din aplicarea incepand cu luna aprilie 2013 a coplatii, si anume:

Tabel 13. Situatiia incasarii coplatii

	Anul 2013 -9 luni	Anul 2014	Anul 2015	Anul 2016	Anul 2017	Anul 2018	Anul 2019	Anul 2020	Anul 2021
Numar externari	1783	2562	2676	2301	2316	2489	2555	1582	2053
Numar pacienti coplatitori	711	1158	1172	1015	910	687	715	429	397
Procent	39.88%	45.19%	43.80%	44.11%	39.29%	27.60%	27.98%	27.12%	19.34%

Sursa: compartiment financiar-contabilitate Spital de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede

De asemenea se observa o tendinta de crestere a numarului de externari, deci o supraincarcare a mediului de lucru precum si o crestere a valorii serviciilor medicale realizate si nedecontate de CJAS Teleorman, situatie prezentata in tabelul de mai jos:

Tabel 14. Situatia valorii serviciilor medicale realizate, decontate, nedecontate

	Cazuri acute – DRG		Zile de spitalizare cazuri cronice		Valoare servicii medicale realizate si nedecontate
	Realizate	Decontate	Realizate	Decontate	
	1.1261*1430=1610.323 lei		230 lei/zi de spitalizare		
	1.0869*1430=1554.267 lei				
	1.2269*1430=1754.467 lei				
Anul 2014	2102	1683	18735	17427	847098.33
Anul 2015	2295	1288	16391	15881	1574863.11
Anul 2016	1950	1493	15938	14461	1157066.02
Anul 2017	2005	1691	15115	15090	949572.86
Anul 2018	2142	1869	18148	13761	1433324.89
Anul 2019	2230	1930	17814	13896	1767649.44
Anul 2020	1346	1326	15648	12837	677615.34
Anul 2021	1815	1613	11398	11139	526285.27

Sursa: compartiment I,SMCSS Spital de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede

Aceasta crestere a numarului de externari si prin urmare a cheltuielilor realizate duce la o crestere a valorii serviciilor medicale realizate si nedecontate de CJAS Teleorman precum si a valorii platilor restante catre furnizori si a arieratelor definite conform legii (plati restante mai mari de 90 de zile), dupa cum prezint mai jos:

Tabel 15: Situatia BVC, a platilor restante si a arieratelor:

- mii lei -

	Anul 2018	Anul 2019	Anul 2020	Anul 2021
Total venituri	17455.85	17412.52	18832.04	18668.04
Venituri din contractele cu CJAS	6443.98	6336.10	5687.09	6401.97
Venituri din contractele cu DSP-buget de stat	2221.04	3083.11	3002.56	2903.00
Venituri din contractele cu DSP-ven.pr.	666.98	0	0	0
Alte venituri	100.02	255.99	338.65	384.69
Subventii de la alte administratii	8023.83	7737.32	9801.24	8978.38
Total cheltuieli	17455.85	17412.52	18832.04	18226.36
Cheltuieli curente	17455.85	17412.52	18796.64	18098.24
Cheltuieli de personal	14591.82	14830.77	15533.69	15009.22
Cheltuieli cu bunuri si servicii	2753.75	2465.75	3140.65	2834.07
Plati restante, din care	96.34	224.22	0	0
Arierate, definite conform legii	17.15	0	0	0

Sursa: <http://www.monitorizarecheltuieli.ms.ro/centralizator> (Spital de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede, formular 1)

Datorita specificului activitatii spitalului (depistarea si tratarea tuberculozei) precum si al specificului cazurilor de tuberculoza (varsta, mediu social, stil de viata) un procent de 15% din pacientii depistati si tratati de tuberculoza in spitalul nostru sunt neasigurati, lucru care duce la scaderea calitatii datelor raportate aferente serviciilor medicale realizate, prin urmare la invalidarea cazurilor si a zilelor de spitalizare pina la cuprinderea acestora in Programul National de Sanatate „Supravegherea si controlul tuberculozei”.

De asemenea, noi angajatii spitalului consideram ca **siguranta, un principiu fundamental al ingrijirilor medicale si o componenta a calitatii serviciilor**, prin cele trei aspecte ale sale si anume: siguranta pacientului, siguranta personalului, siguranta mediului trebuie sa fie prioritara in cadrul Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede, deoarece in decursul ultimilor 20 ani s-au inregistrat 9 cazuri de imbolnaviri cu TBC (contaminare cu bacilul Koch) din randul personalului (asistente, infirmiere, personal administrativ), in cursul anului 2021 s-au inregistrat 16 cazuri de infectare cu coronavirusul Sars Cov-2, COVID-19, din randul personalului spitalului nostru (cazuri pozitive) precum si un numar de 19 cazuri ramase in izolare 14 zile la domiciliu, din randul personalului spitalului nostru, in anul trecut 2021 au fost declarate 21 infectii asociate asistentei medicale din randul pacientilor (in anul 2020 au fost declarate 7 infectii asociate asistentei medicale din randul pacientilor, in anul 2019 au fost declarate 11 infectii asociate asistentei medicale din randul pacientilor , in anul 2018 au fost declarate 17 infectii asociate asistentei medicale din randul pacientilor , in anul 2017 au fost declarate 11 infectii asociate asistentei medicale din randul pacientilor iar in anul 2016 au fost declarate 7 infectii asociate asistentei medicale din randul pacientilor).

