PLAN DE MANAGEMENT AL SPITALULUI ORĂȘENESC SÂNGEORGIU DE PĂDURE

Întocmit,

Ec. Kovacs Denisa Aneta

CUPRINS

A – DESCRIEREA SITUAȚIEI ACTUALE A SPITALULUI 3

A1 – Istoricul Spitalului 3

A2. Profilul și poziționarea spitalului 5

A3 – Caracteristicile populației deservite 5

A4 – Structura organizatorică a spitalului 12

A5- Situația dotării spitalului 13

A6. – Situația resurselor umane 13

A7. – Activitatea spitalului 16

A8. – Situația financiară a spitalului 21

A9. – Analiza swot 25

A10. – Problemele spitalului 26

B – PROIECTUL DE MANAGEMENT 27

B1. Problematica prioritară abordată 27

B2. – Scopul proiectului 28

B3. – Obiectivele propuse 28

B4. – Activități necesare, responsabili 28

C. BIBLIOGRAFIE 40

A – DESCRIEREA SITUAȚIEI ACTUALE A SPITALULUI

A1 – Istoricul Spitalului

Primele date referitoare la o îngrijire medicală adecvată, au fost înregistrate în anul 1891. Aceste date au fost găsite în documentele unui prezbiter care, la acea vreme a dat în chirie casa parohială pentru câteva luni unui medic privat: Szanjn Izidor.

Într-un regisru de la începutul anilor 1900, apare pe lângă numele noilor născuți numele unui medic, originar din Cluj, Jarend Jozsef și numele moasei Lazar Jozsefne (Nemes Julianna). Între anii 1903 si 1906 tot în același registru apar numele a doi farmacisti: Frolich Vilmos si Sztankovszky.

Asistența medicală începe să evolueze tot mai mult în Sângeorgiu de Pădure, având în vedere că în 1919 farmacistul Sandor Zoltan închiriază magazinul casei parohiale unde deschide o farmacie care va funcționa până în anul 1933. În 1936 există deja un centru de sănătate cu 20 de paturi, care dispunea de 40 de locuri în cazuri de urgentă. Serviciile medicale ale acestui centru de sănătate a acoperit aproape toată zona superioară a Târnavei Mici până în anul 1946 când i s-a alăturat și centrul de stat pentru sănătate care funcționa pe atunci în locul unde azi se află internatul școlii.

În 1958 se înființează maternitatea cu serviciile unor medici de specialitate și cu un efectiv de 25 de paturi. Între 1950-1958 în Sângeorgiu de Pădure activau cinci medici printre care medici pentru adulți și copii. Tot în această perioadă funcționa un centru cu 15 paturi pentru bolnavii de T.B.C.
La începutul anului 1958 se înființează centrele de tratament în ambulatoriu pentru următoarele departamente: medicină internă, ginecologie, oftalmologie, stomatologie, și o mică chirurgie. Institutul este reziliat, din motive necunoscute, în anul 1969 iar în locul acestuia se înființează în 1974 un spital cu 150 de paturi, dintre care 50 pentru adulți, 30 pentru copii si 20-20 pentru obstetrică si neonatologie.
Stația de ambulanță a luat ființă în 1955, aceasta extizându-se până în 1973 de la o ambulanță la patru ambulanțe. În 1990 din cauze financiare numărul de locuri din spital scade la un efectiv de 70 de paturi iar cu un ajutor din strainătate stația de ambulanță este extinsă.
În anul 2000 se înființează un Centru Medical, menit să coordoneze activitățile medicale din regiunea superioară a Târnavei Mici.
In perioada 2000-2010, ca urmare a politicii de scădere a numărului de paturi din spitale la nivel național, numărul acestora se reduce în mod succesiv, ajungându-se la 40 de paturi.
Începând din 2010, modalitatea de finanțare a spitalelor se schimbă, Casa de Sănătate finanțează spitalele în funcție de numărul pacienților externați și gradul de complexitate a cazurilor. Datorită numărului redus de pacienți precum și a complexității reduse a cazurilor tratate de spital, sumele încasate de pe urma serviciilor prestate este din ce în ce mai mic, ajungându-se în 2013 ca încasările de la Casa de Sănătate Mureș să nu acopere nici măcar cheltuielile de personal.
Ca o consecință a numărului redus de pacienți și implicit a finanțării reduse, procesul de restructurare apare ca fiind singura posibilitate pentru supraviețuirea spitalului. Astfel se desființează secția de obstetrică-ginecologie, neonatologie și se înființează secția de boli cronice. Decizia de restructurare se dovedește un succes ,numărul pacienților tratați în spitalul orășenesc din Sângeorgiu de Pădure dublându-se față de 2013 iar gradul de complexitate a cazurilor tratate în spital a crescut substanțial.
O contribuție importantă în existența spitalului a avut-o localitatea Plan les Ouates din Elveția, înfrățită cu Sângeorgiu de Pădure din 1990. Prin intermediul Asociatiei “Sângeorgiu”, elvețienii au contribuit la modernizarea secției de medicină internă în anul 2005, au reconstruit pediatria în anul 2008, au finanțat parțial bucătăria și ambulatoriul de interne în 2010, iar în 2015 au avut o contribuție importantă la achziționarea a două ecografe moderne, atât de necesare pentru spital.

A2. Profilul și poziționarea spitalului

Oraşul Sângeorgiu de Pădure este situat în partea de est, sud-est a judeţului Mureş, pe cursul râului Târnava Mică, la 25 km de oraşul Sovata şi 42 km de municipiul Târgu Mureş. Teritoriul administrativ al oraşului Sângeorgiu de Pădure se învecinează cu Viforoasa, Vădaş, Neaua, Ghineşti, Trei-Sate, Roua şi Crişeni. Oraşul se întinde pe ambele maluri ale râului Târnava Mică, este înconjurat de dealuri şi păduri, fiind amplasat la punctul de contact al depresiunilor intermontane.

Poziția geografică a orașului Sângeorgiu de Pădure

Spitalul Orăsenesc Sângeorgiu de Pădure deserveşte populaţia a 7 comune cu satele arondate în total aproximativ 30.000 locuitori, pe un teritoriu cu un diametru de 1000 kmp.

Spitalul este de tip pavilionar funcţionând în 4 pavilioane situate în aceeaşi curte, cu următoarele compartimente: compartiment medicină internă, compartiment pediatrie, compartiment boli cornice.

A3 – Caracteristicile populației deservite

Orașul Sângeorgiu de Pădure avea la recensământul din 2011 un număr de 5.166 persoane populaţie stabilă, faţă de 5.492 persoane în anul 2002 (scădere de 5,94%). Populația stabilă la nivelul întregului oraș în anul 2011, față de recensământul din anul 1992 a scăzut cu 549 persoane (-9,61%), această modificare fiind însă distribuită inegal între localitățile componente. În timp ce orașul Sangeorgiu de Pădure înregistrează o scădere a populației de 285 persoane (-5,94%), în localitatea Bezid scăderea este de 148 persoane (-18,97%), în Bezidu Nou populația a scăzut cu

101 persoane (-80,16%), iar în localitatea Loțu s-a înregistrat o scădere a populației de 15 persoane(-100%).

Anul recensământului	RPL 1992	RPL 2002	RPL 2011
Oraș Sângeorgiu de Pădure	5715	5492	5166
Sângeorgiu de Pădure	4794	4748	4509
Bezid	780	699	632
Bezidu Nou	126	39	25
Loțu	15	6	0

În anul 2011 ponderea cea mai mare a populației se înregistrează în orașul Sângeorgiu de Pădure 87,28%, pe locul doi se situează populația din Bezid cu o pondere de 12,23%, urmată de Bezidu Nou cu 0,48%.

Populația stabilă a orașului reprezintă 0,94% din totalul locuitorilor județului Mureș, respectiv 1,87% din totalul populației municipiilor și orașelor la nivelul județului, astfel cum este redat în tabelul de mai jos.

Populația stabilă a orașului Sângeorgiu de Pădure raportată la nivelul județului Mureș

Denumire indicator	RPL 2011	Ponderea în total județ	Ponderea în total municipii și orașe
Populația stabilă	5166	0,94%	1,87%

În ultimii ani, la nivelul orașului Sângeorgiu de Pădure fenomenele demografice au înregistrat o evoluție descendentă. Din punct de vedere a mișcării naturale a populației (născuții-vii și decedați) se observă că sporul natural (diferența dintre numărul de născuți-vii și numărul persoanelor decedate) a avut valori negative. Astfel, acest indicator a fost în anul 2014 de -16 iar în anul 2018 de 0.

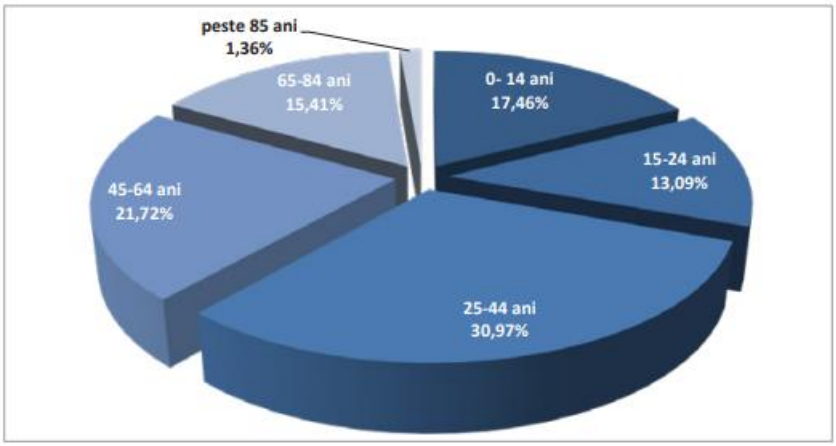
Mișcarea naturală și migratorie a populației

Anul	Născuți - vii	Decedați	Spor natural	Sosiți	Plecați	Spor migrator
2014	55	71	-16	52	75	-23
2015	48	78	-30	70	79	-9
2016	48	76	-28	61	87	-26
2017	55	66	-11	78	55	23
2018	66	66	0	68	89	-21

În ceea ce privește mișcarea migratorie a populației, pe orizontul de timp analizat, și această a înregistrat valori negative ale sporului migrator, mai puțin în anul 2017 când a fost pozitiv. În anul 2014 sporul migrator, determinat ca diferența dintre persoanele sosite în localitate și cele plecate,

a fost de -23, iar în anul 2018 de -21. Combinaţia dintre cele două componente ale mişcării demografice, a făcut ca populaţia orașului Sângeorgiu de Pădure să descrească uşor.

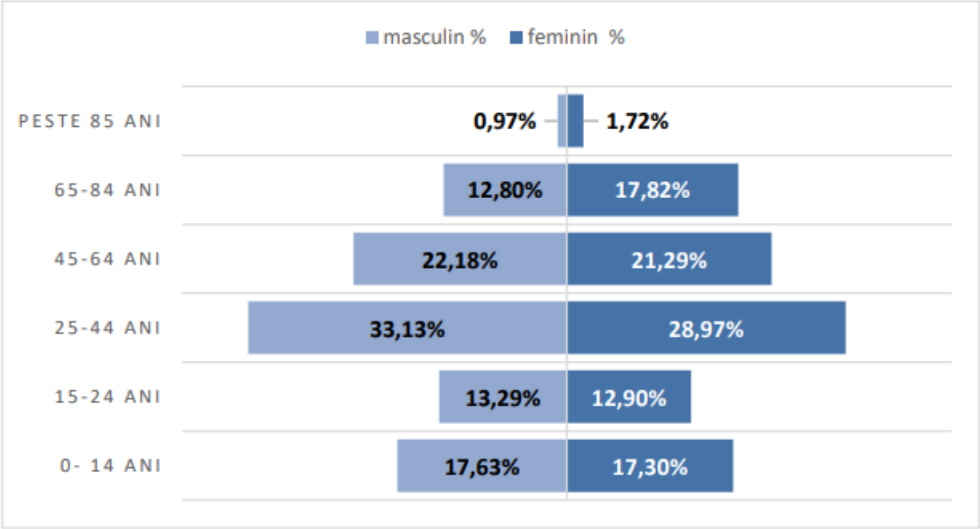
Structura populaţiei pe grupe majore de vârstă raportată la RPL 2011, evidenţiează că la nivelul orașului Sângeorgiu de Pădure copii (0-14 ani) deţin o pondere de 17,46% în totalul populaţiei stabile, populaţia tânără (15-24 ani) reprezintă 13,09%, persoanele cu vârste între 25-44 ani formează majoritatea (30,97%), persoanele cu vârstă între 45-64 ani reprezintă 21,72% din total, persoanele cu vârsta între 65-84 ani reprezintă 15,41%, iar cele cu vârsta peste 85 ani reprezintă 1,36%.



