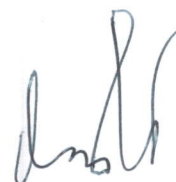


SPITALUL ORĂȘENESC SRL	
VIDELE, Jud. TELEORMAN	
INTRARE	Nr. 770
IESIRE	
Zis. 14	Luna 02 2020

# Proiect de management

S.C. SPITAL ORĂȘENESC VIDELE S.R.L

**Autor:**  
**Dr. VICTOR VÎRJOGHE**  
**Medic primar chirurgie generală**



2020

## CUPRINS

PREZENTAREA SPITALULUI .....	1
Profilul spitalului .....	1
Structura și capacitatea spitalului.....	1
Dotarea spitalului .....	2
Resurse umane .....	3
Activitatea spitalului și indicatorii specifici .....	3
Situția financiară .....	5
Analiza SWOT .....	6
Principalele probleme ale spitalului.....	8
PLAN DE MANAGEMENT .....	9
Scop și obiective .....	9
Direcții de acțiune .....	10
Grafic Gantt .....	15
Concluzii .....	18

## PREZENTAREA SPITALULUI

### Profilul spitalului

SC Spitalul Orasenesc SRL Videle este spital multispecialitate, relativ nou, cu numai 20 de ani de funcționare. Este singurul spital cu servicii publice organizat sub forma de S.R.L, clasificat în categoria IV, acreditat ANMCS din 2016, 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 Bucuresti și asigură asistență medicală spitalicească pentru cca 70.000 de locuitori din nord-vestul 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.»<sup>1</sup>

Valorile spitalului sunt: echipă, suflet, omenie, implicare.<sup>2</sup>

### Structura și capacitatea spitalului

Conform ASF nr. 226/12.04.2016 (cu anexă din 2018), structura spitalului este următoarea:

Tabel 1. Structura organizatorică Spitalului Videle

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

**Spitalizare de zi: 20 paturi**

<sup>1</sup> Planul strategic al spitalului, 2019, [www.spitalvidele.ro/contracte](http://www.spitalvidele.ro/contracte)

<sup>2</sup> Idem

Pe lângă acestea, structura spitalului mai include:

- ✓ Compartiment Primiri Urgențe (punct de lucru al UPU-SMURD al SJU Alexandria)
- ✓ Bloc operator cu 3 Săli
- ✓ Laborator de analize medicale
- ✓ Laborator de radiologie și imagistică
- ✓ 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

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

## Dotarea spitalului

Secțiile și ambulatoriul integrat au o dotare materială relativ bună, specifice unui spital orașenesc.

### Aparatura din dotarea laboratoarelor:

- Analizor automat Coulter –STKS
- Analizor automat Coulter –MD II
- Automat pentru coagulare ACL 100
- Analizor automat tip Monarch
- Aparat de electroforeza
- Analizor ionograma și pH
- Analizor semiautomat de biochimie

### Aparatura din blocul operator:

- Turn laparoscopie
- Endoscop (fibro-gastro-scop)
- Coledocoscop flexibil
- Fibrocolonoscop flexibil
- trusă video-artroscopică

### Aparatura din serviciul de Radiologie:

- Aparat Roentgen fix de radiologie cu scopie și grafie
- Instalatie radiologica opera
- Fotoprinter ID
- Developator automat

### Aparatura din sectia ATI:

- Monitoare functii vitale (AV, SaO<sub>2</sub>, TA)
- Ventilatoare mecanice
- Laringoscop si trusa de intubatie oro-traheală

### Aparatura din baza RMFB :

- Laser medical BIOSUN
- Laser (BTL-10)
- Ultrasunet (BTL 7p)
- Unde scurte
- Magnetodiaflux
- Aerosoli
- Diadinamice
- Ultraviolete
- Ionizari
- Instalatie parafina
- Interferential
- Tens (BTL6)

### Aparatura serviciului de anatomie patologică

- Microscoape
- Bloc de parafina
- Altă aparatură medicală (ginecologie, ORL, oftalmologie):
  - Concentratoare de oxigen
  - Aspirator Curetaj
  - Echograf
  - Otoscop
  - Aparat EKG cu 12 canale
  - Oftalmoscop
  - Aspirator de secretii
  - Combina refractometrica
  - Aparat aerosoli
  - Pulsoximetre
  - Spirometru
  - Lampa UV
  - Colposcop
  - Grup electrogen propriu
- Aparatura de sterilizare
  - Autoclav
  - Camera termostat
  - Etuvă
  - Hota cu flux laminar
  - Centrifugă
  - Microscop

Totuși, aceste dotări sunt insuficiente pentru a asigura susținerea celor 4 linii de gardă în CPU (medicina internă, chirurgie, obstetrică-ginecologie, pediatrie). Astfel, lipsa unui analizor de hematologie și coagulograme, precum și lipsa serviciului de radiologie pe perioada efectuării serviciului de gardă pentru pacienții internați, limitează capacitatea de diagnostic și tratament a medicului, expunându-se astfel la erori medicale, cu impact asupra imaginii spitalului.

Condițiile de spitalizare sunt adecvate, fiind un mediu primitiv pentru pacienți (televizoare, frigider, aer condiționat în saloane). Spitalul are centrală proprie, asigurând confort termic și apă caldă.

## Resurse umane

Spitalul are avantajul unui grad bun de ocupare a posturilor, dar înregistrează un deficit semnificativ de medici (ORL, ATI - un singur medic anestezișt ce nu permite efectuarea intervențiilor de urgență în timpul gardii, medicină internă, pediatrie) și de registratori/operatori de date (fapt ce încarcă sarcinile de serviciu ale asistenților medicali). Din punct de vedere numeric, spitalul funcționează cu 22 medici, 7 medici în gardă, 6 profesioniști cu studii superioare, 104 asistente, 46 infirmiere, 22 angajați TESA, 28 personal de deservire, totalizând 228 din cele 240 posturi aprobate prin organigramă.