Siguranta pacientului reprezinta totalitatea masurilor si procedurilor de identificare, analiza si management al riscurilor sau incidentelor pe care o organizatie de sanatate le adopta, pentru a furniza servicii mai sigure si a minimiza riscurile de afectare (vatamare) a pacientilor. Siguranta rezulta din interactiunea componentelor sistemului iar imbunatatirea sigurantei depinde de modul in care organizatia invata si aplica modalitati prin care siguranta este asigurata in interactiunile din sistem.

Conform OMS, componentele critice ale calitatii serviciilor medicale care asigura securitatea pacientului sunt urmatoarele:

- designul sistemului organizatiei – factorii sistemici care contribuie la siguranta
- siguranta produselor – medicamente, echipamente, vaccinuri, dezinfectanti, produse biologice, etc.

-siguranta serviciilor – practici si proceduri medicale pentru pacientii din spital, ambulator, asistenta primara

-siguranta mediului de ingrijire – managementul deseurilor, conditii de cazare si masa.

In ce conditii se comit erori (Mediu)	In ce conditii se comit erori (Organizatie)	Cauze ale erorilor umane (Factori individuali)
Presiunea timpului	Ghidare vaga sau incorecta	Neatentia
Mediu care distrage atentia	Supraestimarea cunostintelor si abilitatilor, lipsa acestora	Uitarea
Supraincercarea	Comunicarea imprecisa	Foamea
Stressul	Proceduri slabe, inadecvate, lipsa	Oboseala
Prima zi la un nou serviciu, prima zi dupa ziua libera	Lipsa controlului si supervizarii	Consum de alcool, medicamente
Prima ½ ora dupa trezire si dupa masa	Echipament cu probleme de design sau de functionare	Emotiile
		hungry, angry, late, tired...>halt

Activitati prioritare:

- **Cresterea calitatii si sigurantei actului medical**, reflectata prin analiza periodica a urmatoarelor indicatori:

-timp de diagnosticare

-ICM (la finele anului 2015 ICM total=1.10482, ICM DRG 2015=1.10952 , ICM realizat in anul 2016=1.12553, ICM DRG 2016=1.1261 , ICM DRG 2017=1.0869 (reprezentand cel luat in calcul la tariful pe caz ponderat finantat in prezent de 1.0869), ICM realizat in anul 2018=1.1875, ICM DRG 2018=1.18407, ICM realizat in anul 2019=1.23691, ICM DRG 2019=1.22685, avand o tendinta de crestere in anul 2018 fata de anul anterior 2017 precum si in anul 2019 fata de anul anterior 2018, ICM realizat in anul 2020=1.19380, ICM DRG 2020=1.17334, ICM realizat in anul 2021=1.15773, ICM DRG 2021=1.14689;

-DMS

-rata mortalitatii intraspitalicesti, pe total spital si pe fiecare sectie

-rata infectiilor asociate asistentei medicale pe total spital si pe fiecare sectie

-rata bolnavilor reinternati in intervalul de 30 de zile de la externare

-indicele de concordanta intre diagnosticul la internare si diagnosticul la externare

-procentul bolnavilor transferati catre alte spitale din totalul bolnavilor internati

-rata accidentelor

-rata complicatiilor precum si a numarului de complicatii acute dezvoltate in perioada spitalizarii

-numarul de reclamatii/plangeri ale pacientilor inregistrate

Răspund: managerul, director medical, comitet director

Termen: lunar, trimestrial, anual.

Indicatorii de calitate propusi a fi realizati pe anul 2022 sunt prezentati mai jos:

Categorie de indicator	DENUMIRE INDICATOR	Valoare indicator realizata/propusa 2021	Valoare indicator propusa 2022
D. Indicatori de calitate	Rata mortalitatii intraspitalicesti pe spital	1.61/1.49	1.63
	Rata infectiilor asociate asistentei medicale	1.02/0.46	1.12
	Rata pacientilor reinternati fara programare in 30 de zile de la externare	6.23/6.18	6.32
	Indice de concordanta intre diagnosticul la internare si diagnosticul la externare	96.88/97.63	96.63
	Procentul pacientilor internati si transferati catre alte spitale	3.12/3.20	3.20
	Numar reclamatii / plangeri pacienti	0/3	3

• **Diversificarea gamei de servicii medicale** oferite in vederea satisfactiei pacientilor, a personalului si cresterii veniturilor, prin :

→modificarea structurii organizatorice astfel: sectia I: 56 paturi, din care pneumoftiziologie 25 si 26 pneumologie (6 paturi cu confort sporit), sectia II: 61 paturi, din care pneumoftiziologie 35 si 21 pneumologie (6 paturi cu confort sporit), spitalizare de zi – 10 paturi, compartiment recuperare medicala respiratorie – 20 paturi, compartiment ingrijiri paleative – 10 paturi, compartiment somnologie, in scopul reducerii DMS si a cresterii ICM al spitalului.