Distribuția structurii populației pe sexe reflectă la nivelul orașului Sângeorgiu de Pădure o pondere ușor mai ridicată a populației feminine. Din totalul de 5166 de persoane, un număr de 2.484 (48,08) sunt de sex masculin, în timp ce persoanele de sex feminin dețin o pondere de 51,92% (2.682 persoane).

Sexul	Total populație stabilă	Grupe de vârstă (ani)											
		0-14		15-24		25-44		45-64		65-84		peste 85	
	nr.	nr.	%	nr.	%	nr.	%	nr.	%	nr	%	nr	%
Ambele sexe	5.166	902	17,46	676	13,09	1.600	30,97	1122	21,72	796	15,41	70	1,36
Masculin	2.484	438	17,63	330	13,29	823	33,13	551	22,18	318	12,80	24	0,97
Feminin	2.682	464	17,30	346	12,90	777	28,97	571	21,29	478	17,82	46	1,72

Din graficul de mai jos putem obsera că prezența persoanelor de sex feminin este mai predominantă în ceea ce privește categoria persoanelor cu vârsta între 25-44 ani.



Piramida vârstelor rezultă din combinarea a două histograme, fiecare reprezentând efectivul populaţiei de sex feminin, respectiv masculin pe grupe de vârstă, conform datelor privind numărul populației după domiciliu la 1 Ianuarie 2020. Observăm așadar, faptul că la nivelul orașului, persoanele de sex feminin sunt predominate, reprezentând 51,99% din totalul populației, iar persoanele de sex masculin 48,01 %. De asemenea, observăm că prezența persoanelor de sex feminin este mai predominantă în ceea ce privește categoria persoanelor vârstnice (peste 85 ani).

Ca o concluzie la cele prezentate mai sus se poate afirma că la nivelul întregului oraș se prezintă un fenomen de îmbătrânire a populației, având în vedere faptul că populația cu vârsta cuprinsă între 25 și 64 ani reprezintă peste 50% din totalul populației, mai precis 55,84%, în timp ce ponderea persoanelor cu vârsta cuprinsă între 0–14 ani este semnificativ mai redusă 15,66% din totalul populației.

La nivelul orașului Sângeorgiu de Pădure, din totalul de 4.606 persoane în vârstă de 10 ani şi peste, un număr de 237 persoane (5,15%) au studii superioare, 129 persoane (2,8%) au studii postliceale şi de maiştri, 1022 (22,19%) au studii liceale, 616 (13,37%) au absolvit şcoli profesionale sau de ucenici. Un număr de 1.667 persoane, care deţin ponderea cea mai importantă, respectiv 36,19%, au absolvit o şcoala de nivel inferior gimnazial, iar 838 de persoane au doar studii primare (18,19%). Se remarcă şi existenţa unui număr de 97 persoane (2,11%) care nu au absolvit nicio formă de învăţământ, iar din acestea 44 persoane (45,36%), intră în categoria persoanelor analfabete.

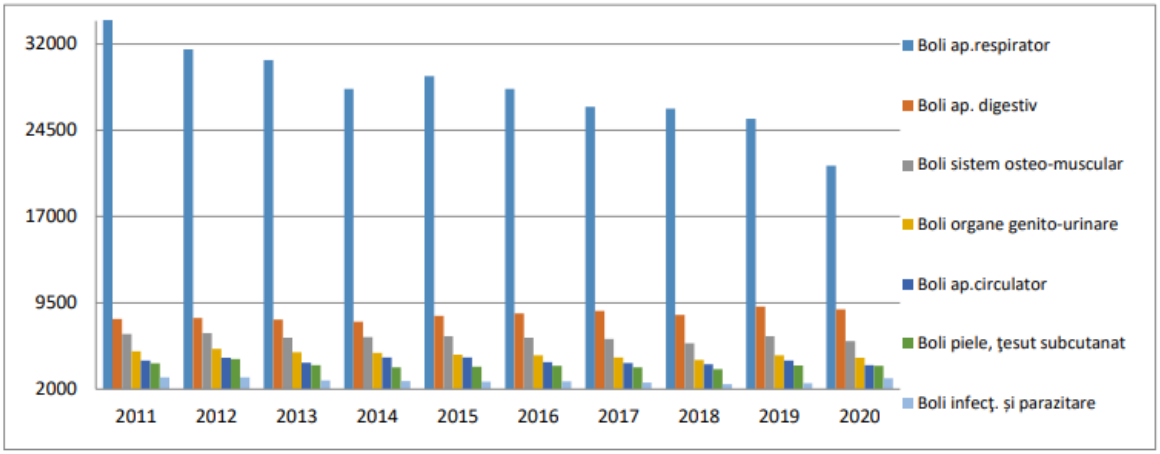
	Total populație stabilă de 10 ani și peste	NIVELUL INSTITUȚIEI DE ÎNVĂȚĂMÂNT ABSOLVITE							
		Superior	Post liceal și de maiștri	Liceal	Profesional și de ucenici	Inferior gimnazial	Primar	Fără școală absolvită Total	din care: Persoane analfabete
TOTAL ORAȘ	4.606	237	129	1022	616	1.667	838	97	44
SÂNGEORGIU DE PĂDURE	4.015	227	126	977	529	1431	658	67	26
BEZID	569	10	3	45	86	228	168	29	18
BEZIDU NOU	21	0	0	0	0	8	11	0	0

La învățământul inferior-gimnazial situația se prezintă astfel: 85,84% în Sângeorgiu de Pădure, 13,68% în Bezid și 0,48% în Bezidu Nou.

Cel mai ridicat număr al populației, din Sângeorgiu de Pădure trăiește în zone dezavantajate pe capital uman, respectiv 44,66% din totalul populației. Aici se identifică persoane cu un nivel scăzut de educație formală care pot avea un loc de muncă sau nu, dar ale căror condiții de locuit sunt considerate standard pentru zonele urbane din România. Aceste zone urbane sunt locuite de persoane necalificate, care lucrează în agricultură, construcții sau alte sectoare, în multe cazuri, informal. Un procent ridicat se înregistrează din punct de vedere al ocupării forței de muncă. 20,34% din locuitori deși nu prezintă un deficit educațional, nu reușesc să găsească un loc de muncă în sectorul formal, indiferent de condițiile lor de locuire. Majoritatea locuitorilor din aceste zone au un nivel de educație mediu și dețin diverse calificări profesionale, în general în domeniul industriei. Însă, după 1990 aceștia s-au confruntat cu închiderea fostelor întreprinderi socialiste. În zone definite ca zone marginalizate conform studiilor Băncii Mondiale, respectiv „zone urbane ce acumulează dezavantaje din perspectiva capitalului uman, ocupării forței de muncă și a locuirii” trăiesc 10,47% din localnicii orașului, iar un procent de 0,48% din populație trăiește în zone cu instituții sau sub 50 de locuitori. 7,30% din populație trăiește în locuințe neadecvate, în cartiere vechi de case situate, cu infrastructură precară unde majoritatea au un loc de muncă pe piața formală a muncii și în unele cazuri pot prezenta un nivel de educație mai scăzut. Sunt zone de blocuri și case, în principal construite în anii ’60-70, care sunt în stare precară și pe care locuitorii nu au resursele necesare pentru îmbunătățiri și renovare.

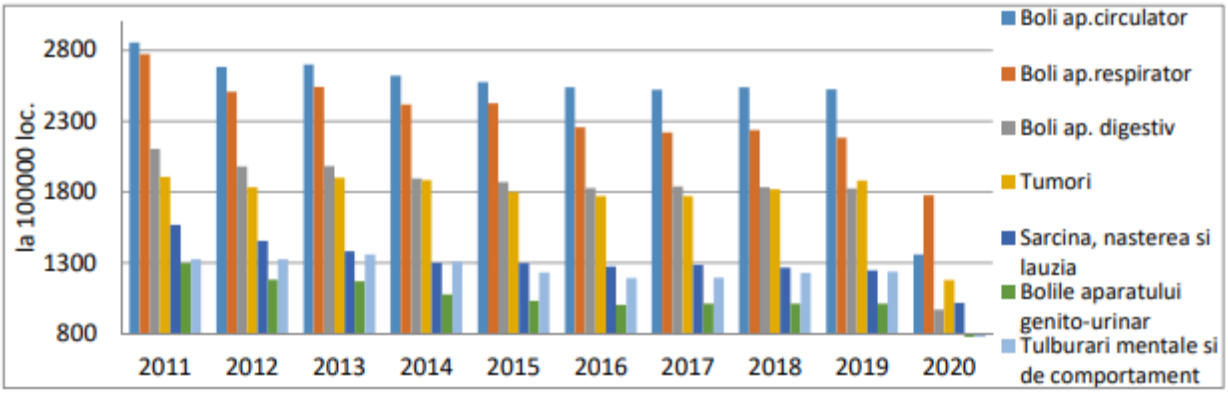
Morbiditatea general la nivel național:

Numărul cazurilor noi de îmbolnăvire în perioada 2011 - 2020 variază între 16232615 în 2011 şi 12895224 în 2020. Numărul cazurilor noi de îmbolnăvire a scăzut mult în anul 2020 comparativ cu anul 2011, cu 20,6% (3337391 cazuri noi de boală). În perioada 2011 - 2020, numărul cazurilor noi oscilează între cea mai mare valoare a intervalului de 16232615 în 2011 și cea mai mică 12895224 în 2020 (a fost anul pandemiei COVID-19, cu numeroase restricții). Rata de incidență general a scăzut de la 80568, 3 cazuri noi la 100000 locuitori în 2011 la o valoare de 66726,0 cazuri noi la 100000 locuitori în 2020 (a fost anul pandemiei COVID-19, cu numeroase restricții), în ceilalți ani ai perioadei, rata de incidență oscilează între cele două rate. Cele mai frecvente cazuri noi de îmbolnăvire sunt prin boli ale aparatului respirator, în toată perioada studiată, urmate de boli ale aparatului digestiv, apoi de boli ale sistemului osteo-muscular, în toată perioada analizată.



Morbiditatea spitalizată la nivel national:

Numărul cazurilor de bolnavi externați din spitale în perioada 2011-2020 variază între 4176287 în 2011 şi 2147638 în 2020. Numărul cazurilor de bolnavi spitalizați a scăzut considerabil în anul 2020 comparativ cu anul 2011, cu 48,6% (2028649 cazuri bolnavi externați). În perioada 2011 - 2020, numărul bolnavilor spitalizați scade continuu , cel mai mare număr fiind înregistrat în 2011 (singurul an al perioadei cu peste 4milioane bolnavi externați) și cel mai mic în 2020 (anul pandemiei COVID 19, cu numeroase restricții privind internările în spitale). Rata de morbiditate spitalizată a scăzut de la 20728,4 bolnavi externați la 100000 locuitori în 2011 la o rată de 11149,7 bolnavi externați la 100000 locuitori în 2020. Înperioada 2011-2020 rata de morbiditate spitalizată oscilează între valoarea cea mai mare a intervalului, înregistrată în 2011 și cea mai mica în 2020 Cele mai frecvente cazuri de bolnavi externați sunt prin boli ale aparatului circulator în perioada 2011-2019 și prin boli aparat respirator în 2020.



Prezentarea situației la nivelul Spitalul Orășenesc din Sângeorgiu de Pădure:

Cele mai frecvente tipuri de cazuri (**DRG**) externate la nivelul spitalului, an precedent

Nr.	**Cod DRG**	**Denumire DRG**	**Tip DRG** (M/C)	**Valoare Relativa**	**Nr. cazuri externate**	**% cazuri din total**	**DMS**
1	F3032	Insuficienta cardiaca si soc fara CC catastrofale	M	0,7561	38	15,14	7,84
2	K3011	Diabet cu CC catastrofale sau severe	M	1,2790	21	8,37	10,6
3	F3061	Tulburari vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	M	1,2853	14	5,58	8,9
4	I3081	Tulburari nechirurgicale ale coloanei cu CC	M	1,3294	12	4,78	8,6
5	E3032	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC severe sau moderate	M	0,9703	11	4,38	6
6	E3031	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC catastrofale	M	1,6697	10	3,98	8
7	F3101	Tulburari valvulare cu CC catastrofale sau severe	M	1,2034	10	3,98	6
8	H3012	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC severe	M	0,9136	10	3,98	7,2
9	H3041	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	M	1,4996	10	3,98	8,67
10	E3050	Edem pulmonar si insuficienta respiratorie	M	0,8758	9	3,59	5,67
...	...	...	...	...	...	...	...
Total spital					251	100	7,54

Analiza pieței servciilor de sănătate din zona de acoperire:

Pentru asigurarea sănătății umane la nivelul orașului Sângeorgiu de Pădure pe lângă Spitalul Orășenesc mai există următoarele unități sanitare: 3 cabinete medicale private de familie, 2

cabinete medicale private de specialitate, 3 farmacii din care 1 publică și 2 private și 2 laboratoare de tehnică dentară.