## Activitatea spitalului și indicatorii specifici

Tabel 2. Situația indicatorilor de performanță pe secții/compartimente în 2018

Secție / Compart.	Nr. extern.	DMS	RUP (%)	ICM	Nr. SZ
Medicina internă	1774	6,48	62,99	1,1149	1550
Neurologie	161	6,27	27,66		12
Cronici	670	8,17	74,98		0
Pediatrie	1221	4,08	45,49	0,6401	1562
RMFB	1514	10,83	89,84		0
Chirurgie	905	6,23	42,91	1,7416	1519
OG	539	3,74	22,09	0,6295	646
Neonat	45	6,74	11,87	0,6688	0
<b>TOTAL SPITAL</b>	<b>6.829</b>	<b>7,07</b>	<b>55,29</b>	<b>0,89</b>	<b>5289</b>

În ciuda diversității de specialități, din datele puse la dispoziție de spital<sup>3</sup> reiese că indicatorii de performanță sunt suboptimali pentru secțiile de acuți, însă foarte buni pentru cronici.

Situația ratei de utilizare a patului per spital nu a fost diferită nici în anul 2017 (57,22%, cu 6779 pacienți externați) sau în 2019 (55,47%, cu 7179 pacienți externați) 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 ceea ce privește principalele grupe de diagnostic (din 2019)<sup>4</sup>, cele mai multe sunt specifice patologiei vârstnicului (afecțiuni musculo-scheletale, cardiace, gastroenterologice, respiratorii). Frecvența crescută a patologiei cardio-vasculară și gastroenterologice ar justifica înființarea unor structuri specifice (compartiment cardiologie și gastroenterologie, cu integrare în ambulator).

**Tabel 3. INDICATORI AI MORBIDITATII SPITALIZATE  
in functie de grupa de diagnostic**

Unitate sanitara: TR12 — SPITALUL ORASENESC VIDELE  
1.1.2019 — 31.12.2019

Nr.	Cod	Grupa de diagnostic Denumire	VR	Nr. cazuri				Nr. zile spitalizare			DMS	
				TOTAL	% Cazuri	Sectii acuti	Sectii cronici	TOTAL	Sectii acuti	Sectii cronici	Sectii acuti	Sectii cronici
1	I3082	Tulburari nechirurgicale ale coloanei fara CC	0,6049	549	7,70	15	534	6.066	92	5.974	6,13	11,19
2	D3041	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare cu CC	0,5293	476	6,68	476	0	1.636	1.636		3,44	
3	I3093	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0,2898	377	5,29	2	375	4.199	16	4.183	8,00	11,15
4	F3032	Insuficienta cardiaca si soc fara CC catastrofale	0,7561	374	5,25	278	96	2.666	1.889	777	6,79	8,09
5	F3081	Hipertensiune cu CC	0,7246	287	4,03	155	132	2.027	969	1.058	6,25	8,02
6	F3031	Insuficienta cardiaca si soc cu CC catastrofale	1,6886	278	3,90	274	4	1.877	1.843	34	6,73	8,50
7	G3081	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani cu CC catastrofale/severe	0,8065	246	3,45	227	19	1.176	1.026	150	4,52	7,89
8	J1041	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare cu CC catastrofale sau severe	2,0918	240	3,37	240	0	1.465	1.465		6,10	
9	E3061	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii cu CC catastrofale sau severe	1,1467	239	3,35	215	24	1.771	1.542	229	7,17	9,54
10	I3081	Tulburari nechirurgicale ale coloanei cu CC	1,3294	222	3,11	22	200	2.239	147	2.092	6,68	10,46
11	O3051	Intemare prenatala si pentru alte probleme obstetrice	0,3654	155	2,17	155	0	490	490		3,16	
12	G3091	Gastroenterita varsta <10 ani cu CC	0,7498	148	2,08	148	0	447	447		3,02	
13	E3032	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC severe sau moderate	0,9703	144	2,02	141	3	831	809	22	5,74	7,33
14	I3092	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 sau cu (CC catastrofale sau severe )	0,5923	126	1,77	2	124	1.372	14	1.358	7,00	10,95
15	E3031	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC catastrofale	1,6697	124	1,74	124	0	868	868		7,00	
16	H3051	Tulburari ale tractului biliar cu CC	0,8569	116	1,63	115	1	502	494	8	4,30	8,00

În ceea ce privește ICM (complexitatea cazurilor tratate), acesta a fost în 2017-2018 subunitar, în jurul valorii 0,8 -0,9, deși majoritatea spitalelor orășenești au ICM supraunitar (până la 1,3).<sup>5</sup> În anul 2019, ICM a ajuns la valoarea 1,09.

<sup>3</sup> Adresa 698/110.02.2020

<sup>4</sup> Sursa [www.drg.ro](http://www.drg.ro)

<sup>5</sup> Conform Contractului cadru 2018, valabil în prezent, numai 4 spitale au ICM sub 0,8 (Hârlău, Bicăz, Siret, Zimnicea)

Indicatorii de calitate reflectă o rată nulă de infecții asociate asistenței medicale, cu procent al reinternărilor de aprox. 8% și un indice de concordanță a diagnosticelor la internare și externare ridicat (88-90%). Mortalitatea în spital oscilează între 0,3 – 0,4 %.