Constatam ca in judetul nostru incidenta tuberculozei la copii a crescut in ultimii 2 ani (in ultimii trei ani consecutiv judetul nostru ocupa locul 2 in Romania privind incidenta globala a tuberculozei la copii si anume daca Romania in anul 2015 avea o incidenta la copii de 21.2⁰/0000, judetul Teleorman avea o incidenta la copii de 57.0⁰/0000).

Evolutie cazuri noi si recidive inregistrate, adulti si copii:

Numar cazuri	An 2014	An 2015	An 2016	An 2017	An 2018	An 2019	An 2020	An 2021
Adulti CN+Recidive	399	379	334	299	287	262	196	166
Copii cazuri noi si recidive	14	28	29	29	51	20	2	5

→ semnarea/incheierea unui acord de colaborare in vederea furnizarii de servicii CT (răspund: managerul, director medical, comitet director; termen: 1 luna; resurse financiare: 1500 lei/lunar)

→ contractarea cu CJAS de servicii medicale de spitalizare de zi (largirea palatei de diagnostice contractate de la 5 cate sunt in prezent la 10), avand in vedere faptul ca in prezent in noua structura organizatorica aprobata de catre MS sunt cuprinse si 10 paturi de spitalizare de zi si incepand cu luna iulie 2016 s-au contractat cu CJAS si servicii medicale de spitalizare de zi (răspund: managerul, director medical, comitet director; termen: 2 luni; resurse financiare: 1500 lei).

Ne propunem aceasta deoarece din datele prezentate in tabelul 14 se observa un numar mare de cazuri nedecontate de CJAS , dintre care unele, datorita patologiei prezentate ar putea fi directionate catre spitalizarea de zi, ducand astfel la cresterea calitatii actului medical prin reducerea supraaglomerarii precum si a veniturilor de la CJAS la acelasi numar de externari in spitalizare continua cat sunt in prezent decontate cu 6.3%.

Beneficiul rezultat din aceasta masura va fi reducerea costurilor de pe spitalizarea continua si cresterea veniturilor aferente serviciilor de spitalizare de zi contractate precum si maximizarea utilizarii paturilor de spitalizare de zi in vederea scaderii costurilor de pe spitalizarea continua; plusul de valoare ar putea fi urmatorul:

Diagnostic	Numar cazuri	Tarif	Suma
J15.8 Alte pneumonii, bacteriene	100	400	40000
J15.9 Pneumonie lombara, nespecificata	100	400	40000
J18.8 Alte pneumonii, cu micro-organisme nespecificate	100	400	40000
J18.9 Pneumonie, nespecificata	100	400	40000
Boala pulmonara obstructiva cronica cu infectie acuta a cailor respiratorii inferioare	100	400	40000
J44.9 Boala pulmonara obstructiva cronica, nespecificata	600	400	240000
J47 Bronsiectazia	400	400	160000
Boala pulmonare interstitiala nespecificata	100	400	40000
TOTAL	1600	-	640000

- **Cresterea veniturilor proprii prin:**

- **Mentinerea valorii sumei datorate drept coplata** de 10 lei cat este in prezent, avand in vedere faptul ca procentul pacientilor care se incadreaza la a achita coplata este in crestere (răspund: managerul, director medical, comitet director; termen: 1 luna; resurse financiare: 0 lei).

Beneficiul de venituri proprii incasate de la 1000 de pacienti realizat din aceasta va fi urmatorul: $1000 * 10 = 10000$ lei, insemnand o crestere a veniturilor proprii cu 11.35%

Precizez ca in conformitate cu prevederile Legii 95/2006 art.213² (5) sumele incasate din coplata constituie venituri ale furnizorilor de servicii medicale si se utilizeaza pentru imbunatatirea calitatii serviciilor. Aceste sume ar putea fi folosite pentru diversificarea , varietatea si imbunatatirea aportului caloric al meniurilor de hrana pentru pacientii cronici, deoarece in prezent alocatia de hrana pentru acesti pacienti este mult sub limita alocatiei de hrana stabilita de legislatia in vigoare (11-17.6 lei/zi), dupa cum reiese din tabelul de mai jos:

Tabel 16. Valoare alocatie hrana normata/valoare alocatie hrana efectiv consumata

Anul	Nivel alocatie hrana/zi	Numar zile spitalizare	Valoare alocata	Valoare consumata	Economie la alocatia hrana
Acuti – DRG					
2013	7	18437	129059	144754.41	15695.41
2014	7	18177	127239	129534.66	2295.66
2015	7	18547	129829	131108.10	1279.10
2016	7-10	14540	111102	92626.86	18475.14
2017	10	14180	141800	89973.82	51826.18
2018	10	16139	161390	97693.05	63696.95
2019	10	16036	160360	115699.62	44660.38
2020	10	11483	114830	88775.59	26054.41
2021	10-11	13684	146554	117408.65	29145.35
Cronici					
2013	13	19295	250835	183934.07	66900.93
2014	13	18735	243555	176922.90	66632.10
2015	13	16391	213083	145604.12	67478.88
2016	13-16	16304	221944	132294.65	89649.35
2017	16	15480	247680	116781.14	130898.86
2018	16	18148	290368	133624.97	156743.03
2019	16	17814	285024	153902.26	131121.74
2020	16	14753	236048	141349.35	94698.65
2021	16-17.6	11398	195078.40	133780.24	61298.16

Sursa: compartiment financiar-contabilitate, compartiment statistica-informatica medicala

- Atragerea unor venituri suplimentare din donatii si sponsorizari provenind de la oamenii de afaceri din zona

- **Cresterea calitatii datelor raportate aferente serviciilor medicale** avand in vedere invalidarea cazurilor si a zilelor de spitalizare aferente pacientilor neasigurati care necesita confirmare de diagnostic pina la cuprinderea acestora in Programul National de Sanatate

„Supravegherea si controlul tuberculozei” (răspund: managerul, director medical, comitet director; termen: 1 luna; resurse financiare: 0 lei).