A4 – Structura organizatorică a spitalului

Spitalul Orăsenesc Sângeorgiu de Pădure deserveşte populaţia a 7 comune cu satele arondate în total aproximativ 30.000 locuitori, pe un teritoriu cu un diametru de 1000 kmp.

Spitalul este de tip pavilionar funcţionând în 4 pavilioane situate în aceeaşi curte, cu următoarele compartimente:

Pavilionul A cu parter și etaj. La parter funcționează laboratorul de analize medicale, camera de gardă, laboratorul de radiologie, cabinetul de specialitate de obstetrică-ginecologie din cadrul ambulatoriului integrat cu 3 paturi de spitalizare de zi. La etaj în structura aprobată de Ministerul Sănătății este amplasat compartimentul boli cronice cu 15 paturi de spitalizare continuă.

Pavilionul B cu subsol, parter și etaj. La subsol este localizată spălătoria spitalului, parterul cuprinde cabinetul de ambulatoriu în specialitatea pediatrie și 3 paturi pentru spitalizarea de zi. Etajul este alocat celor 10 paturi aferente spitalizării continue pentru specialitatea pediatrie.

Pavilionul C cu parter. În această locație funcționează compartimentul de medicină internă cu 15 paturi de spitalizare continuă și 3 paturi de spitalizare de zi, farmacia cu circuit închis.

Pavilonul D cu subol și parter. La subsol funcționează bucătăria spitalului. La parter cabinete ambulatoriu medicină internă și chirurgie generală.

Structura actuală, avizată, a spitalului este compusă din:

Spitalizare continuă

Compartiment medicină internă 15 paturi (pavilion C)

Compartiment pediatrie 10 paturi (pavilion B)

Compartiment boli cronice (pavilion A) 15 paturi

TOTAL SPITALIZARE CONTINUĂ - 40 PATURI

II. Spitalizare de zi 9 paturi

III. Ambulatoriu integrat cu cabinete în specialitățile:

- obstetrică-ginecologie (pavilion A)
- medicină internă (pavilion D)
- pediatrie (pavilion B)
- chirurgie generală (pavilion D)

Cameră de gardă (pavilion A)

Farmacie (pavilion C)

Laborator analize medicale (pavilion A)

Laborator radiologie și imagistică medicală (pavilion A)

Aparat funcțional

A5- Situația dotării spitalului

Nivelul de dotare al spitalului este una precară, cu multe minusuri. Există un aparat de radiologie care este uzat fizic și moral. Există 3 aparate de ecograf din care 2 sunt achiziționate recent, prin urmare sunt eficiente și oferă un act medical corespunzător. Laboratorul clinic al spitalului este dotat cu aparatură care este în chirie, prin urmare generează costuri ridicate cu chiria. Aceste aparate permit un set de analize minimale, care nu acoperă necesarul spitalului, prin urmare o parte din analize este externalizată prin contract de prestări servicii cu laboratoare clinice.

A6. – Situația resurselor umane

Conform Ordinului nr.1224/2010 privind normarea personalului din sectorul sanitar, organigrama de personal a spitalului aprobată de Consiliul Local în data de 25.03.2021, unitatea dispune de un număr de 66,50 de posturi, dintre care 48,25 de posturi sunt ocupate, iar 18,25 de posturi sunt vacante, astfel:

Nr.crt.	**Denumire functie**	**Specialitatea**	**Nivel de studii**	**Cuant post**	**Tip**
1	**Manager**		S	1	ocupat
2	**Director medical**		**S**	**1**	**vacant**
	MEDICINA INTERNA			**11**	
1	Medic primar	medicina interna	S	1	ocupat
2	Asistent medical principal	generalist	PL	1	**vacant**
3	Asistent medical principal	generalist	PL	1	ocupat
4	Asistent medical principal	generalist	PL	1	ocupat
5	Asistent medical principal	generalist	PL	1	ocupat
6	Asistent medical principal	generalist	PL	1	ocupat
7	Infirmiera		M	1	ocupat
8	Ingrijitoare		M	1	ocupat
9	Infirmiera		M	1	ocupat
10	Infirmiera		M	1	ocupat
11	infirmiera		M	1	ocupat
	Pediatrie			**11**	
1	Medic primar	pediatrie	S	1	ocupat
2	Asistent medical principal	pediatrie	PL	1	ocupat
3	Asistent medical principal	generalist	PL	1	ocupat

Nr.crt.	Denumire functie	Specialitatea	Nivel de studii	Cuant post	Tip
4	Asistent medical principal	generalist	PL	1	ocupat
5	Asistent medical principal	generalist	PL	1	ocupat
6	Asistent medical principal	generalist	PL	1	ocupat
7	Infirmiera		M	1	ocupat
8	Infirmiera		M	1	ocupat
9	Infirmiera		M	1	ocupat
10	Ingrijitoare		M	1	ocupat
11	**Asistent social**	**asistent social**	**PL**	**1**	**vacant**
	Cronici			**11**	
1	Medic specialist	medicina interna	S	1	ocupat
2	Asistent medical principal	generalist	PL	1	ocupat
3	Asistent medical principal	generalist	PL	1	ocupat
4	Asistent medical principal	generalist	PL	1	ocupat
5	Asistent medical principal	generalist	PL	1	ocupat
6	Asistent medical principal	generalist	PL	1	ocupat
7	Infirmiera		M	1	ocupat
8	Infirmiera		M	1	ocupat
9	Infirmiera		M	1	ocupat
10	Infirmiera		M	1	ocupat
11	**Ingrijitoare**		**M**	**1**	**vacant**
	Labor clinic			**2**	
1	Medic specialist	lab clinic	S	0.25	ocupat
2	Asistent medical principal	generalist	PL	1	ocupat
3	Asistent medical	generalist	PL	1	ocupat
4	**Medic specialist**	**lab clinic**	**S**	**0.75**	**vacant**
	Ambulator obstetrica ginecologie			**2**	
1	Medic specialist	obst.ginecologie	S	1	ocupat
2	Asistent medical principal	generalist	PL	0.25	**vacant**
3	**Asistent medical principal**	**generalist**	**PL**	**0.75**	**vacant**
	Ambulator chirurgie generala			**1**	
1	Medic specialist	chir.gen.	s	0.25	ocupat
2	**Medic specialist**	**chir.gen.**	**s**	**0.25**	**vacant**
3	**Asistent medical**	**generalist**	**pl**	**0.25**	**vacant**
4	Asistent medical	generalist	pl	0.25	ocupat
	Ambulator medicina interna			**2**	
1	**Medic specialist**	**Specialitatea**	**s**	**1**	**vacant**
2	Asistent medical	generalist	pl	1	ocupat
	Farmacist			**2**	
1	Farmacist	principal	S	1	ocupat

Nr.crt.	Denumire functie	Specialitatea	Nivel de studii	Cuant post	Tip
2	Asistent farmacie	farmacie	PL	1	ocupat
	Laborator RTG			**1**	
1	**Medic RTG**	**specialitatea**	**S**	**0.5**	**vacant**
2	Asistent	generalist	PL	0.25	ocupat
3	Asistent	generalist	Pl	0.25	ocupat
	Camera de garda			2	
1	**Medic primar**	**primar**	**s**	**1**	**vacant**
2	Asistent medical	generalist	PL	1	ocupat
	Compartiment Infectii nosocomiale			**1**	
1	**Medic specialist**	**inf.nosocomiale**	**S**	**0.5**	**vacant**
2	Asistent medical principal	generalist	PL	0.5	ocupat
	Birou Managementul Calitatii			**2**	
1	**Medic specialist**		**s**	**1**	**vacant**
2	Economist 1A		S	**1**	**vacant**
	Director Financiar contabil		S	**1**	ocupat
1	Economist 1A	contabilitate	S	1	ocupat
2	Economist 1A	contabilitate	S	1	suspendat
3	Statistician, registrator medical		M	1	ocupat
	Administrativ			8.5	
1	Economist 1A	administrativ	S	1	ocupat
2	**Referent debutant**	**achizitii publice**	**S**	**1**	**vacant**
3	**Inginer IT**	**IT**	**S**	**1**	**vacant**
4	**Ingrijitoare**		**M**	**1**	**vacant**
5	**Spalatoreasa**		**m**	**1**	**vacant**
	TOTAL AUXILIAR			**3.5**	
1	Muncitor calificat		M	1	ocupat
2	Muncitor calificat		M	1	ocupat
3	Muncitor calificat		M	0.5	ocupat
4	Bucatareasa		M	1	ocupat
	Resurse Umane			**2**	
1	**Economist GR II**	**resurse umane**	**S**	**1**	**vacant**
2	Economist gr.II	contabilitate	S	1	ocupat
	Juridic			**1**	
1	**Jurist debutant**	**juridic**	**S**	**1**	**vacant**
1	**PSI**		**S**	**1**	**vacant**
-	***TOTAL GENERAL***	**-**	**-**	***66.50***	

O reformă reală în sistemul de sănătate presupune acţiunea şi asupra resurselor umane în scopul îmbunătăţirii performanţei acestora.

Pregătirea personalului se efectuează conform planului de formare profesională anuală întocmită de serviciul RUNOS, ce are la bază solicitările venite din partea fiecărui compartiment în parte și prevederile legislative în vigoare.

A7. – Activitatea spitalului

Activitatea spitalului este cu precădere medicală, acordând îngrijiri medicale la nivel de primiri de urgențe prin camera de gardă, ambulatoriu, spitalizare de zi, spitalizare continuă acuți și spitalizare continuă cronici.

Ambulatoriul existent la nivelul spitalului este un ambulatoriu integrat de medicină internă și pediatrie și ambulatoriu pe specialitățile de obstetrică – ginecologie și chirurgie.

Spitalizare de zi pediatrie și medicină internă, 9 paturi.

Spitalizare continuă pediatrie, interne, boli cronici 40 de paturi.

Camera de gardă – o singură linie de gardă.