Un indicator de calitate relevant este numărul intervențiilor chirurgicale relativ mic, de 768 – 813 din totalul pacienților internați în secțiile chirurgicale (chirurgie generală, ortopedie, ORL, oftalmologie, obstetrică-ginecologie). De exemplu, în anul 2018, rata intervențiilor chirurgicale este de 54%. Cauzele sunt multiple: lipsa medic anestezist (practic, intervențiile se derulează numai în intervalul normal de lucru, de luni până vineri), dar și faptului că sunt medici care nu au competențe pentru intervenții minim-invazive avansate, respectiv chirurgia laparoscopică de nivel II (intervenții care sunt utilizate din ce în ce mai mult).

## Situatia financiară

Tabel 4. Situația financiară a spitalului - mii lei -

	2017		2018		2019	
	Val. abs.	%	Val. abs.	%	Val. abs.	%
<b>TOTAL VENITURI:</b>	<b>12.507,36</b>	<b>100%</b>	<b>20.628,82</b>	<b>100%</b>	<b>22.662,16</b>	<b>100%</b>
<b>Venituri din lucrări executate și servicii prestate, din care:</b>	<b>12.482,06</b>	<b>99,80%</b>	<b>20.572,10</b>	<b>99,73%</b>		
1. Venituri din servicii medicale	10.517,18	84,09%	11.274,03	54,65%	11.281,45	49,78 %
2. Influențe salariale (OUG 7) CJAS	1.964,88	15,71%	9.298,07	45,07%	10.912,78	48,15%
<b>Venituri din redevențe, chirii</b>	24,6	0,195%	28,96	0,14%	426,87	1,95%
<b>Alte venituri (donații, sponsorizări)</b>	0,7	0,005%	27,76	0,13%	27,24	0,12 %
<b>TOTAL CHELTUIELI:</b>	<b>12.858,60</b>	<b>100%</b>	<b>20.228,00</b>	<b>100%</b>	<b>22.631,49</b>	<b>100%</b>
<b>I. Cheltueili curente, din care:</b>	12.858,60	100%	19.988,00	98,81%		
<b>Cheltuieli de personal</b>	10.057,82	78,22%	16.712,00	82,62%	19.136,16	85,56%
<b>Cheltuieli cu bunuri și servicii, din care:</b>	2.800,78	21,78%	3.276,00	16,20%	3214,89	14,20%
1. Bunuri și servicii	2.799,11	21,77%	1.608,00	7,95%		
2. Reparații curente	-		7,00	0,03%		
3. Hrana	-		248,00	1,23%		
4. Medicamente și materiale sanitare	-		745,00	3,68%		
5. Bunuri de natura obiectelor de inventar	-		322,00	1,59%		
6. Deplasări, detașări, transferuri	1,67	0,01%	2,00	0,01%		
7. Materiale de laborator	-		0,00			
10. Cărți, publicații și materiale documentare	-		0,00			
11. Consultanță și expertiză	-		0,00			

12. Pregătire profesională	-	19,00			
13. Protecția muncii	-	20,00			
<b>Cheltuieli de capital</b>	-	240,00	0,09%	280,44	0,24%
<b>Alte cheltuieli</b>	-	305,00	1,51%		
<b>Rezultat: excedent / pierdere</b>	<b>-351,24</b>	<b>401,00</b>		<b>30,67</b>	

Veniturile din serviciile medicale prestate de unitate au scăzut de la 84,09%, valoare înregistrată în anul 2017 la 51,55% din totalul veniturilor, valoare înregistrată în 2019. Acest lucru este o consecință a creșterii cheltuielilor de natură salarială în concordanță cu OUG nr. 7/2017 privind reglementarea unor măsuri fiscal-bugetare în domeniul sănătății, respectiv asigurarea din transferuri de la bugetul Fondului național unic de asigurări de sănătate a influențelor financiare salariale determinate de menținerea în plată a salariilor conform Legii-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice.

Totuși, analiza în valori absolute a veniturilor rezultate din serviciile medicale prestate reflectă o creștere în perioada analizată, de la 10.517 mii lei în 2017, la 11.681,08 mii lei în 2019. Procentual, această creștere reprezintă o creștere de 11,07%.

În corespondență se observă o creștere a cheltuielilor cu bunuri și servicii, de la 2.800,78 mii lei în 2017, la 3.214,89 mii lei în 2019. Procentual, această creștere reprezintă o creștere de 14,79%.

**În concluzie, creșterea veniturilor cu 11,07% din totalul veniturilor din serviciile medicale prestate raportat la creșterea cheltuielilor cu bunuri și servicii de 14,79%, arată că asigurarea unui echilibru financiar deși fragil totuși imperativ, se poate realiza doar prin creșterea veniturilor din serviciile medicale prestate.**

Cheltuielile de capital s-au situate la valori de aproximativ 1% din totalul cheltuielilor, ceea ce reflectă o lipsă a achizițiilor de bunuri de folosință îndelungată, achiziții de utilaje și echipamente care ar trebui să ducă la dezvoltarea și modernizarea Spitalului.

**O dezvoltare durabilă pe termen lung impune angajarea de cheltuieli de capital și investiții. În primul rând, trebuie să fie îndreptate fonduri către acele investiții cu efect imediat asupra activității Spitalului, cu factor mare de multiplicare. În al doilea rând, trebuie utilizate toate formele de finanțare posibile, de la fonduri bugetare și fonduri europene, până la o finanțare mixtă prin parteneriate publice-private, fără a neglija contribuția mediului privat prin sponsorizări și donații, mai ales a celor din arealul deservit (care au angajați din rândul comunității, deci preocupare pentru menținerea sănătății acestora).**