Punctual aceasta se refera la pacientii neasigurati care sosesc la internare cu suspiciunea de tuberculoza pentru care putem folosi **testarea cu dispozitivul de depistare rapida Genexpert**, dispozitiv automat pentru cresterea rapida a culturilor de micobacterium pe medii lichide, rezultatul testului fiind disponibil in maxim 2 ore; daca suspiciunea de tuberculoza este confirmata, documentele sale (copie buletin de identitate, adeverinta medicala cu diagnosticul confirmat si declaratie pe proprie raspundere ce mentioneaza ca respectivul pacient nu are nici o sursa de venit) vor fi scanate si transmise la CJAS pentru ca pacientul sa fie cuprins ca “asigurat”-beneficiar PNS chiar din ziua respectiva (revizuirea procedurii de internare).

Beneficiul rezultat din aceasta masura va fi **reducerea si chiar eliminarea zilelor de spitalizare aferente acestei categorii de pacienti** care in prezent sunt nedecontate de CJAS (perioada de la internare pina la confirmarea suspiciunii de tuberculoza prin metode traditionale sau chiar pina la externarea sa).

Valoric, beneficiul rezultat din aceasta masura va fi urmatorul:

$310 \text{ pacienti declarati/an} * 15\% * 10 \text{ zile/pacient} * 230 \text{ lei/zi de spitalizare} = 106950 \text{ lei/an}$, deci o crestere a veniturilor de la CJAS –finantare cronici pe zi de spitalizare cu 1.32%.

De asemenea **calitatea datelor raportate aferente serviciilor medicale va creste**, micsorand si chiar eliminand astfel numarul pacientilor invalidati.

- **Reducerea costurilor cu utilitatile prin alegerea furnizorilor de utilitati** (energie electrica, gaze naturale) **prin licitatie la bursa** cu 10% si prin asigurarea partiala a cheltuielilor curente de catre autoritatea locala – Consiliul Judetean Teleorman prin finantarea macar in proportie de 30% a utilitatilor ;

- Monitorizarea implementarii certificarii sistemului de management ISO 9001:2015 pentru serviciile de imagistica medicala-radiologie, spital – servicii medicale spitalizare continua si de spitalizare de zi si obtinerea certificarii de atestare RENAR ISO 15189 pentru laboratorul de analize medicale

Activitati:

- Semnarea/incheiere contract de colaborare cu un consultant de specialitate
- Control extern de calitate pentru analizele efectuate in unitatea noastra
- Aparatura omologata, verificata si etalonata metrologic (contract de colaborare)
- Certificare atestare RENAR ISO 15189 pentru laboratorul de analize medicale

Rezultate:

- Cresterea calitatii serviciilor de laborator prin efectuarea controlului extern dupa un grafic prestabilit;

- Contract suplimentar cu CJAS pentru analize de laborator si servicii de imagistica efectuate in ambulatorul integrat din structura spitalului
- Cresterea eficientei acestor servicii prin imbunatatirea activitatii in laboratorul de analize medicale si serviciul de imagistica medicala-radiologie prin perfectionarea procedeeelor de lucru
- Dezvoltarea eficienta a ambulatoriului integrat al spitalului –cabinet pneumologie
- Cresterea calitatii actului medical

Indicatori de Evaluare:

- Scaderea internarilor in sistem DRG (spitalizare continua acuti) cu 35%, cresterea serviciilor in regim ambulator
- Scaderea cheltuielilor pe spital cu 15% pentru analizele medicale
- Scaderea cheltuielilor pe spital cu 5% pentru serviciile de imagistica medicala-radiologie
- Cresterea veniturilor proprii ale spitalului cu 15%
- Organizarea de cursuri de pregatire cu personalul medico-sanitar la nivelul spitalului, stimularea perfectionarii profesionale si a dobandirii de competente noi pentru medicii (somnologie, ecografie) si asistentii medicali , antrenarea intregului personal in absolvirea unor cursuri de comunicare imperios necesare in relatia personal medical-pacient.