Cele mai frecvente tipuri de cazuri spitalizate:

Nr. Crt	Secție	CMD
1	Pediatrie	Bronsiolită acută, nespecificată Pneumonie nespecificată
2	Interne acuți	Cervicalgia Lumbago cu sciatica Insuficientă cardiacă congestivă Insuficiență mitrală
3	Interne cronici	Insuficiență respiratorie cronică Insuficiență venoasă cronică Alta insuficiență renală cronică Diabet mellitus tip 2 cu complicații microvasculare multiple

Analiza Principalilor Indicatori de performanță de-alungul anilor 2019-2021, pe cele 3 secții a spitalului:

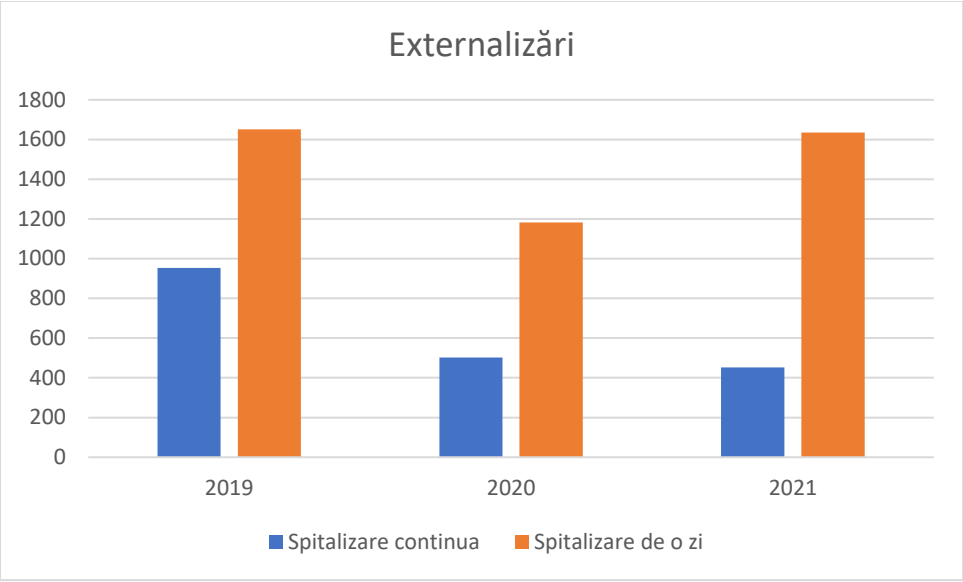
NUMĂR TOTAL EXTERNALIZĂRI

1. Număr total de externalizări 2019: Spitalizare continuă 954, Spitalizare de o zi 1651
2. Număr total de externalizări 2020: Spitalizare continuă 502, Spitalizare de o zi 1182
3. Număr total de externalizări 2021: Spitalizare continuă 453, Spitalizare de o zi 1635

Număr urgențe în camera de gardă: 2019-1438

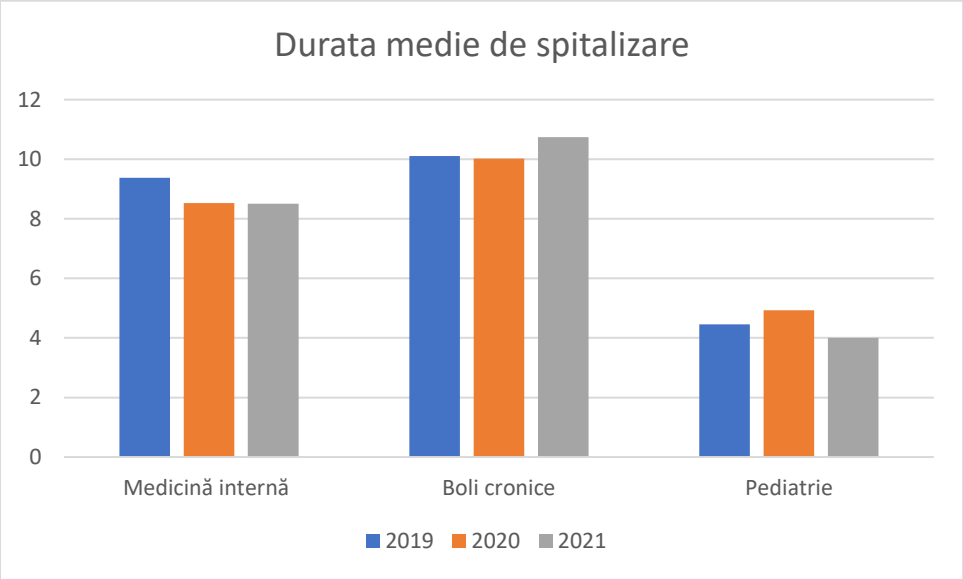
2020 - 985

2021 – 945

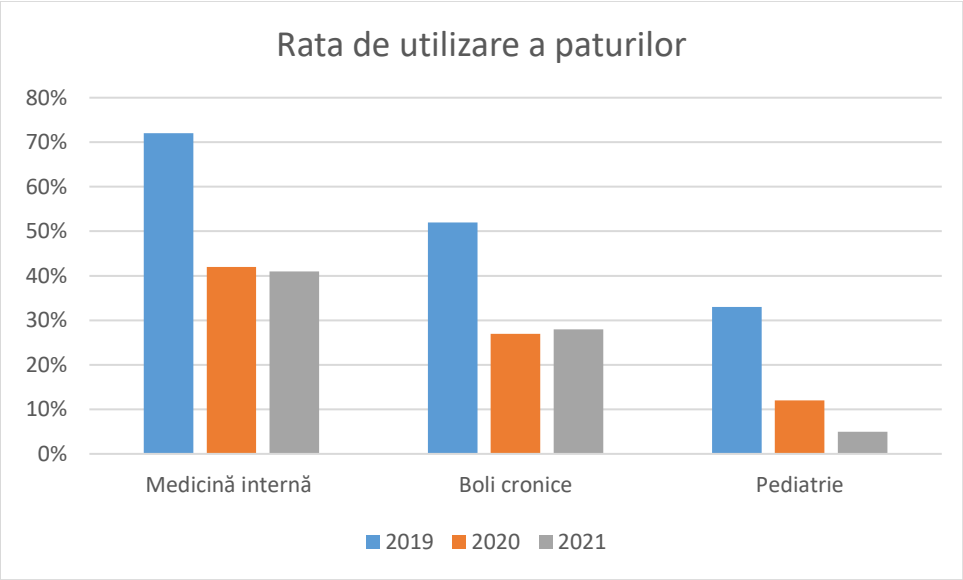


Tendințele de mai sus se explică ca efect direct al pandemiei generate de Coronavirus.

Durata medie de spitalizare			
	Medicină internă	Boli cronice	Pediatrie
2019	9.37	10.11	4.45
2020	8.53	10.02	4.93
2021	8.5	10.74	4



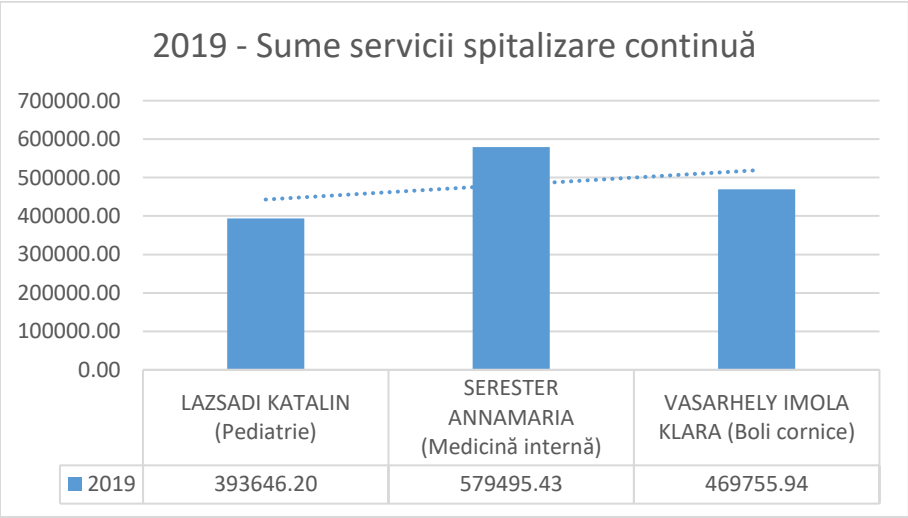
Rata de utilizare a paturilor			
	Medicină internă	Boli cronice	Pediatrie
2019	72%	52%	33%
2020	42%	27%	12%
2021	41%	28%	5%



ICM REALIZAT PE MEDICI

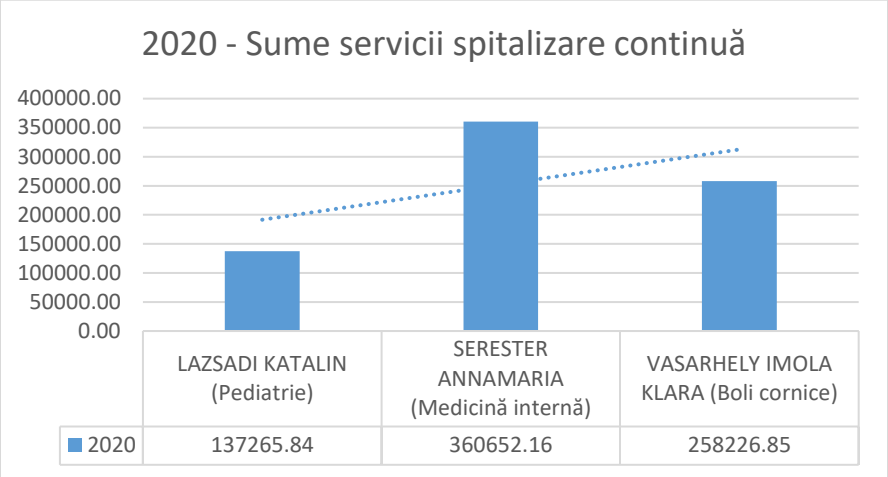
2019

Medic	Cazuri	ICM	Total ICM
Pediatrie	267	0,999546	266,8788
Medicină internă	412	0,953588	392,8786
Boli cornice	275	1,158104	318,4786



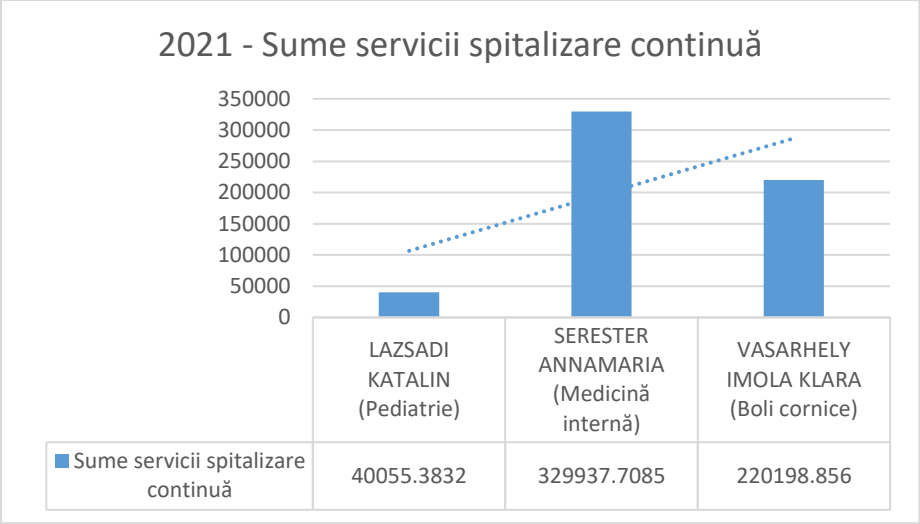
2020

Medic	Cazuri	ICM	Total ICM	Sume servicii spitalizare continuă
Pediatrie	88	1,057518	93,0616	137.265,86
Medicină internă	264	0,926174	244,51	360.652,25
Boli cornice	150	1,167127	175,0691	258.226,92

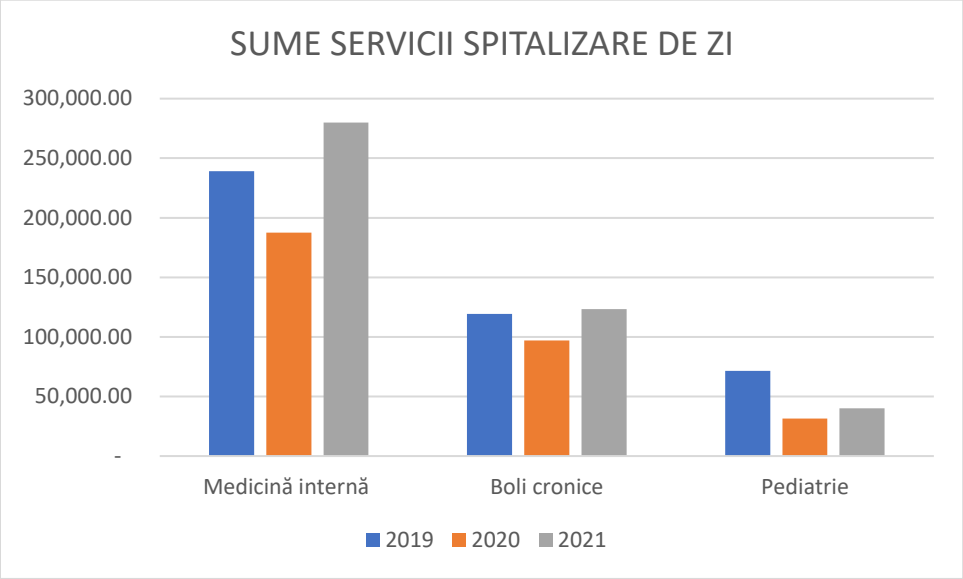


2021

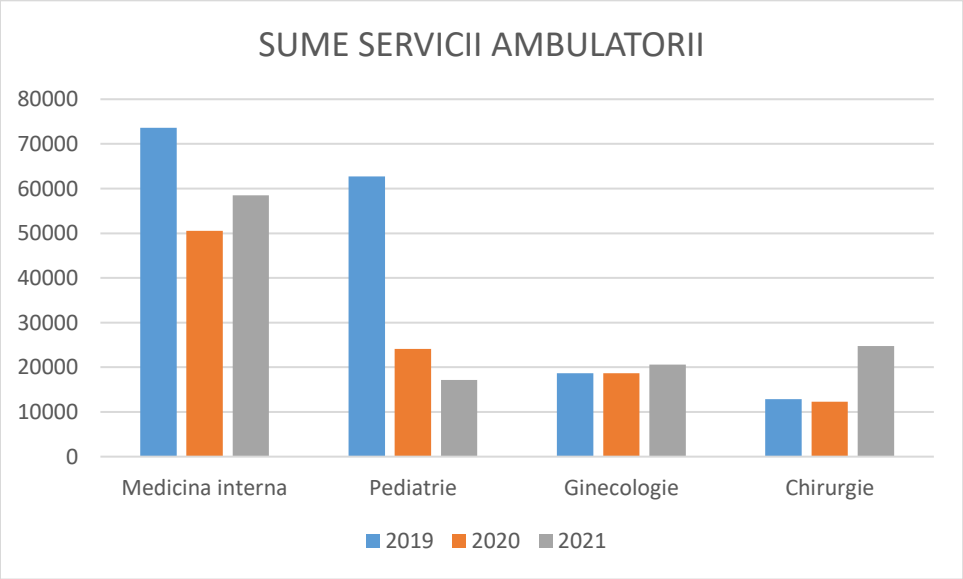
Medic	Cazuri	ICM	Total ICM	Sume servicii spitalizare continuă
Pediatrie	42	0,646576	27,1562	40.055,3832
Medicină internă	266	0,840927	223,6867	329.937,7085
Boli cornice	145	1,029568	149,2874	220.198,856