## Analiza SWOT

Puncte forte	Puncte slabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Structură corespunzătoare pentru spitalizare continuă, de zi și ambulatoriu integrat</li> <li>✓ Existența a 11 specialități (chirurgie generală, ortopedie, oftalmologie, ORL, medicina internă, neurologie, diabet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- deficit semnificativ de medici (ATI - un singur medic anestezișt ce nu permite efectuarea intervențiilor de urgență în timpul gărzii, ORL, medicină internă, pediatrie), registratorilor/operatorilor de date (fapt ce încarcă sarcinile de serviciu ale asistenților medicali)</li> <li>- dificultățile medicului de gardă de a avea acces la mijloacele de diagnostic prin lipsa unui analizor de hematologie și</li> </ul>



<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4 linii de gardă</li> <li>✓ Dotare cu aparatură medicală relativ corespunzătoare (funcțională numai pe durata programului normal de lucru)</li> <li>✓ Condiții de spitalizare adecvate</li> <li>✓ lipsa arieratelor,</li> <li>✓ excedent bugetar la încheierea exercițiului financiar din ultimii 2 ani,</li> <li>✓ Experiența profesională a corpului medical, personal foarte bine pregătit</li> <li>✓ Acreditare ANMCS (ciclul I) din 2016</li> <li>✓ colaborare bună cu autoritățile locale</li> <li>✓ Adresabilitatea ridicată a pacienților pentru unele specialități (RMFB),</li> <li>✓ Feedback pozitiv de la pacienți</li> <li>✓ informatizare spital, conectare internet</li> </ul>	<p>coagulograme în camera de gardă, lipsa serviciului de radiologie pe perioada efectuării serviciului de gardă,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lipsa tomografiei computerizate ceea ce face ca pacienții să se deplaseze pe distanțe de 50-70 km pentru a efectua această procedură de diagnostic</li> <li>- indicatori de performanță suboptimali pentru secțiile de acuți</li> <li>- dezvoltarea insuficientă a intervențiilor chirurgicale minim-invazive (laparoscopice)</li> <li>- Unitate de transfuzii sânge neautorizată, ceea ce generează imposibilitatea efectuării transfuziilor (ceea ce îngreunează actul medical din urgențe , intervențiile chirurgicale electiv)</li> <li>- rata scăzută de operabilitate induce costuri mari de menținere a blocului operator și secției de chirurgie</li> <li>- mulți medici internisti care asigură garda în CPU nu au cursuri de resuscitare (ALS și BLS) sau competențe în medicina de urgență</li> <li>- număr apreciabil de pacienți transferați în alte spitale pentru patologie care putea fi tratată în spital orășenesc</li> <li>- managementul calitatii slab implementat: lipsa unor protocoale de colaborare între secțiile din spital și dintre spital și unitățile de rang superior, actul medical se face fără protocoale clinice, program de monitorizare a calității serviciilor insuficient implementat, lipsa unei culturi a calității,</li> <li>- spitalul nu a început pregătirea pentru acreditare,</li> <li>- Responsabilitatea managerială scăzută la nivelul secțiilor și compartimentelor</li> <li>- costuri ridicate la utilități</li> </ul>
--	---

<b>Oportunități</b>	<b>Amenințări</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• populație deservită relativ numeroasă; adresabilitate mare din localitate, dar mai ales din mediul rural și zonele adiacente orașului</li> <li>• atragerea de fonduri structurale, nerambursabile;</li> <li>• Relația cu Consiliul Local Videle deschide oportunitatea realizării unui parteneriat privind strategia pentru modernizarea spitalului, dar și pentru atragerea și menținerea personalului medical (medici)</li> <li>• Existența Programelor naționale (mai ales a celor de screening)</li> <li>• posibilitatea atragerii de sponsori (în zonă își desfășoară activitatea una din marile companii private din țară)</li> <li>• Diversificarea tehnologiilor medicale pentru specialități cu adresabilitate mare (chirurgia laparoscopică, chirurgia minim invazivă ORL și oftalmologie, chirurgia artroscopică etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CPU aparține Spitalului Județean Alexandria, ceea ce îngreunează mai ales, dezvoltarea ei, în condițiile în care ambulanța aduce cazuri complexe (politraume, cazuri complexe, plăgi injunghiate toraco-abdominale cu șoc hemoragic, pacienți arși); lipsa medicului ATI și a sălii de operație în gardă, coroborat cu personalul insuficient și cu instrumentarul insuficient din camera de gardă, fac extrem de dificilă misiunea medicului din camera de gardă;</li> <li>- apropierea de București, cu multe spitale publice și private</li> <li>- fonduri insuficiente pentru dezvoltare alocate prin contractele încheiate cu CJAS Teleorman</li> <li>- zonă cu populație îmbătrânită, săracă, predominant rurală, cu o rată crescută a somajului;</li> <li>- instabilitatea legislației sanitare și imprevizibilitatea modificării</li> <li>- reacreditarea spitalului în 2021</li> <li>- Natalitatea în scădere alarmantă induce costuri mari de întreținere a secției de obstetrică-ginecologie</li> <li>- Creșterea nivelului de informare al pacienților conduce la o cerere mare de servicii medicale complexe, precum și la creșterea așteptărilor acestora.</li> </ul>

## Principalele probleme ale spitalului

### a). Din perspectiva performanței clinice:

- indicatori de performanță suboptimali atât per spital, cât și pentru majoritatea secțiilor / compartimentelor, pentru cel puțin 3 ani consecutivi;
- lipsă personal medical esențial: medici ATI (un singur medic anestezișt ce nu permite efectuarea intervențiilor de urgență în timpul gărzii), ORL, medicină internă (medici pensionari, intens solicitati în activitatea de garda prin afluxul de pacienți cu patologie complexă, neavând competența/atestat de medicina de urgență), pediatrie;
- 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 reflectă într-o motivație insuficientă, lipsa de cunoaștere sau poate, un grad redus de interes pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță ai spitalului.