Răspund: director medical, sefi sectii, asistente sefe sectii, as.SPLIAAM

Termen: permanent

Problema : Nemulumiri ale pacientilor / apartinatorilor precum si ale angajatilor spitalului privind **asigurarea sigurantei** in cele trei dimensiuni ale sale, si anume: **siguranta pacientului, siguranta personalului si siguranta mediului de lucru..**

Activitati:

- Organizarea de cursuri de pregatire/instruire interna cu personalul medico-sanitar la nivelul spitalului cu tematica siguranta pacientilor, siguranta personalului, riscurile clinice, circuitele functionale, planul de ingrijiri medicale, stimularea perfectionarii profesionale si a dobandirii de competente noi pentru medicii (somnologie, ecografie) si asistentii medicali , antrenarea intregului personal in absolvirea unor cursuri de comunicare imperios necesare in relatia personal medical-pacient;
- verificarea prin sondaj a respectarii circuitelor functionale, a graficelor de curatenie si dezinfectie/dezinsectie, a purtarii echipamentului de protectie de catre personal;
- respectarea programului de vizita a apartinatorilor

-inclusiunea in PAAP a urmatoarelor achizitii necesare pentru imbunatatirea calitatii serviciilor medicale oferite, respectiv asigurarea sigurantei pacientilor si a angajatilor (achizitii necesare si pentru realizarea planului de conformare anexat ca necesar a fi realizat/indeplinit in vederea reavizarii autorizatiei sanitare de functionare):

Nr.crt	Denumire	cantitate	pret	Valoare estimata
1	Noptiere	100	500	50000
2	Modificare sistem deschide usi acces sectii (in afara)	5	800	4000
3	Plase de protectie impotriva insecte	200	60	12000
4	Vestiare saloane spitalizare de zi	2	800	1600
5	Dispensere sapun lichid pt.saloane	40	60	2400
6	Dispensere substante dezinfectante pt.saloane	40	60	2400
7	Suport hartie prosop pt.saloane	40	50	2000
8	Lenjerie si efecte de unica folosinta pt.pacientii tbc	100	20	2000
9	Presuri dezinfectante	10	200	2000
10	Sistem acces usi cu cartela	5	1000	5000
11	Aparat dezinfectie incaltaminte pacienti	2	1000	2000
12	Paravane pt.saloane consultatii pacienti	12	500	6000
13	Huse de protectie echipament individual pacienti	120	15	1800
14	Imprimanta pentru bratară identificare pacienti	1	600	600
15	Imprimanta cod de bare pentru recoltare probe analize medicale	2	600	1200
16	Aparat scanare cod de bare LAM	1	600	600
17	Modificare usi acces la coridoare si scari cu ferestre de vizualizare	4	1000	4000
18	Invelitori de protectie saltele	120	25	3000
19	Invelitori de protectie perne	120	30	3600
20	Seif dedicat depozitare bunuri de valoare pacienti	1	2500	2500
21	Montare buton panica personal medical	10	200	2000
22	Lucrari de reparatii interioare si holuri, igienizare spital si spatii ce prezinta deteriorari sau infiltratii de la instalatiile de apa	1	20000	20000
23	Lucrari de reparatii scurgeri grupuri sanitare din saloane si camere spalare/decontaminare pacienti la internare	15	800	12000

24	Termometre salon pt.monitorizare temperatura ambientala	50	50	2500
25	Montare usi cu sistem entiefracție la spatiul de depozitare bunuri personal medical	2	1000	2000
	TOTAL VALOARE			147200

Răspund: Manager, director medical , director financiar-contabil, achizitii publice

Termen: 30.06.2022

Problema : Nemulțumiri ale pacienților privind timpul realizării unei externări

Activități:

- planificarea externărilor
- anunțarea pacienților privitor la data și ora externării
- anunțarea apartenitorilor privitor la data și ora externării
- revizuirea procedurii de externare, difuzarea procedurii revizuite

Răspund: director medical, șefi secții, asistente șefi secții

Termen: permanent

-analiza gradului de satisfacție a pacientului pentru identificarea deficiențelor; analiza periodică a chestionarelor va permite identificarea corectă a problemelor semnalate precum și eficiența măsurilor adoptate.

Răspund: managerul, SMCSS

Termen: permanent

7. Resurse necesare, surse de finanțare

Resursele necesare sunt împartite pe trei categorii:

- resursele umane: sunt reprezentate de personalul care lucrează în cadrul unității, atât personalul medical care lucrează pe secții, cât și personalul nemedical , de suport ;
- resursele materiale: sunt reprezentate de totalitatea dotărilor existente în cadrul Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede, stocuri de medicamente, materiale sanitare, reactivi, materiale de laborator, dezinfectanți, materiale de curățenie, alimente existente la un moment dat;
- resursele financiare: au o importanță deosebită și se referă la bugetul anual aprobat , deci sumele pe care spitalul le poate folosi pentru realizarea obiectivelor și atingerea scopului propus.