SUME SERVICII SPITALIZARE DE ZI			
	Medicină internă	Boli cronice	Pediatrie
2019	239,150.82	119,182.93	71,378.34
2020	187,502.69	96,912.62	31,542.50
2021	279996.6	123318.06	40115.79



SUME SERVICII AMBULATORII				
	Medicina interna	Pediatrie	Ginecologie	Chirurgie
2019	73639.56	62715.75	18646.6	12867.9
2020	50546.72	24128.84	18669	12327
2021	58465.5	17195.77	20603.4	24780



Analiza principalilor indicatori de volum, intensitate și complexitate a cazurilor spitalizate pe secții și per total, comparații cu medii naționale în specialitate, afferent anului 2021:

Secție	**Număr de paturi**	**Rata de utilizare paturi**	**Număr cazuri spitalizare continuă**	**Număr de zile de spitalizare**	**DMS (zile)**	**ICM realizat**	**Număr cazuri spitalizare de zi**
Pediatrie	10	5%	43	172	4	0,6465	182
Acuți	15	41%	275	2262	8,50	0,9352	1016

Cronici	15	28%	137	1558	10,74		437
Total	40	**99,8**	**453**	**3992**	**8,79**		**1635**

Comparând mediile naționale în specialitățile Pediatrie și Interne, observăm următoarele date:

Nr. Crt	**DMS**	**ICM**
Național		
Pediatrie	**4,26**	**1.0783**
Interne	**7,76**	**1.5620**
Spitalul Orășenesc Sângeorgiu de Pădure		
Pediatrie	**4**	**0,6466**
Interne	**9,62**	**0,9352**

La nivelul Spitalului Orășenesc Sângeorgiu de Pădure constatăm față de media națională pentru același specialități o depășire a numărului mediu de spitalizare și un ICM mai scăzut. Depăsirea numărului mediu de spitalizare se datorează în principal cazurilor sociale.

A8. – Situația financiară a spitalului

Spital Orășenesc Sângeorgiu de Pădure încasează venituri din diferite surse:

- Venituri proprii
- Venituri de la CAS Mureș pe servicii medicale și ambulatoriu
- Subvenții de la FNUASS pentru creșterile salariale

Pe ANUL 2021 s-au cuprins în bugetul de venituri și cheltuieli următoarele sume:

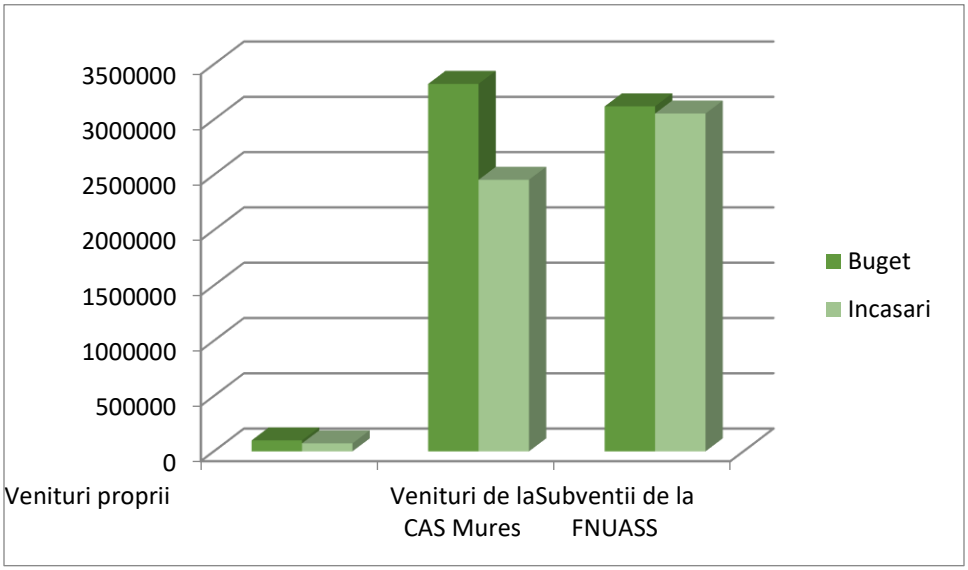
- Venituri proprii 99.000 lei
- Venituri de la CAS Mureș pe servicii medicale și ambulatoriu 3.323.000 lei
- Subvenții de la FNUASS pentru creșterile salariale 3.120.000 lei

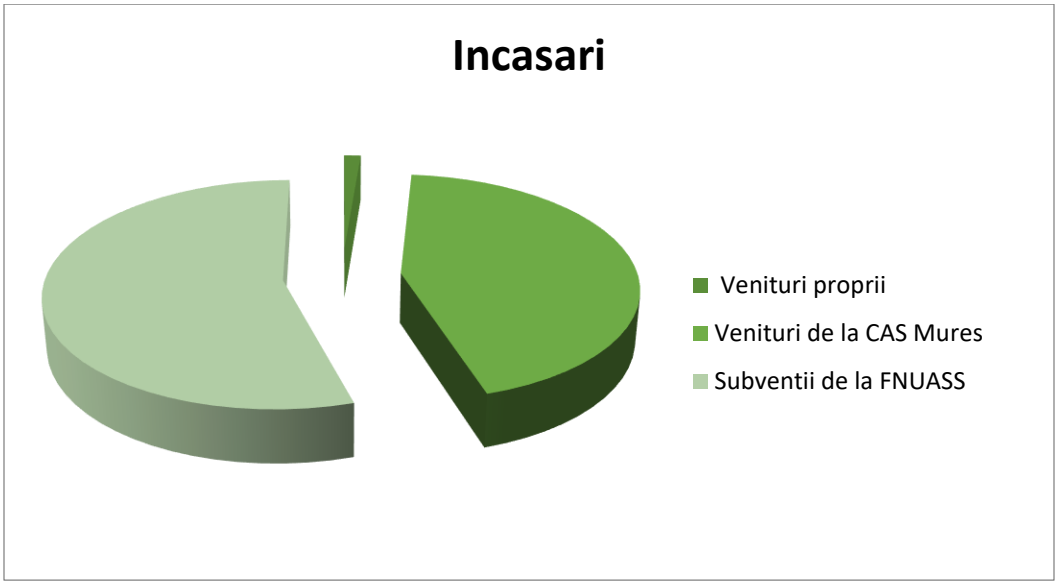
Sumele încasate pe fiecare sursă au fost:

- Venituri proprii 72.456 lei
- Venituri de la CAS Mureș pe servicii medicale și ambulatoriu 2.455.961 lei
- Subvenții de la FNUASS pentru creșterile salariale 3.055.009 lei

Procentul de încasare:

- Venituri proprii 73.19%
- Venituri de la CAS Mureș pe servicii medicale și ambulatoriu 73.91%
- Subvenții de la FNUASS pentru creșterile salariale 97.92%





Structura veniturilor proprii: 72.456 lei

- Venituri laborator clinic 30.774 lei
- Venituri RTG 9.397 lei
- Venituri coplată 695 lei
- Venituri EKG 130 lei
- Venituri Eco 24.890 lei
- Venituri consultații 80 lei
- Venit chirurgie 5.930 lei
- Alte venituri 560 lei

Situația **veniturilor realizate** de spital pe tipuri de servicii si surse, an precedent

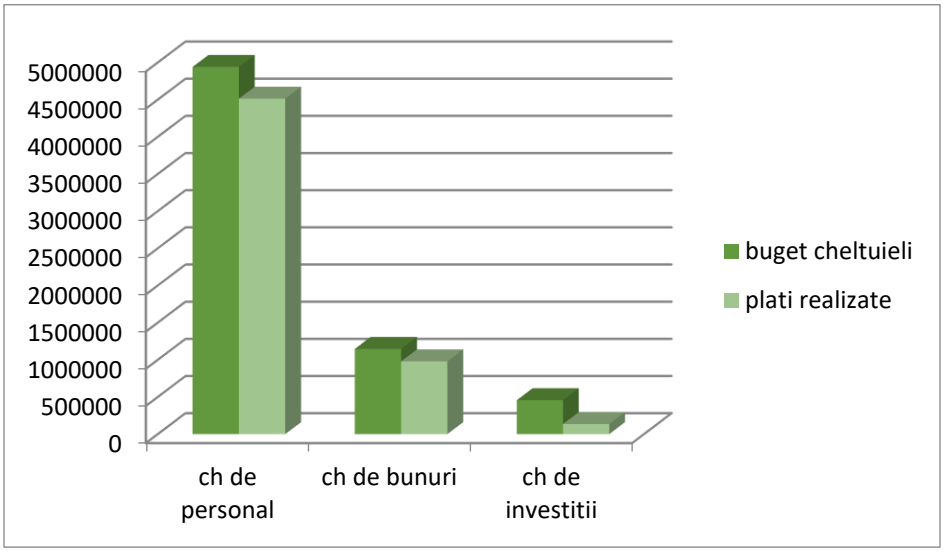
Nr.	Denumire indicator	Total suma realizată de spital (lei)	% in total
1.1	Venituri din spitalizarea continuă – acuți (DRG) *	978.251,00	17,52%
1.2	Venituri din spitalizare continuă – cronici	777.471,00	13,92%
1.3	Venituri din spitalizarea de zi	566.381,00	10,13%
1.4	Venituri din consultații și tratamente acordate în ambualtoriu	68.263,00	1,22%
1.5	Subvenții din bugetul FNUASS pt. acoperirea creșterilor salariale	3.120.000,00	55,88%
2.	Programe naționale (CNAS)	0,00	*0*
3.	Programe naționale (MS)	0,00	*0*
4.	Subvenții buget local	0,00	0
5.	Venituri din servicii la cerere	72.456,00	1,33%
6.	Venituri din proiecte de cercetare, studii clinice	0,00	0
7.	Donații, sponsorizări	0,00	0
8.	Alte venituri ……	0,00	0
	Total venituri	5.582.822,00	100%

- * ! TCP spital = 1475 lei

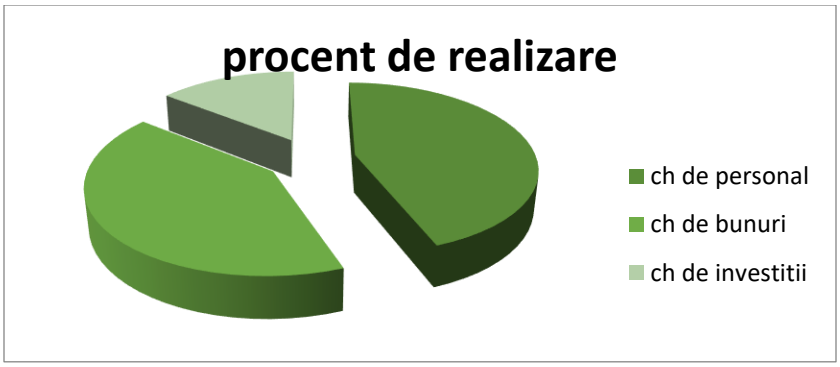
Structura **cheltuielilor** spitalului, după principalele titluri, an precedent