### b). Din perspectiva calității:

- neimplementarea unor **“reguli de aur” în calitate:**
  - lipsa protocolurilor clinice activitate medicală,
  - utilizarea nejudicioasă, excesivă sau eronată a antibioticelor<sup>6</sup>,
  - lipsa unei unități de transfuzii sânger funcționale și a principiilor de hemovigilență,
  - expunerea la evenimente adverse catastrofice prin lipsa condițiilor de diagnostic și tratament în condiții de urgență;
- lipsa de coerență în aplicarea cerințelor de calitate ale ANMCS, dar și a bunelor practici internaționale (ex. Fișa de siguranță chirurgicală, elaborată de Organizația Mondială a Sănătății în programul *Chirurgia sigură salvează vieți*<sup>7</sup> sau recomandările Ordinului nr. 398 din 20 martie 2019 pentru aprobarea Ghidului privind siguranța pacientului în anestezie-terapie intensivă, preluat tot din recomandările OMS<sup>8</sup>);
- lipsa unor echipamente necesare care să sprijine personalul medical în situațiile de urgență (ex. analizor rapid pentru determinarea echilibrului acido-bazic care permite aflarea foarte rapidă a unor parametrii sanguini vitali - pH sanguin, hemoglobina, excesul de baze, ionograma serică, lactatul -, neexistând nici o altă posibilitate de diagnostic paraclinic în situațiile de agravare a pacienților internați, deoarece laboratorul nu lucrează în gardă și în weekend).
- personal neinstruit privind importanța și complexitatea calității serviciilor medicale; lipsa unei culturi organizaționale centrate pe calitate și siguranța (pacienților dar și a personalului); această situație generează neraportarea infecțiilor asociate asistenței medicale în condițiile în care: (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 externați<sup>9</sup>, iar rezultatele unui studiu de prevalență derulat în 2016 a indicat în 40 spitale din România o rată a IAAM de 5,9%<sup>10</sup>;
- slaba pregătire pentru acreditarea din 2021, în condițiile în care acest proces trebuie să fie continuu, cu atât mai mult cu cât probleme de calitate apar constant (ex. angajarea unui asistent medical care nu respectă precauțiunile universale privind igiena mâinilor).

<sup>6</sup><https://antibiotic.ecdc.europa.eu/ro/informati-va/fise-informative/fisa-informativa-pentru-publicul-larg> (30-60% din antibiotice sunt folosite inutil)

<sup>7</sup>WHO Guidelines for Safe Surgery 2009, Safe Surgery Saves Lives

<sup>8</sup>WHO Global guidelines for the prevention of surgical site infection

<sup>9</sup>[www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/ro/publications/Publications/1111\\_SUR\\_Annual\\_Epidemiological\\_Report\\_on\\_Communicable\\_Diseases\\_in\\_Europe.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/ro/publications/Publications/1111_SUR_Annual_Epidemiological_Report_on_Communicable_Diseases_in_Europe.pdf)

<sup>10</sup>Curs de Managementul IAAM susținut de prof. Dr. Gabriel Popescu (Institutul Matei Balș) în cadrul atestatului de management al serviciilor de sănătate de la Școala națională de sănătate publică București

## PLAN DE MANAGEMENT

**SCOP:** Implementarea unui management al calității sustenabil 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.

### Obiective pe termen scurt (1 an):

1. Implementarea **bunelor practici transfuzionale și de hemovigilență** și autorizarea unității de transfuzie a sângelui – criteriu critic pentru acreditare<sup>11</sup>.
2. Implementarea **protocoalelor de practică medicală** specifice fiecărei specialități din spital.
3. Crearea condițiilor minime obligatorii pentru **îngrijirea pacienților critici**.
4. Implementarea bunelor practici de **antibioterapie**.

### Obiective pe termen mediu (2 ani):

1. Elaborarea și implementarea **Planului de îmbunătățire a calității** în spital.
2. **Instruirea personalului medical și nemedical** pentru a răspunde adecvat cerințelor de calitate.
3. **Acreditarea** spitalului.

### Obiective pe termen lung (3 ani):

1. Monitorizarea **continuă** a calității în spital (inclusiv din perspectivă financiară).
2. Dezvoltarea unei **culturi organizaționale** centrate pe calitate.
3. **Promovarea** spitalului, a profesioniștilor săi și a autorității publice locale ca furnizor de servicii medicale de calitate.

### Rezultate cumulative ca urmare a unui management de calitate coerent:

1. Reducerea nr. de evenimente adverse (inclusiv infecții asociate asistenței medicale), 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 nestructurată, neconformități ale investigațiilor paraclinice etc.

<sup>11</sup> Transfuzia de sânge a făcut obiectul multor proceduri judiciare și investigații în foarte multe state, inclusiv în România. Spitalele trebuie să demonstreze că practica lor transfuzională este sigură și eficientă din punct de vedere clinic. În desfășurarea activității, UTS folosește echipamente, materiale și reactivi care, dacă nu îndeplinesc întocmai cerințele legislative, pot genera consecințe grave pentru pacienți, implicit pentru personalul medical și spital. UTS înseamnă dotare corespunzătoare, protocoale și proceduri specifice fiecărei etape de realizare a unei transfuzii:

## Directii de actiune

### OTS 1. Implementarea bunelor practici transfuzionale și de hemovigilență și autorizarea unității de transfuzie a sângelui (UTS) – criteriu critic pentru acreditare.