8. Indicatori urmăriți

Indicatorii ce se vor urmări sunt:

- indicatorii de performanță - indicatorii de calitate propuși pentru anul 2022

- numar si tip de protocoale, ghiduri de practica, proceduri operationale revizuite aprobate de consiliul medical
- numar si tip de protocoale, ghiduri de practica, proceduri operationale revizuite implementate
- incidenta infectiilor asociate asistentei medicale (numar infectii asociate asistentei medicale/numar pacienti externati)
- rata bolnavilor reinternati in intervalul de 30 de zile de la externare
- rata accidentelor
- rata complicatiilor
- numar cursuri de pregatire organizate la nivelul spitalului/numar cursuri programate in planul de perfectionare
- numar de participari la cursuri, pe tip de formare si categorii de personal evaluati prin testare/numar total participanti la cursuri
- numar chestionare de satisfactie difuzate, colectate si analizate pe spital si pe sectii
- numar chestionare de feedback difuzate, colectate si analizate pe spital si pe sectii
- numar sedinte de analiza a chestionarelor de satisfactie si de feedback
- numar reclamatii/plangeri inregistrate
- numar parteneriate incheiate pe tip de parteneriat/voluntariat
- timpul necesar unei externari
- 100% FOCG la externare complete (bilet de iesire din spital, scrisoare medicala cu recomandari , reteta electronica unde este cazul, certificat medical unde este cazul)

ÎNCADRARE ÎN TIMP – GRAFIC GANTT

Problema	Activitate	Trim. II 2022	Trim. III 2022	Trim. IV 2022
Activitate lipsita de diversitate si neeficace	Creșterea calității și siguranței actului medical, reflectată prin analiza indicatorilor de calitate propusi pentru anul 2022	Trim.I-II	Trim. III	Trim. IV
		Trim.I-II	Trim.III	Trim.IV
	Diversificarea gamei de servicii medicale prin: - functionarea compartimentului de somnologie	Trim.I-II Trim.I-II	Trim.III Trim.III	Trim.IV Trim.IV

- semnarea/incheierea unui acord de colaborare in vederea furnizarii de servicii CT

	<p>de zi in anul 2022</p> <p>-modificarea structurii org. – compartiment recuperare medicala respiratorie si compartiment ingrijiri paleative</p>	Trim.I-II	Trim.III	Trim.IV
	<p>Cresterea veniturilor proprii prin mentinerea sumei datorate drept la 10 lei</p> <p>-diversificarea , varietatea si imbunatatirea aportului caloric al meniurilor de hrana pentru pacientii cronici</p> <p>- asigurarea unor condiții eficiente de curățenie, igienă, alimentație adecvată (meniuri corespunzatoare dpdv al necesarului caloric, meniuni diversificate)</p>	Trim.I-II	Trim.III	Trim.IV
	<p>Cresterea calitatii datelor raportate aferente serviciilor medicale</p> <p>- reducerea si chiar eliminarea zilelor de spitalizare nefinantate aferente pacientilor invalidati (neasigurati inclusi in PNCT)</p>	Trim.I-II	Trim. III	Trim. IV
	<p>Reducerea costurilor cu utilitatile prin alegerea furnizorilor de utilitati (energie electrica, gaze naturale) prin licitatie la bursa cu 10% si prin</p>	Trim II	Trim. III	Trim. IV

asigurarea partiala a cheltuielilor curente de catre

	de 30% a utilitatilor			
	Monitorizarea implementarii certificarii sistemului de management ISO 9001:2015 pentru spital – servicii medicale spitalizare continua si de spitalizare de zi si obtinerea certificarii de atestare RENAR ISO 15189 pentru laboratorul de analize medicale	Trim I-II	Trim. III	Trim. IV
	Organizarea de cursuri de pregatire cu personalul medico-sanitar la nivelul spitalului (planul de ingrijire)	Trim II	Trim. III	Trim. IV
Nemulțumiri ale pacienților / aparținătorilor precum și ale angajaților spitalului privind asigurarea siguranței în cele trei dimensiuni ale sale, și anume: siguranța pacientului, siguranța personalului și siguranța mediului de lucru..	- Organizarea de cursuri de pregătire/instruire cu personalul medico-sanitar la nivelul spitalului cu tematica siguranța pacienților, siguranța personalului, riscurile clinice, circuitele funcționale, planul de îngrijiri medicale, stimularea perfecționării profesionale și a dobândirii de competențe noi pentru medicii (somnologie, ecografie) și asistenții medicali , antrenarea întregului personal în absolvirea unor cursuri de comunicare imperios necesare în relația personal medical-pacient - verificarea prin sondaj a	Trim II	Trim. III	Trim. IV
		Trim.I-II	Trim.III	Trim.IV

	<p>respectarii circuitelor functionale, a graficelor de curatenie si dezinfectie/dezinsectie, a purtarii echipamentului de protectie de catre personal</p> <p>- respectarea programului de vizita a apartinatorilor</p> <p>- includerea in PAAP a achizitiilor necesare pentru imbunatatirea calitatii serviciilor medicale oferite, respectiv asigurarea sigurantei pacientilor si a angajatilor in valoare estimata de 147200 lei</p>	Trim.I-II	Trim.III	Trim.IV
		Trim.I-II		Trim.IV
Nemulțumiri ale pacienților privind timpul realizării unei externări/internări	- planificarea externărilor	Trim.I-II	Trim. III	Trim. IV
	-anunțarea pacienților privitor la data și ora externării			
	-anunțarea apartinatorilor privitor la data și ora externării	Trim.I-II		
	-revizuirea procedurii de externare/internare, completare FOCG, difuzarea procedurii revizuite	Trim.I-II	Trim.III	Trim.IV
	- analiza gradului de satisfacție a pacientului pentru identificarea deficiențelor			