Nr.	Denumire indicator	Total sumă spital (lei)	% in total
I	Cheltuieli de personal	**4.940.000**	75,51%
II	Cheltuieli materiale si servicii	**1.146.000**	23,19%
III	Cheltuieli de capital	**456.000**	1,3%
	Total cheltuieli	6.542.000	100%

	buget cheltuieli	plăți realizate
Cheltuieli de personal	4.940.000	4.513.463
Cheltuieli de bunuri	1.146000	978.460
Cheltuieli de investiții	456.000	135.701



	procent de realizare %
Cheltuieli de personal	91.37
Cheltuieli de bunuri	85.38
Cheltuieli de investiții	29.76

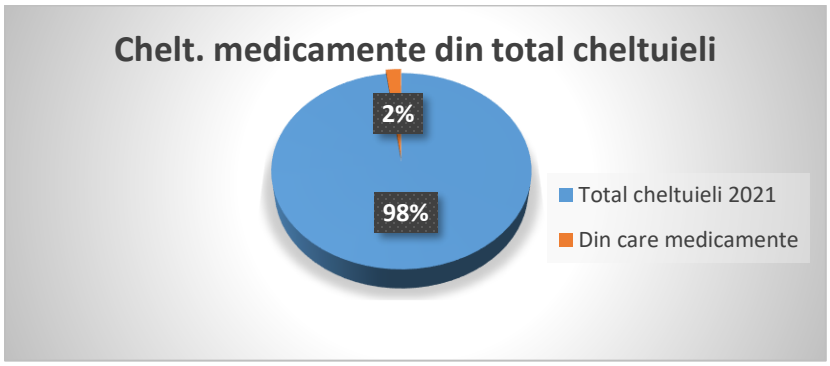


Concluzia analizei nivelului de realizare a execuției de venituri și cheltuieli este:

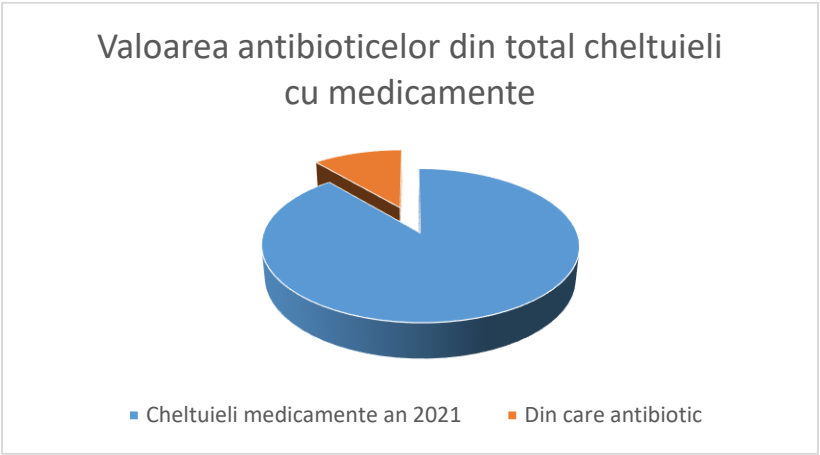
- La venituri proprii și venituri de la CAS Mureș procentul de încasare în jur de 73.19 % respectiv 73.91% este din cauza pandemiei, serviciile de ambulator și internările au fost limitate .
- La partea de cheltuieli gradul de realizare față de buget la cheltuieli de personal este de 91.37 % ,
- Împreună cu facturile rămase neplătite la sfârșitul lui DECEMBRIE 2021 în valoare de 37.321 lei procentul de realizare a cheltuielilor de bunuri se ridică la 88.64%, dar cheltuielile prevăzute în buget nu s-au realizat și din cauza numărului redus de pacienți din cauza pandemiei.

- La cheltuielile de capital procentul este de 39.76 % din cauza că multe investiții nu s-au putut finaliza din cauza întârzierilor răspunsurilor agenților economici de la care s-au cerut oferte.

Total cheltuieli 2021	5.545.158
Din care medicamente	115.523



Cheltuieli medicamente an 2021	115.523 lei
Din care antibiotic	14.520,5 lei



A9. – Analiza swot

MEDIUL INTERN	
Puncte tari: • Grad ridicat de validare a serviciilor de sănătate prestate de spital, de către CAS Mureș; • Personal medical bine pregătit; • Lipsă arierate față de furnizorii de bunuri și servicii sau față de bugetul de stat;	**Puncte slabe:** • Nivelul deteriorării în care funcționează secția de boli cronice; • Lipsa asigurării sursei de oxigen în saloane prevăzută de lege; • Deficiențe în asumarea responsabilităților la o parte din personalul angajat;

• Adresabilitate ridicată, în zona deservită de spital mai ales după restructurare, prin înființarea secției de boli cronice; • Orientarea factorilor de decizie din localitate spre dezvoltarea și modernizarea spitalului; • Grad ridicat de satisfacție a pacienților; • Certificate ISO 27001, 9001 • Existența sursei de rezervă în alimentarea cu apă potabilă • Existența unui generator pentru asigurarea alimentării cu energie electrică în cazuri excepționale	• Personal medical și nemedical insuficient; • Procentul redus de utilizare a paturilor la secția pediatrie; • Managementul calității implementat parțial
MEDIUL EXTERN	
Oportunități • Accesarea de fonduri europene pentru modernizarea clădirilor spitalului și dotarea cu aparatura modernă • Acord și susținere din partea Consiliului Local • Proiect POR în implementare pentru modernizare și extinderea ambulatorului integrat. • Nevoia de servicii medicale a tuturor locuitorilor din zonă •	**Amenințări:** • Implementarea sistemului de asigurări private de sănătate ceea ce poate duce la migrarea personalului calificat și a pacienților spre sectorul privat • Migrarea personalului calificat în străinătate • Retrocedarea clădirii secției unde functionează medicina internă • Costul mare al utilităților datorită faptului că spitalul este de tip pavilionar • Lipsa acreditării spitalului • Cadru legislative în schimbare, incoerent și necorelat; • Creşterea continua a costurilor (preţuri în creştere la medicamente, materiale sanitare, reactive utilizați); • nivelul scăzut de trai al populaţiei; • modificări demografice nefavorabile (îmbătrânirea populației).

A10. – Problemele spitalului

În momentul de faţă se ştie că majoritatea unităţilor sanitare publice din România se confruntă cu probleme importante, la care se încearcă să se găsească soluţii pentru rezolvarea lor.

Ca urmare nici Spitalul Orășenesc Sângeorgiu de Pădure, nu este ferit de unele probleme, pe care le consider cât se poate de serioase. În acest sens doresc să expun în cele ce urmează câteva dintre acestea.

- O primă problemă esenţială, care cred că este întâlnită la majoritatea unităţilor sanitare publice, este necesitatea punerii în practică a tehnicilor de management strategic, necesitatea aplicării acestor tehnici derivă din tendinţa de globalizare, care însoţită fiind de dezvoltarea dinamică a sistemului economico-social, angajează statul în efectuarea unor schimbări şi transformări la nivelul sistemelor şi instituţiilor publice. În acest sens, spitalul este obligat, pentru a putea „supravieţui", să aibă personal calificat şi specializat, pentru a gestiona şi rezolva permanent probleme noi.
- O altă problemă pe care o consider importantă este cea a acreditării unităţii sanitare. Problema acreditării este deosebit de delicată, atât din punct de vedere a reorganizărilor de secţii şi compartimente, cât mai ales din punct de vedere al finanţării acestor reorganizări.
- O altă problemă întâmpinată de spital este problema finanţării. Menţinerea în continuare a acestui sistem de finanţare inechitabil şi întârzierea în uniformizarea tarifului pe categorii de spitale, vor constitui piedici şi întârzieri în procesul de modernizare al spitalului.
- O altă problemă o prezintă nivelul de degradare ridicat al clădirilor, aparatura medicală uzată fizic și moral.

B – PROIECTUL DE MANAGEMENT

B1. Problematica prioritară abordată

Acreditarea unității sanitare

Scopul fundamental al Spitalului Orășenesc Sângeorgiu de Pădure îl constituie satisfacerea așteptărilor pacienților prin organizarea serviciilor de sănătate la nivelul spitalului în așa fel încât îmbunătățirea permanentă a calității actului medical să reprezinte misiunea spitalului.

Prin urmare, vom selecționa în vederea analizării următoarea problemă prioritară:

"Finalizarea procesului de acreditare ANMCS în cel de-al II-lea Ciclu de acreditare al spitalelor"

Principalele motivații care stau la baza selecționării acestei probleme prioritare se referă la următoarele aspecte:

- Încadrarea spitalului în categoria "neacreditat" în urma primei vizite de evaluare din ciclul II de acreditare
- Unitatea sanitară îşi menţine relaţia contractuală cu CAS Mureș, principalul finanţator ,și totodată sporeşte încrederea pacienţilor şi a salariaţilor unităţii.
- Complianța la standarde și certificarea acestui lucru de către o autoritate națională îmbunătățește imaginea spitalului în fața comunității și a instituțiilor partenere;

- Implementarea și menținerea standardelor de calitate favorizează:
    - Crerea și dezvoltarea unui climat stabil și propice pentru angajați
    - Identificarea deficiențelor și a metodelor de rezolvare a acestora
    - Limitarea riscurilor asumate, într-un mediu controlat, riscurile pot fi gestionate mai eficient

B2. – Scopul proiectului

Scopul acreditării este validarea conformității caracteristicilor serviciilor de sănătate efectuate de unitățile sanitare, cu standardele de acreditare adoptate de către ANMCS și aprobate în condițiile legii, în urma căreia unitățile sanitare sunt clasificate pe categorii de acreditare pentru a conferi încredere în competența tehnico – profesională și organizatorică a acestora.

În principal, scopul acreditării constă în următoarele deziderate:

- Serviciile de sănătate să asigure condițiile de siguranță a pacientului, a personalului și a mediului
- Serviciile de sănătate oferite să răspundă nevoilor colectivităților deservite
- Preluarea pacienților de către unitățile sanitare să se facă în limita competențelor și resurselor acestora

Acreditarea unităților sanitare se focalizează pe trei dimensiuni:

1. Implementarea sistemului de management al calității
2. Organizarea proceselor în vederea acreditării serviciilor de sănătate
3. Imbunătățirea practicilor profesionale

Îmbunătățirea activității prin implementarea standardelor de calitate este o activitate în dinamică, ciclică, mereu tinzând spre atingerea unor obiective mai înalte decât precedentele existente.

B3. – Obiectivele propuse

1. Finalizarea procesului de acreditare ANMCS în cel de-al doilea Ciclu de acreditare al spitalelor
2. Obținerea și menținerea acreditării Spitalului Orășenesc Sângeorgiu de Pădure

B4. – Activități necesare, responsabili

Obținerea și menținerea acreditării spitalului presupune parcurgerea mai multor activități desfășurate pe anumite etape. Până la momentul actual a fost parcursă etapa premergătoare de înscriere în procedura de evaluare și acreditare, Spitalul Orășenesc Sângeorgiu de Pădure aflându-se în etapa 1, de pregătire a evaluării.

1. Etapa de pregătire a evaluării

Această etapă cere implicarea tuturor șefilor de compartimente, pentru desfășurarea următoarelor activități:

1.1 Încărcarea Fișelor de autoevaluare (FAE)

Încărcarea Fișei de autoevaluare presupune realizarea unei analize obiective a activității fiecărui compartiment de către conducătorul său pentru identificarea și raportarea corectă a gradului de îndeplinire a cerințelor de calitate și asumarea deficiențelor existente la nivelul structurii.

Raportarea FAE se realizează de către fiecare șef de compartiment, pentru criteriile aplicabile activităților desfășurate, on – line, direct în aplicația pusă la dispoziție de ANMCS.

Această fișă îndeplinește un dublu rol, și anume: comunicarea către ANMCS a nivelului declarat – estimat de îndeplinire a standardelor de calitate și conștientizarea personalului asupra nivelului de complianță la standarde prin vizualizarea unui centralizator al cerințelor împreună cu nivelul actual de conformitate.