1. Stabilirea responsabilităților pentru Coordonatorul UTS și Comisia de transfuzie și hemovigilență și includerea acestora în fișa postului.
2. Dotarea UTS cu echipamente critice<sup>12</sup>: frigiderele și congelatoarele cu sisteme de alarmă vizuală și auditivă și monitorizarea automată a temperaturii, echipament încălzire / dezghețare plasma, agitator trombocite, genți de transport omologate pentru sânge și produse sanguine labile, serotecă.
3. Elaborarea instrucțiunilor operaționale (protocoale și proceduri) specifice de hemovigilență<sup>13</sup> (ex. controlul calitativ al transportului și administrării sângelui și a produselor din sânge)
4. Instruirea personalului medical privind implementarea instrucțiunilor operaționale și activitatea transfuzională.
5. Autorizarea UTS (inclusiv în Autorizația sanitară de funcționare).
6. Încheiere parteneriat cu Centrul de transfuzie sanguină Alexandria.
7. Monitorizarea prin analiza trimestrială a utilizării de sânge și componente sanguine (pe tip de patologie, tip terapie, evoluție patologie) etc.

Indicator de monitorizare	Rezultate obținute
Nr. echipamente specific achiziționate din total echipamente necesare	100%
Nr. instrucțiuni operaționale elaborate din total instrucțiuni obligatorii	100%
Nr. personal instruit din total personal implicat în utilizarea produselor de sânge	100% (medici, asistente)
Autorizație sanitară de funcționare cu UTS inclus	da
Parteneriat cu Centrul de transfuzie sanguină Alexandria	funcțional
Nr. de rapoarte de analiză trimestriale a utilizării de sânge	4/an
<b>Nr. evenimente adverse generate de utilizarea sângelui</b>	<b>0</b>
<b>Nr. de pacienți cu recomandare de transfuzii care nu au primit sânge</b>	<b>0</b>
<b>Nr. transferuri pacienți către alte spitale generate de lipsa sângelui</b>	<b>0</b>

### OTS 2. Implementarea protocoalelor de practică medicală specifice fiecărei specialități din spital.

1. Evaluarea nevoii privind elaborarea protocoalelor clinice pentru fiecare specialitate în funcție de frecvența diagnosticelor principale.
2. Instruirea medicilor privind elaborarea unui protocol clinic.
3. Elaborarea protocoalelor clinice necesare stabilite prin evaluare.
4. Monitorizarea semestrială a implementării protocoalelor clinice din punct de vedere al eficienței și eficacității.

<sup>12</sup> Conform ORDINUL 1224/2006 pentru aprobarea Normelor privind activitatea unităților de transfuzie sanguină din spitale.

<sup>13</sup> Directiva 2002/98/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 27.01.2003 privind stabilirea standardelor de calitate și securitate pentru colectarea, controlul, prelucrarea, stocarea și distribuția sângelui uman și a componentelor sanguine. Directiva 2005/62/CE din 30.09.2005 de punere în aplicare a Directivei 2002/98/CE a Parlamentului European și a Consiliului privind standardele și specificațiile comunitare referitoare la un sistem de calitate pentru UTS Ghid pentru prepararea, utilizarea și asigurarea calității componentelor sanguine Comitetul European în problemele transfuziei de sânge CD-P-TS Ediția a 17-a, 2013

Ghidul național de utilizare terapeutică rațională a sângelui și a componentelor sanguine umane, 2007

Indicator de monitorizare	Rezultate obținute
Nr. medici instruiți în elaborarea protocoalelor clinice din total medici angajați	100%
Nr. protocoale clinice elaborate	Min. 10 / specialitate
Nr. analize semestriale privind eficiența și eficacitatea protocoalelor	2 / an

### OTS 3. Crearea condițiilor minime obligatorii pentru îngrijirea pacienților critici.

1. Stabilirea nivelului de competență al spitalului în raport cu resursele umane și materiale disponibile și comunicarea către toți medicii.
2. Dotarea spitalului cu echipamente care permit evaluarea rapidă a unor parametri vitali (ex.: analizor de echilibru acido-bazic).
3. Demersuri pentru ocuparea posturilor vacante pentru medicii ATI și constituirea unei linii de gardă.
4. Stabilirea unor parteneriate 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.)
5. Revizuirea Planului alb<sup>14</sup> al spitalului; instruirea întregului personal privind implementarea lui; efectuare simulări privind gestionarea situațiilor de urgență.

Indicator de monitorizare	Rezultate obținute
Linie de gardă ATI	funcțională
Decizie privind nivelul de competență al spitalului	Elaborată și cunoscută de toți medicii
Parteneriate cu spitale de competență superioară	Min. 10, funcționale
Nr. abateri nejustificate de la nivelul de competență al spitalului	0
Nr. personal instruit în implementarea Planului alb din total personal	100%
Nr. simulări neanunțate privind gestionarea situațiilor de urgență majoră	1/an

### OTS 4. Implementarea bunelor practici de antibioterapie (elaborarea politicii de utilizare a antibioticelor în spital)<sup>15</sup>.

1. Stabilirea responsabilităților privind utilizarea antibioticelor (dacă este cazul: contractarea unui specialist de boli infecțioase sau formarea unui medic în utilizarea antibioticelor).
2. Evaluarea consumului de antibiotice din spital.
3. Elaborarea listei de antibiotice care se eliberează cu avizul responsabilului cu politica de utilizare a antibioticelor<sup>16</sup>.
4. Activități de pregătire a medicilor în domeniul utilizării judicioase a antibioticelor.
5. Evaluare anuală a gradului de respectare a politicii de utilizare judicioasă a antibioticelor.

<sup>14</sup>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).

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

<sup>16</sup>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.

Indicator de monitorizare	Rezultate obținute
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

### OTM 1. Elaborarea și implementarea Planului de îmbunătățire a calității în spital<sup>17</sup>.

1. Identificarea și prioritizarea tuturor problemelor de calitate (medicale și nemedicale – curățenie și dezinfecție, gestionarea deșeurilor, condiții de cazare, igiena produselor alimentare, comunicarea cu pacientul, drepturile pacienților, supravegherea pacienților etc.) din spital.
2. Elaborarea planului de îmbunătățire a calității și asumarea de către conducerea unității.
3. Instruirea și responsabilizarea angajaților (responsabili de procese) privind Planul de îmbunătățire a calității.
4. Identificarea resurselor pentru realizarea fiecărui obiectiv din planul de management al calității.
5. Implementarea și monitorizarea Planului, cu analiză semestrială a progresului.
6. Revizuirea anuală a Planului.