9. Posibile disfuncționalități, bariere în implementarea măsurilor propuse

- lipsa de personal
- personal slab motivat
- incarcatura de munca mare
- lipsa resurselor financiare
- lipsa de medicamente, materiale sanitare, dezinfectanti, materiale de curatenie
- imposibilitatea atingerii obiectivelor din contractele de achizitii

-rezistenta pacientilor

10. Metode, instrumente si surse de date folosite in lucrare

- Planul de management al Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede
- Planul strategic al Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede
- Analiza SWOT
- BVC al Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede
- RUNOS –tabel centralizator pe categorii de personal
- Birou Informatica SMCSS – date statistice, date clinice, indicatori de performanta ai Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede pe anii 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021
- SMCSS – analiza chestionare de feedback pacienti, proces verbal de analiza chestionare satisfactie pacienti pe anul 2021
- Graficul Gantt, matricea de prioritizare a problemelor

Bibliografie

- Planul de management al Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede
- Planul strategic al Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede
- Suport de curs Managementul calitatii in spitale, Management spitalicesc
- Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata
- Legea securitatii si sanatatii in munca nr.319/2006
- Ordinul MS nr.1384/2010 privind aprobarea modelului cadru al contractului de management si a listei indicatorilor de performanta a activitatii managerului spitalului public, cu modificarile si completarile ulterioare
- Ordinul MS nr.446/2017 pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor
- Ordinul MS nr.1312/2020 privind organizarea structurii de management al calitatii serviciilor de sanatate in cadrul unitatilor sanitare cu paturi din reseaua MS si a autoritatilor administratiei publice locale
- Ordinul MS nr.994/2004 al MS privind aprobarea Normelor de supraveghere si control a infectiilor asociate asistentei medicale in unitatile sanitare
- Ordinul nr.559/874/4017/2001 al CNAS, MS si Colegiul Medicilor privind infiintarea nucleelor de calitate in unitatile spitalicesci
- Hotararea Guvernului nr. 429/16.04.2008 privind stabilirea nivelului alocatiei de hrana, cu modificarile ulterioare
- Ordinul CNAS nr.244/2015 privind documentele justificative privind raportarea activitatii realizate de catre furnizorii de servicii medicale si medicamente

- Hotararea Guvernului nr.900/2012 privind introducerea si utilizarea cardului de sanatate
- Adresa MS pentru aprobarea modificarii structurii organizatorice
- www.anmcs.gov.ro ;
- <http://infrastructura-sanatate.ms.ro> ;
- www.spitalulpneumosiori.ro

PLAN DE IMBUNATATIRE A CALITATII SERVICIILOR MEDICALE si SIGURANTEI PACIENTILOR

Urmare a recomandarilor rezultate in urma prelucrarii chestionarelor de satisfactie a pacientilor pe anul anterior, propun urmatorul plan de masuri de implementat in cursul anului 2022, si anume:

Nr. Crt.	Masura propusa de implementat	Responsabili	Termen
1	Alocarea de resurse financiare pentru indeplinirea planului de formare/pregatire, dezvoltare si perfectionare profesionala pe anul curent	Comitet Director	31.12.2022
2	Alocarea de resurse financiare pentru efectuarea cursurilor de formare/pregatire si perfectionare profesionala pe anul curent cu privire la managementul calitatii, managementul riscurilor, comunicarea cu pacientii/apartinatorii, asigurarea si imbunatatirea calitatii serviciilor de sanatate si a sigurantei pacientilor	Comitet Director	31.12.2022
3	Asigurarea de resurse financiare pentru aprovizionarea continua si ritmica in vederea evitarii disfunctionalitatilor in aprovizionare cu bunuri si servicii, medicamente, materiale de curatenie, dezinfectanti	Comitet Director Achizitii	31.12.2022
4	Asigurarea de resurse financiare pentru implementarea masurilor cuprinse in prezentul plan, respectiv achizitionarea bunurilor precizate	Comitet Director Achizitii	31.12.2022
5	Asigurarea de resurse financiare pentru imbunatatirea si diversificarea meniurilor de hrana cu respectarea normei alocatiei de hrana stabilita prin HG	Comitet Director Achizitii	31.12.2022
6	Coordonarea si implementarea activitatilor SMC, a PO si PS, a protocoalelor revizuite, diseminarea lor	Comitet Director RMC Sefi structuri	31.12.2022
7	Elaborarea, aprobarea, atribuirea in CaPeSaRo a tuturor documentelor solicitate de FAE2 precum si a celor solicitate prin adrese ANMCS in cursul anului	RMC Sefi structuri	31.12.2022
8	Implementarea in termenele stabilite a masurilor mentionare in planul de remediere a neconformitatilor constatate ca urmare a vizitei de monitorizare FAE2	Comitet Director	31.12.2022
9	Prelucrarea Standardelor, Procedurii si metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor	RMC	31.05.2022
10	Efectuarea misiunilor de audit clinic conform planificarii stabilite in planul anual de audit clinic	Coordonatorul echipei de audit clinic	31.12.2022
11	Monitorizarea indicatorilor de calitate din sectii de catre Consiliul Medical	Consiliul Medical Sefi structuri	lunar