1.2 Încărcarea documentelor obligatorii, solicitate și a indicatorilor sensibili

Pregătirea documentelor doveditoare pentru îndeplinirea indicatorilor se realizează scanând toate documentele letrice originale (cu semnături, aprobări etc.); acestea se încarcă în platforma CaPeSaRo la secțiunea corespunzătoare indicatorului.

Documentele sunt împărțite în trei mari categorii, și anume:

a) Documente obligatorii solicitate (DOS) – se referă la avize, autorizații și reglementările interne privind desfășurarea activităților cu impact major asupra siguranței pacienților și angajaților.
b) Documentele suplimentare solicitate (DS)
c) Documentele care dovedesc îndeplinirea indicatorilor sensibili

1.3 Actualizarea paginii de internet a spitalului

Având în vedere gradul actual de informatizare a activităților și folosirea tot mai mult a acestui canal de informare, precum și faptul că pagina web a spitalului este verificată anterior vizitei de evaluare, acesta trebuie actualizată permanent pentru a conține toate informațiile considerate de interes atât pentru pacienți, cât și pentru comunitate și instituțiile colaboratoare.

Etapa de pregătire a evaluării se încheie cu încărcarea, de către reprezentanții ANMCS, a unui raport privind validarea documentelor obligatorii solicitate.

2. Etapa de evaluare

2.1 Etapa de pre-vizită

Această etapă presupune, în majoritatea, activități desfășurate de către evaluatori: prevalidarea documentelor încărcate pentru dovedirea indicatorilor sensibili, a modalităților alternative de îndeplinire a cerințelor, prevalidarea indicatorilor a căror îndeplinire este susținută de existența unor proceduri / protocoale și prevalidarea indicatorilor cantitativi.

Implicarea spitalului în desfășurarea acestei etape este legată de oferirea unor explicații suplimentare pentru documentele deja încărcate.

Etapa de pre-vizită se încheie cu încărcarea, de către Comisia de Evaluare, a unui raport privind prevalidarea indicatorilor pentru care au fost analizate documentele. De asemenea, este transmis către spital Programul vizitei de evaluare.

La nivelul spitalului au loc activități de pregătire a vizitei de evaluare din punct de vedere organizatoric, în funcție de modalitatea în care se va desfășura vizita.

Dacă vizita va fi organizată conform Ordinului 284/12.08.2020 pentru aprobarea Instrucțiunilor privind desfășurarea vizitelor propriu-zise de evaluare planificate în perioada instituirii stării de alertă, înaintea vizitei se vor desfășura următoarele activități:

- Pregătirea echipamentului de protecție care va fi utilizat de Comisia de Evaluare în timpul vizitei în spital;
- Pregătirea spațiilor și mijloacelor tehnice pentru susținerea on – line a interviurilor conducătorilor de compartimente;
- Instruirea conducătorilor de compartimente pentru utilizarea tehnologiilor informatice prin intermediul cărora se desfășoară interviurile

2.2 Vizita de evaluare

În timpul vizitei Comisia de Evaluare va completa toate instrumentele de lucru, cu participarea personalului desemnat din spital.

Instrumentele de lucru surprind atât partea de reglementări și informații colectate și procesate la nivelul spitalului, cât și partea practică de aplicare a unora dintre reglementări, considerate de importanță vitală:

- Reconstituirea traseelor clinice ale pacienților;
- Aplicarea simulării urgenței survenite la pacientul internat;
- Aplicarea simulării evacuării în caz de incendiu;
- Verificarea îndeplinirii indicatorilor critici (inclusiv simularea accesului neautorizat în spații cu acces interzis / restricționat)

În plus, Comisia de Evaluare poate solicita încărcarea unor documente, suplimentar față de cele încărcate anterior; de asemenea vor fi solicitate în format scanat Foi de observație din arhiva unității sanitare pentru completarea, de către evaluatori, a indicatorilor privind traseul pacientului și completarea documentelor medicale.

Etapa de vizită se încheie cu închiderea Raportului Consens (consens sau identitatea de păreri avută în vedere se referă la acordul interlocutorului cu privire la valența atribuită de către evaluator indicatorului și / sau consemnările făcute de către acesta; invocarea lipsei consensului se realizează doar prin prezentarea unor argumente / explicații clare, documentate).

2.3 Etapa de post – vizită

În această etapă se realizează, de către Comisia de Evaluare, o analiză calitativă în baza căreia se întocmește Proiectul Raportului de Evaluare, asupra căruia spitalul are dreptul de a formula obiecțiuni în termen de 5 zile de la primirea Proiectului.

Obiecțiunile reprezintă observațiile prin care unitatea sanitară își exprimă dezacordul față de valențele acordate de Comisia de Evaluare unor indicatori din listele de verificare aplicate în perioada vizitei de evaluare.

Comisia de Evaluare va formula un răspuns la obiecțiunile primite, după caz, care cuprinde valența finală a indicatorilor asupra cărora s-au formulat obiecțiuni.

Etapa de post – vizită se încheie cu elaborarea, de către Comisia de Evaluare, a Raportului de Evaluare.

3. Etapa de acreditare

Această etapă este desfășurată la nivelul Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate care, pe lângă Raportul de acreditare și Ordinul privind acreditarea / neacreditarea, elaborează, după caz, un Grafic de remediere a neconformităților constatate în urma procesului de evaluare în vederea acreditării. Graficul conține doar neconformitățile care au condus la îndeplinirea sub 51% a standardelor (doar pentru standardele îndeplinite sub 51%).

Există 6 categorii de acreditare în care poate fi încadrat un spital în urma parcurgerii tuturor etapelor de evaluare și acreditare. Pentru încadrarea în una dintre primele 4 categorii (I-IV) spitalele trebuie să îndeplinească fiecare standard în proporție de minim 51% și 100% indicatorii critici, categoria I fiind singura categorie în care un spital nu primește Plan de conformare. Diferențierea între categoriile de acreditare se face prin punctajul obținut după procesarea tuturor datelor și procentul de îndeplinire al indicatorilor – 10, astfel:

Categorii de acreditare

Categoria	*Denumire*	*Punctaj total*	*Grad îndeplinire indicatori - 10*
I	Acreditat	Peste 90%	100%
II	Acreditat cu recomandări	Minim 70%	Minim 90%
III	Acreditat cu rezerve	Minim 51%	Minim 70%
IV	Acreditat cu încredere redusă	Minim 51%	Minim 70%
V	Decizie de prelungire a procesului de acreditare	Minim 51%	Minim 50%
VI	Neacreditat	Sub 51%	Sub 50%

Încadrarea în categoria II presupune asumarea și implementarea Planului de conformare în maxim 12 luni de la primirea Raportului de acreditare.

Încadrarea în categoria III presupune asumarea și implementarea Planului de conformare în maxim 24 luni de la primirea Raportului de acreditare.

Încadrarea în categoria IV se diferențiază față de categoria III prin asumarea îndeplinirii măsurilor din Plan sau asumarea îndeplinirii acestora într-un termen mai mare de 24 luni.

4. Menținerea condițiilor de acreditare

Îmbunătățirea activității prin implementarea standardelor de calitate este o activitate în dinamică, ciclică, mereu tinzând spre atingerea unor obiective mai înalte decât precedentele / existente.

Îmbunătățirea calității serviciilor nu se referă numai la îndeplinirea atribuțiilor / obligațiilor legale, ci la implementarea unor măsuri care să facă procesele să devină performante, care să aducă în mod real plus – valoare în activitatea desfășurată.

Având în vedere multitudinea aspectelor implicate în asigurarea calității serviciilor și a siguranței pacientului se impune angajarea de resurse multiple, urmărirea proceselor, instruirea și motivarea personalului, asigurarea unui sistem informațional funcțional la toate nivelurile.

Pe lângă urmărirea proceselor în interiorul spitalului, după finalizarea etapei de acreditare, ANMCS realizează monitorizarea anuală a măsurilor implementate la nivelul unității sanitare.

ANMCS poate reîncadra în altă categorie de acreditare o unitate sanitară în funcție de nivelul de îndeplinire a graficului de remediere a neconformităților constatate în urma procesului de evaluare în vederea acreditării.

Încadrare în timp. Grafic Gantt

Încadrarea în timp a activităților aferente procesului de acreditare a fost stabilit și comunicat Spitalului Orășenesc Sângeorgiu de Pădure de către responsabilul regional din partea ANMCS prin aplicația CaPeSaRo.

Activitate	**Început**	**Final**
I. Etapa de pregătire a evaluării	Prezent	25.07.2022

Încărcarea fișelor de autoevaluare	Prezent	18.06.2022
Achitarea a minim 70%din valoarea taxei de acreditare	Prezent	18.06.2022
Încărcarea documentelor în secțiunea Documentele calității	Prezent	25.07.2022
Actualizarea paginii de internet a unității sanitare	Permanent	Permanent
II. Etapa de evaluare		
Etapa de pre-vizită	18.07.2022	23.09.2022
Vizita de evaluare	26.09.2022	30.09.2022
Etapa de post - vizită	03.10.2022	28.10.2022
III. Etapa de acreditare	29.10.2022	31.12.2022
IV. Menținerea condițiilor de acreditare	Trim I 2023	Permanent
Menținerea condițiilor de acreditare ciclul II	Trim I 2023	Trim II 2023
Implementarea standardelor ciclul III de acreditare	Trim III 2023	Trim III 2027

Obținerea și menținerea acreditării spitalului presupun un demers permanent al întregului personal din unitatea sanitară.

Resurse necesare

Având în vedere multitudinea aspectelor implicate în asigurarea calității serviciilor și a siguranței pacientului se impune angajarea de resurse multiple, urmărirea proceselor, instruirea și motivarea personalului, asigurarea unui sistem informațional funcțional la toate nivelurile.

Procesul de acreditare a spitalului necesită colaborarea între toate compartimentele și întreg personalul din spital. Resursele necesare acreditării cuprind:

Resursele umane – constau în personalul angajat al spitalului. În conformitate cu Decizia managerului spitalului nr. 16/01.04.2022, a fost stabilită Comisia de Coordonare și Implementare a Managementului Calității Serviciilor Medicale și Siguranței Pacienților și de Pregătire a Spitalului Pentru Evaluare în vederea Acreditării cu următoarea componență:

Nume, prenume	**Funcție în unitatea sanitară**	**Funcție în comisie**
Kovács Denisa Aneta	Manager	Președinte
Máté Izabella	Director Financiar Contabil	Vicepreședinte
Barabás Vilmos	Contabil	Secretar
Máthé Maria Floare	Economist 1A	Membru
Serester Annamária	Medic primar med.intern	Membru
Nistor Claudia	Medic epidemiolog	Membru
Vásárhely Imola Klara	Medic primar medicina interna	Membru

Lazsádi Katalin	Medic primar pediatrie	Membru
Keresztes Csaba	Medic specialist obst.ginecologie	Membru
Szutor Zsigmond	Director medical	Membru
Stroia Evelin	Farmacist sef	Membru
Hegyi Pop Diana Adela	Asist.med.- Registrator medical	Membru
László Mónika	Asistent medical principal	Membru
Pop Mariana	Asistent principal Laborator	Membru
Polotca Florica- Ana	Reprezentant sindicat, Asist.med.principal	Membru
Suciu Éva	Asistent medical principal	Membru
Szombatfalvi Etelka	Asistent medical principal	Membru
László Mónika	Asistent medical principal	Membru
Szabó Imola	Asistent medical principal	Membru
Kokas Izabella Katalin	Asistent medical generalist	Membru
Bukur Jenő	Informatician	Membru

Resurse materiale – sunt reprezentate de totalitatea dotărilor existente în spital și se referă, în principal, la resursele informatice și de birotică, respectiv computere, imprimante, rețea internet, telefonie, fax, consumabile și rechizite specifice.

Resursele financiare – necesare în vederea acreditării spitalului sunt reglementate prin Ordinul ANMCS nr. 32/2020 privind aprobarea modalității de plată de către unitățile sanitare a taxei de acreditare. Astfel, conform reglementării, taxa de acreditare care include costurile aferente evaluării în vederea acreditării și monitorizării încadrării unității sanitare în nivelul de acreditare acordat, pentru o perioadă de 5 ani, se achită în tranșe după cum urmează:

- Prima tranșă – cu cel puțin 3 luni calendaristice anterior datei estimate privind începerea vizitei de evaluare, până la atingerea sumei reprezentând 70% din valoarea estimată a taxei în funcție de dimensiunea, specificul și complexitatea structurii stabilite prin documentele care reglementează organizarea și funcționarea unității sanitare. Pentru unitățile sanitare cu paturi, prima tranșă este formată dintr-o sumă fixă în cuantum de 13.920 lei care se achită la momentul înscrierii în procesul de acreditare și o sumă variabilă care se achită după înscrierea în procesul de acreditare, în intervalul cuprins între data primirii de către unitatea sanitară a comunicării valorii estimate a taxei de acreditare și 3 luni calendaristice anterior datei estimate pentru începerea vizitei de evaluare.
- Diferența dintre valoarea prevăzută la alin. de mai sus și valoarea finală a taxei, stabilită potrivit legislației în vigoare, în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii de către unitatea sanitară a raportului de evaluare.