Indicator de monitorizare	Rezultate obținute
Plan de îmbunătățire comprehensiv	Elaborate anual
Nr. responsabili de procese instruiți din total responsabili procese	100%
Nr. obiective din Plan implementate din total obiective propuse	100%

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

1. Identificarea nevoilor de formare atât pentru competențe profesionale (ex. resuscitare, hemovigilență, tehnici de diagnostic și tratament, competențe în medicina de urgență) cât și pentru competențe conexe (ex. comunicare, managementul calității, utilizare calculator etc.).<sup>18</sup>
2. Elaborarea unui plan de formare care să cuprindă toate categoriile de personal.
3. Identificarea resurselor necesare formării.
4. Formarea 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%

### OTM 3. Acreditarea spitalului.

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).

<sup>17</sup> Plan de acțiuni privind asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților la nivelul întregului spital. Planul poate include diversificarea serviciilor oferite și modificări în structura spitalului (ex. Înființare compartiment cardiologie sau gastroenterologie pentru a răspunde adecvat nevoilor populației deservite).

<sup>18</sup> Ordin MS nr. 568/2004 pentru aprobarea Ghidului privind conținutul tematic al modulelor de pregătire a personalului care participă la cursurile de instruire profesională privind însușirea noțiunilor fundamentale de igienă - Capitolul II

2. Informarea și pregătirea tuturor categoriilor de personal privind procesul de acreditare (importanța acreditării, obiectivele, modul de derulare, avantajele, rolul angajaților).
3. Implementarea și monitorizarea acțiunilor de pregătire a acreditării.
4. Acreditarea spitalului<sup>19</sup>.

Indicator de monitorizare	Rezultate obținute
Indicatori critici de acreditare respectați	100%
Indicatori punctați (-10)	0
Nivel de acreditare	Cel puțin "Acreditat cu recomandări" <sup>20</sup>

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

1. Stabilirea unei metodologii 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).
3. Prezentări anuale a rezultatelor monitorizării către Consiliul de administrație și autoritatea locală.

Indicator de monitorizare	Rezultate obținute
Metodologie de monitorizare a calității	Elaborate și asumată
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. Dezvoltarea unei culturi organizaționale centrate pe calitate: "mândria de a face ceva bun".**

1. Întâlniri periodice cu personalul pentru a discuta problemele cu care se confruntă în derularea activității.
2. Includerea unui subiect de calitate pe agenda tuturor întâlnirilor comitetului director, consiliului medical și comisiilor spitalului.
3. Acordarea trimestrială a unui premiu simbolic de calitate pentru angajatul / structura care aduce plus valoare calității serviciilor.
4. Organizarea unor evenimente cu impact asupra calității (Ex.: Ziua mondială a sănătății pe 7 aprilie, Ziua mondială pentru siguranța pacientului pe 17 septembrie, Ziua mondială a spălatului pe mâini pe 15 octombrie, Săptămâna utilizării antibioticelor etc.).
5. Analiza și prezentarea tuturor evenimentelor pozitive și negative prezentate în mass media cu privire la alte spitale (învățare din bune practice, învățare din erorile altora).

<sup>19</sup> 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.

<sup>20</sup>Punctaj total  $\geq 70\%$  (punctaj  $\geq 51\%$  la toate standardele), indicatori critici 100%, plan de conformare 12 luni. Echivalent cu Nivel II de acreditare.

<b>Indicator de monitorizare</b>	<b>Rezultate obținute</b>
Nr. întâlniri cu angajații (pe categorii profesionale)	Cel puțin 1 / an
Nr. evenimente de promovare/consștientizare a calității	Min. 2 /an
Nr. evenimente din sistemul medical analizate	1 / lună

**OTL 3. Promovarea spitalului, a profesioniștilor săi și a autorității publice locale ca furnizor de servicii medicale de calitate.**

1. Îmbunătățirea relației cu medicii de familie pentru a crește încrederea acestora în serviciile oferite de spital și a orienta pacienții către spital.
2. Organizare întâlniri cu presa locală pentru a prezenta spitalul, eforturile de a asigura servicii în condiții de siguranță și a promova profesioniștii.
3. Organizarea unui eveniment de tipul “Ziua porților deschise” prin care să facilităm dialogul dintre pacienți/vizitatori și personalul medical.

<b>Indicator de monitorizare</b>	<b>Rezultate obținute</b>
Proporția medicilor de familie contactați	Min. 75%
Nr. evenimente cu presa locală	2 / an
Ziua porților deschise	1 / an