12	Intocmirea planurilor de instruire interne si efectuarea acestora conform planificarii in vederea prelucrării salariatilor cu cerintele standardului ISO 9001:2015 si a standardelor de acreditare	RMC Sefi structuri	31.12.2022
13	Supravegherea, prevenirea si limitarea iaaam	CPLIAAM	Lunar
14	Monitorizarea activitatii prin rapoartele de activitate / analiza a tuturor sectoarelor de activitate	Sefi structuri	Lunar
15	Verificarea respectarii cu rigurozitate a programelor de curatenie si dezinfectie	Sefi structuri	Lunar
16	Respectarea circuitelor functionale din spital	Sefi structuri	Lunar
17	Remediarea rapida a tuturor defectiunilor aparute, in special a celor din grupurile sanitare din saloanele de ingrijire	Sefi structuri	Lunar
18	Diversificarea serviciilor medicale oferite de spital prin functionarea ambulatoriului integrat	Comitet Director	30.06.2022
19	Implicarea activa si continua a personalului medical in actul de ingrijire, oferirea de explicatii clare si pe intelesul tuturor c privire la diagnostic si tratament, imbunatatirea comunicarii cu pacientii/apartinatorii	Sefi structuri	Lunar
20	Monitorizarea activitatii prin rapoartele de activitate / analiza a tuturor sectoarelor de activitate discutate si analizate in sedintele Comitetului Director si ale Consiliului Medical	Comitet Director Consiliul Medical	Lunar Trimestrial
21	Inregistrarea si analizarea tuturor reclamatiiilor primite de la pacienti/apartinatori	Comitet Director Consiliul Medical Consiliul etic	Lunar
22	Inregistrarea, declararea si analizarea tuturor evenimentelor adverse, respectiv a iaaam in termenele legale	CPLIAAM Sefi structuri RMC	Lunar

MANAGER,
JR. SAVESCU LAURENTIU MARIAN



DIRECTOR MEDICAL,

SEF BIROU 1, SMCSS,
Ing.ec. Costea Monica

PLAN DE IMBUNATATIRE A CALITATII SERVICIILOR MEDICALE si SIGURANTEI PACIENTILOR

Urmare a obiectivelor si activitatilor propuse spre implementat in cursul anului 2022, precum si a recomandarilor rezultate in urma prelucrarii chestionarelor de satisfactie a pacientilor pe anul anterior, propun ca in vederea monitorizarii eficientei prezentului plan al MQ, sa fie utilizati urmatorii indicatori de monitorizare, si anume:

Nr.crt.	Indicator monitorizare eficienta plan MQ
1	Număr de protocoale de diagnostic si tratament auditate per număr total de protocoale de diagnostic si tratament utilizate, în ultimul an calendaristic.
2	Număr de proceduri operationale actualizate si revizuite per număr total de proceduri operationale utilizate, în ultimul an calendaristic.
3	Numar de reclamatii inregistrate si analizate per numar total de reclamatii din ultimul an calendaristic.
4	Numar cursuri de formare si pregatire, perfectionare profesionala urmate si absolvite per numar total de cursuri planificate in planul annual din ultimul an calendaristic.
5	Numar de misiuni de audit clinic efectuate si analizate per numar total de misiuni de audit clinic planificate din ultimul an calendaristic.
6	Numar de instruirii interne efectuate per numar total de instruirii interne planificate din ultimul an calendaristic, pe fiecare sector de activitate.
7	Numar neregularitati semnalate, analizate si rezolvate per numar total neregularitati identificate din ultimul an calendaristic.
8	Numar recomandari bunuri si servicii achizitionate per numar total de recomandari bunuri si servicii in vederea achizitionarii mentionate in planul annual de imbunatatire a calitatii serviciilor de sanatate si a sigurantei pacientilor din ultimul an calendaristic.
9	Numar disfunctionalitati in aprovizionare semnalate, analizate si rezolvate per numar total disfunctionalitati identificate din ultimul an calendaristic.
10	Valoare alocatie norma de hrana realizata TBC/NTBC per valoare norma alocatie de hrana stabilita prin HG din ultimul an calendaristic
11	Numar solicitari externe / adrese primite per numar raspuns la solicitari in termenul precizat din ultimul an calendaristic
12	Numar neconformitati constatate ca urmare a vizitei de monitorizare FAE2 per numar de neconformitati solutionate/remediate din ultimul an calendaristic
13	Valoare indicatori de calitate realizati per valoare indicatori de calitate planificati a fi realizati si asumati prin contractul de management din ultimul an calendaristic
14	Numar evenimente adverse respectiv numar iaam declarate si analizate per numar total de evenimente adverse respectiv numar total de iaam inregistrate in ultimul an calendaristic
15	Numar propuneri modificare SO emise per numar modificari de SO realizate in ultimul an calendaristic
16	Numar planuri de ingrijire integral completate la foile de observatii ale pacientilor din spitalizare continua per numar total de externari din spitalizare continua realizate in ultimul an calendaristic
17	Numar rapoarte de activitate intocmite de sefii stucturilor de activitate discutate si analizate in sedintele CS si ale CM per numar total de rapoarte de activitate intocmite de sefii stucturilor de activitate din ultimul an calendaristic

MANAGER,
JR. SAVESCU LAURENTIU MARIAN



DIRECTOR MEDICAL,

SEF BIROU I, SMCSS,
Ing.ec. Costea Monica