Spitalul Orășenesc Sângeorgiu de Pădure a achitat întreaga taxă.

Responsabilități

Atribuțiile și responsabilitățile Comisiei sunt următoarele:

- Face propuneri privind obiectivele și activitățile cuprinse în Planul anual al managementului calității și siguranței pacienților, pe care le supune analizei Consiliului medical. În acest sens, se asigură că recomandările cele mai pertinente de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților se regăsesc în planul de îmbunătățire a calității, funcție de fondurile financiare la dispoziție;
- Înaintează Consiliul medical propuneri privind programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice fiecărei secții, laborator, compartiment și a standardelor de calitate;
- Asigură mecanismele de relaționare a tuturor structurilor unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității, fiind în acest sens obligată să facă propuneri fundamentate legal;
- Face propuneri fundamentate care susțin implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de managerul spitalului;
- Analizează neconformitățile constate în derularea activităților de către oricare dintre membrii Comisiei și propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun;
- Identifică activitățile critice care pot determina întârzieri în realizarea obiectivelor din Planul anual al managementului calității și siguranței pacienților, și face propuneri în vederea sincronizării acestora;
- Prin membrii săi, pune la dispoziția SMC informațiile necesare întocmirii analizei modului de respectare a termenelor de realizare a activităților în vederea identificării cauzelor de întârziere și adoptării în consecință;
- Susține în permanență SMC în atingerea obiectivelor / activităților care privesc: reacreditarea spitalului, monitorizarea post – acreditare, implementarea și dezvoltarea continuă a conceptului de ”calitate”.
- Asigură prim membrii săi, difuzarea către întreg personalul spitalului a informațiilor privind stadiul implementării sistemului de management al calității, precum și a măsurilor de remediere / înlăturare a deficiențelor constatate;
- Pune la dispoziția SMC informațiile necesare întocmirii de autoevaluări pentru monitorizarea implementării managementului calității și urmărește ca rezultatele acestora

să fundamenteze măsurile de îmbunătățire a calității serviciilor, adoptate la nivelul spitalului;

- Propune anual sau ori de câte ori se constată necesar SMC, să evalueze punctual, nivelul de conformitate a respectării unor proceduri și protocoale aprobate, de la nivelul tuturor sectoarelor de activitate din spital, în a căror implementare s-au constatat neregularități;
- Sprijină SMC în asigurarea permanentă a fluenței comunicării inter – instituționale în scopul urmăririi de către ANMCS a conformității spitalului cu cerințele standardelor de acreditare și cu celelalte prevederi legale aplicabile pe toată durata de valabilitate a acreditării.
- Face propuneri privind luarea măsurilor necesare în vederea respectării principiilor și valorile calității, conform misiunii asumate de către spital și se preocupă de implementarea și dezvoltarea și armonizarea mediului ambiental (cultură organizațională) și culturii calității în spital, având în acest sens obligația de a aviza Codul de conduită existent la nivelul spitalului, precum și eventualele modificări / completări la acesta;
- În baza ”Raportului intermediar de etapă de monitorizare” și a ”Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare” și a ”Raportului final de etapă de monitorizare” transmise spitalului de către responsabilul zonal cu monitorizarea – nominalizat de către ANMCS, sprijină SMC în vederea întocmirii de către acesta a ”Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare” și urmărește remedierea tuturor neconformităților”;
- În situația producerii unor evenimente adverse la nivelul spitalului, face propuneri de nominalizare de către manager a personalului care face parte din comisia de cercetare a respectivelor evenimente, în funcție de natura evenimentului și de structura / locația în care s-au produs acestea. După emiterea de către comisiile de cercetare a evenimentelor adverse a rapoartelor de analiză a cauzelor care au dus la apariția respectivelor evenimente, face propuneri concrete în vederea implementării măsurilor pentru prevenirea repetării lor.
- Analizează anual propunerile formulate de către SMC privind tematica privind instruirea angajaților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului, diferențiată pe categorii de personal, în scopul prioritizării acestora;
- Analizează anual propunerile formulate de către persoana desemnată de către manager să desfășoare activitatea de informare și relații publice, în ceea ce privește conținutul programului de pregătire pentru îmbunătățirea comunicării personalului spitalului cu pacienți / însoțitori / aparținătorii;

- Asigură interfața necesară elaborării de protocoale / înțelegeri scrise între secții privind asistența medicală, consultului interdisciplinar etc.
- Face propuneri concrete privind asigurarea cu resurse de către conducerea spitalului pentru realizarea fiecărui obiectiv din programul de management al calității și siguranței pacienților;
- Realizează anual analiza obiectivității evaluării nivelului de satisfacție al pacienților prin utilizarea chestionarelor de satisfacție, pe care o transmite Consiliului medical;
- Analizează conținutul standardelor, criteriilor, cerințelor și indicatorilor prevăzuți prin Ordin al Președintelui ANMCS și stabilește care este drumul de parcurs pentru a atinge cel mai înalt grad de conformitate cu acestea / aceștia, raportat la resursele aflate la dispoziția spitalului, condițiile concrete și prioritățile de etapă existente, stabilind în acest sens obiectivele, activitățile, resursele și temele de realizare cu responsabilități de implementare a propunerilor formulate;
- Coordonează elaborarea documentației aferente procesului de evaluare și acreditare împreună cu SMC;
- În perioada de previzită din etapa de evaluare Comisia pune la dispoziția SMC, toate documentele / informațiile necesare a fi încărcate în aplicația CaPeSaRo, documentele obligatorii solicitate (DOS), precum și a eventualelor documente suplimentare necesare desfășurării procesului de evaluare și acreditare (DS);
- Pe timpul vizitei propriu – zise la spital a Comisiei de evaluare, nominalizată prin Ordin al Președintelui ANMCS, membrii Comisiei au următoarele obligații:
    - Să participe la ședințele de deschidere, informare zilnică și informare finală
    - Se pun de acord în ceea ce privește programul de evaluare împreună cu membrii Comisiei de evaluare, pentru a nu perturba buna desfășurare a activității spitalului;
    - Pun la dispoziție toate documentele necesare validării conformității cu indicatorii, cerințele și criteriile standardelor de acreditare, asigurând o cooperare pro – activă cu membrii Comisiei de evaluare;
    - Transmit secretarului Comisiei de evaluare toate documentele solicitate în format scris sau electronic;
    - Gestionează și aplanează eventualele situații tensionate determinate de vizita Comisiei de evaluare.

- În perioada de post – vizită din etapa de evaluare, face propuneri privind formularea de către spital, în scris, în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea proiectului de raport de evaluare, a obiecțiunilor cu privire la unele aspecte cuprinse în acesta, dacă este cazul;
- După elaborarea de către membrii Comisie de evaluare a raportului de evaluare și comunicarea acestuia către spital, face propuneri concrete de remediere a deficiențelor semnalate în respectivul raport.
- În vederea îndeplinirii atribuțiilor proprii, Comisia va avea în vedere în permanență:
    - Creșterea calității serviciilor și siguranței pacienților
    - Implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital;
    - Implementarea și menținerea conformității sistemului de management al calității cu cerințele specifice;
    - Dezvoltarea continuă a sistemelor de management al calității
- Comisia se întrunește, de regulă în ședințe ori de câte ori este nevoie, pentru promovarea / implementarea / dezvoltarea sistemelor de management al calității și a îmbunătățirii stadiului de implementare al acestora.

Rezultate așteptate

Acreditarea este modalitatea prin care se demonstrează că o unitate medicală face eforturi să acorde îngrijiri medicale care să satisfacă așteptările pacienților, atât din punct de vedere al rezultatelor, cât și din punct de vedere al condițiilor în care se acordă. ANMCS verifică modul în care se acordă serviciile medicale și evaluează în ce măsură acesta corespunde standardelor de acreditare.

Acreditarea confirmă că o unitate dispune de resursele și de competențele profesionale necesare pentru a acorda îngrijiri medicale în specialitățile pe care le are în structură, respectând siguranța pacienților și a angajaților săi.

Prin acreditare, se validează conformitatea serviciilor de sănătate, efectuate de către unitățile sanitare, cu standardele elaborate de ANMCS, ceea ce înseamnă că o unitate medicală face eforturi să acorde îngrijiri medicale, care să satisfacă așteptările pacienților, atât din punct de vedere al rezultatelor, cât și din punct de vedere al condițiilor în care se acordă acestea.

Pacientul care se adresează unei unități sanitare acreditate va avea siguranța că va fi corect informat asupra problemelor lui de sănătate, asupra posibilităților respectivei unități sanitare, de a i le trata și asupra asigurării continuității îngrijirii medicale până la rezolvare.

Într-o unitate sanitară acreditată există condiții pentru aplicarea cele mai bune practici în domeniu și pentru luarea tuturor măsurilor pentru a evita riscurile ca pacientul să sufere prejudicii de orice fel pe durata tratamentului aplicat în respectiva unitate sanitară.

Rezultatul așteptat al acreditării spitalului constă în obținerea îngrijirii medicale de calitate, respectiv:

- Resurse și competențe profesionale necesare pentru a acorda îngrijiri medicale în specialitățile pe care spitalul le are în structură
- Confirmarea că unitatea medicală poate face ceea ce spune că face
- Creșterea încrederii pacienților de se adresa unei unități medicale acreditate cu un nivel mai mare de îndeplinire a standardelor

Indicatori – evaluare, monitorizare

1. Certificat de acreditare ciclul II obținut
2. Număr de cerințe neconforme identificate și rezolvate
3. Număr standarde de acreditare îndeplinite în proporție de minim 51%
4. Număr de indicatori critici îndepliniți 100%
   - ✓ Indicatorii critici sunt indicatorii a căror neîndeplinire reprezintă un risc major pentru siguranța pacienților, vizitatorilor, personalului sau mediului și determină întreruperea vizitei de evaluare. Conform art. 9 din Ordinul ANMCS nr. 10/2018 privind aprobarea categoriilor de acreditare , *”încadrarea unității sanitare cu paturi în categoria a VI-a ”neacreditat” se face în cazul în care unitatea sanitară cu paturi (....) nu a îndeplinit în proporție de 100% indicatorii critici privind siguranța pacientului”*
5. Număr de indicatori – 10 îndepliniți cu minim 50%
   - ✓ *Indicatorii -10* sunt indicatorii care reprezintă obligații legale sau indicatorii a căror neîndeplinire reflectă grave deficiențe la nivelul spitalului care pun sau pot pune în pericol siguranța pacienților, vizitatorilor, personalului, datelor și mediului. Conform art. 11, alin. (3) din Ordinul ANMCS nr. 10/2018, în cazul unui indicator obligatoriu de îndeplinit (reglementat prin lege), dacă este îndeplinit se notează cu 0 puncte, iar dacă nu este îndeplinit se scad -10 puncte din punctajul obținut deja prin îndeplinirea altor indicatori. Indicatorii -10 se referă, în principal la următoarele aspecte: existența unor avize / certificări, separarea spațiilor și circuitelor pentru categorii diferite de personal / pacienți / procese, reacția instituției și a personalului în cazul situațiilor de urgență medicală / nemedicală, existența și disponibilitatea serviciilor conexe și a personalului specializat, respectarea drepturilor pacienților.

6. Gradul de satisfacție al pacienților (număr de sesizări / reclamații și număr / procent de aprecieri din partea pacienților)
7. Creșterea numărului de servicii medicale acordate
8. Creșterea finanțării de la Casa de Sănătate

C. BIBLIOGRAFIE

1. STRATEGIA DE DEZVOLTARE LOCALĂ A ORAȘULUI SÂNGEORGIU DE PĂDURE PENTRU PERIOADA 2021-2027

2. RAPORTUL NAȚIONAL AL STĂRII DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI 2020

3. https://anmcs.gov.ro/web/ordine-acreditare/

4. https://www.drg.ro/index.php?p=drg&s=glosar