## Grafic Gantt

ACTIVITATE	RESPONSABILI	COSTURI	2020				2021				2022						
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
<b>OTS 1. Implementarea bunelor practici transfuncionale și de hemovigilență și autorizarea unității de transfuzie a sângelui (UTS) – criteriu critic pentru acreditare.</b>																	
1. Stabilirea responsabilităților pt. Coordonatorul UTS și Comisia de transfuzie și hemovigilență.	Manager Director medical Director financiar-contabil	Dotare echipam.: 105.000 lei															
2. Dotarea UTS cu echipamente critice	Responsabili de procese (achiziții, administrator etc.)																
3. Elaborarea instrucțiunilor operaționale	Șefi secții/compartim. Chirurgicale																
4. Instruirea personalului medical																	
5. Autorizarea UTS																	
6. Încheiere parteneriat cu CTS Alexandria																	
7. Analiza trimestrială a utilizării de sânge și componente sanguine																	
<b>OTS 2. Implementarea protocoalelor de practică medicală specifice fiecărei specialități din spital</b>																	
1. Evaluarea nevoii privind elaborarea protocoalelor clinice	Director medical Șefi de secție/compartimente	Nu este cazul															
2. Instruirea medicilor privind elaborarea unui protocol	Structura de management a calității Manager																
3. Elaborarea protocoalelor clinice necesare																	
4. Monitorizarea semestrială a implementării protocoalelor																	
<b>OTS 3. Crearea condițiilor minime obligatorii pentru îngrijirea pacienților critici.</b>																	
1. Stabilirea nivelului de competență al spitalului; comunicarea către toți medicii.	Manager Director medical	Dotare echipam.: 150.000 lei															
2. Dotarea spitalului cu echipamente care permit evaluarea rapidă a parametrilor vitali	Șefi de secție/compartimente																
3. Ocuparea posturilor vacante pt. medicii ATI și constituirea unei linii de gardă.	Structura de management a calității																
4. Stabilirea unor parteneriate funcționale cu spitalele cu competență superioară	Director economic																
5. Revizuire Plan alb; instruirea întregului personal; efectuare simulări.																	

<b>OTS 4. Implementarea bunelor practici de antibioterapie (elaborarea politicii de utilizare a antibioticelor în spital)</b>									
1. Stabilirea responsabilităților privind utilizarea antibioticelor	Director medical Șefi secție/compart. Medic infecționist / medic cu competență în util. ab. Farmacist Structura de management a calității Manager	Costuri formare (dacă este cazul): 3000 lei							
2. Evaluarea consumului de antibiotice									
3. Elaborarea listei de antibiotice ce necesită avizare									
4. Pregătirea medicilor în domeniul utilizării judicioase a antibioticelor									
5. Evaluare anuală a gradului de respectare a politicii de utilizare judicioasă a antib.									
<b>OTM 1. Elaborarea și implementarea Planului de îmbunătățire a calității în spital</b>									
1. Identificarea și prioritizarea tuturor problemelor de calitate	Structura de management a calității Manager	Se va face o analiză cost/beneficiu pentru fiecare soluție propusă, astfel încât să obținem rezultate semnificative cu costuri mici (eficiență).							
2. Elaborarea planului de îmbunătățire a calității și asumarea de către conducere	Director medical Responsabili structuri Responsabili procese								
3. Instruirea și responsabilizare angajați.									
4. Identificarea resurselor									
5. Implementarea și monitorizarea Planului									
6. Revizuire anuală a Planului									
<b>OTM 2. Instruirea personalului medical și nemedical pentru a răspunde adecvat cerințelor de calitate.</b>									
1. Identificarea nevoilor de formare	Resp. resurse umane Comitet director	Min. 100.000 /an							
2. Elaborarea unui plan de formare									
3. Identificarea resurselor necesare formării									
4. Formarea graduală a personalului.									
<b>OTM 3. Acreditarea spitalului.</b>									
1. Elaborarea unui plan de acțiune concret	Manager Comitet director Structura de calitate	Taxa de acreditare							
2. Informarea și pregătirea tuturor categoriilor de personal									
3. Implementarea și monitorizarea acțiunilor de pregătire a acreditării									
4. Acreditarea spitalului									

<b>OTL 1. Monitorizarea continuă a calității în spital (inclusiv din perspectivă financiară).</b>													
1. Stabilirea unei metodologii de monitorizare clinică și financiară	Manager Comitet director	Nu este cazul.											
2. Întâlniri trimestriale cu comitetul director și consiliul medical pentru prezentarea rezultatelor monitorizării	Manager Comitet director	Nu este cazul.											
3. Prezentări anuale către Consiliul de administrație și autoritatea locală	Manager Comitet director	Nu este cazul.											
<b>OTL 2. Dezvoltarea unei culturi organizaționale centrate pe calitate.</b>													
1. Întâlniri periodice cu personalul pentru a discuta problemele cu care se confruntă în derularea activității.	Manager Comitet director Asistenta șefă Responsabil resurse umane Responsabili structuri	Nu este cazul											
2. Includerea unui subiect de calitate pe agenda tuturor întâlnirilor comitetului director, consiliului medical și comisiilor spitalului.	Manager Comitet director Asistenta șefă Responsabil resurse umane Responsabili structuri	Nu este cazul											
3. Acordarea trimestrială a unui premiu simbolic de calitate pentru angajatul / structura care aduce plus valoare calității serviciilor.	Manager Comitet director Asistenta șefă Responsabil resurse umane Responsabili structuri	Nu este cazul											
4. Organizarea unor evenimente cu impact asupra calității	Manager Comitet director Asistenta șefă Responsabil resurse umane Responsabili structuri	Nu este cazul											
5. Analiza și prezentarea tuturor evenimentelor pozitive și negative prezentate în mass media	Manager Comitet director Asistenta șefă Responsabil resurse umane Responsabili structuri	Nu este cazul											
<b>OTL 3. Promovarea spitalului, a profesioniștilor săi și a autorității publice locale ca furnizor de servicii medicale de calitate.</b>													
1. Îmbunătățirea relației cu medicii de familie	Manager Comitet director Purtător de cuvânt	5.000 lei dezvoltare materiale de prezentare a spitalului											
2. Organizare întâlniri cu presa locală	Manager Comitet director Purtător de cuvânt	5.000 lei dezvoltare materiale de prezentare a spitalului											
3. Organizarea unui eveniment de tipul "Ziua porților deschise"	Manager Comitet director Purtător de cuvânt	5.000 lei dezvoltare materiale de prezentare a spitalului											

## Concluzii

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.

Nu în ultimul rând, 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.

**“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”)