SPITALUL ORĂŞENESC TG. BUJOR

PROIECT DE MANAGEMENT

Managementul calităţii serviciilor medicale Procesul de acreditare la nivelul Spitalului Orăşenesc Tg. Bujor

Candidat,
Victoria GHEONEA

- Ianuarie 2021 -

Cuprins

1. Descrierea situaţiei actuale a Spitalului Orăşenesc Tg. Bujor 3
Tipul şi profilul spitalului 3
Caracteristici relevante ale populaţiei deservite 3
Structura organizatorică 5
Nivelul şi sursele de finanţare 5
Resursele umane 6
2. Analiza SWOT a spitalului: puncte forte, puncte slabe, oportunităţi şi ameninţări 7
3. Identificarea problemelor critice 9
4. Selecţionarea unei probleme prioritare cu motivarea alegerii făcute 12
5. Dezvoltarea planului de management pentru problema prioritară identificată 12
a) Scop 12
b) Obiective 14
c) Activităţi 14
Definire 14
Încadrare în timp. Grafic Gantt 17
Resurse necesare 18
Responsabilităţi 19
d) Rezultate aşteptate 21
e) Indicatori – evaluare, monitorizare 22
f) Cunoaşterea legislaţiei relevante 23

1. Descrierea situaţiei actuale a Spitalului Orăşenesc Tg. Bujor

Tipul şi profilul spitalului

Spitalul Orăşenesc Tg. Bujor este unitate sanitară cu personalitate juridică, aflată în subordinea Consiliului Judeţean Galaţi. După patologia pe care o tratează, Spitalul Orăşenesc Tg. Bujor se clasifică în categoria spitalelor generale, de îngrijiri pentru acuţi, având o structură pavilionară şi o infrastructură corespunzătoare pentru desfăşurarea în condiţii normale a activităţii medicale. Tipul de spitalizare practicat este de spitalizare continuă şi spitalizare de zi.

Caracteristici relevante ale populaţiei deservite

Spitalul Orăşenesc Tg. Bujor deserveşte o populaţie de peste 63 mii locuitori din centrul judeţului Galaţi, întrucât este singurul spital pe o rază de 65 de km; cele mai apropiate spitale de află la Galaţi la 70 km, la Bârlad la 65 km şi la Tecuci la 60 km.

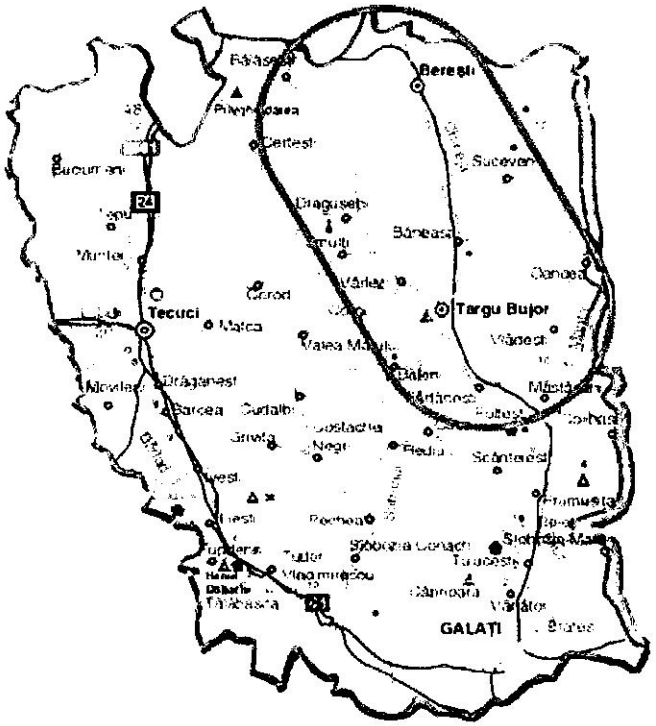


Figura 1. Teritoriul deservit de Spitalul Orăşenesc Tg. Bujor

Pacienţii care se adresează Spitalului Orăşenesc Tg. Bujor provin în majoritate din zona rurală şi dintr-un mediu caracterizat printr-un nivel de trai scăzut şi venituri minime, un nivel de educaţie precar, familii numeroase, numeroşi şomeri, vârstă înaintată şi aglomeraţie urbană şi rurală.

Din totalul populaţiei judeţului Galaţi de 631.699 locuitori, peste 10%, respectiv 63.315 locuitori[1] reprezintă populaţia deservită de Spitalul Orăşenesc Tg. Bujor, repartizată conform tabelului de mai jos:

Tabelul 1. Populaţia stabilă a teritoriului deservit de Spitalul Orăşenesc Tg. Bujor

Localităţi	Total	Masculin	Feminin
Teritoriul deservit	**63.315**	**32.366**	**30.949**
Urban	**10.791**	**5.374**	**5.417**
Oraş Beresti	3.404	1.700	1.704
Oraş Tg. Bujor	7.387	3.674	3.713

[1] Institutul Naţional de Statistică, Populaţia României pe localităţi 1 ianuarie 2016, disponibil la www.insse.ro

Localități	Total	Masculin	Feminin
Rural	**52.524**	**26.992**	**25.532**
Bălăbănești	2.061	1.068	993
Bălășești	2.348	1.214	1.134
Băleni	2.439	1.262	1.177
Băneasa	2.147	1.093	1.054
Berești Meria	3.846	1.967	1.879
Cavadinești	3.047	1.560	1.487
Corni	2.240	1.161	1.079
Drăguşeni	5.849	3.084	2.765
Fârţănesti	5.215	2.663	2.552
Jorăști	1.845	966	879
Măstăcani	5.041	2.593	2.448
Oancea	1.418	715	703
Rădești	1.572	842	730
Suceveni	1.796	895	901
Umbrărești	7.286	3.649	3.637
Vârlezi	2.061	1.033	1.028
Vlădești	2.313	1.227	1.086

Majoritatea pacienților externați în perioada analizată sunt vârstnici peste 65 ani, respectiv peste 34% .

Pacienți externați pe grupe de vârstă	**Media 2017-2019**
0-4 ani	11,63%
5-17 ani	10,30%
18-44 ani	22,25%
45-65 ani	21,53%
peste 65 ani	34,28%
Total pacienți	**100,00%**

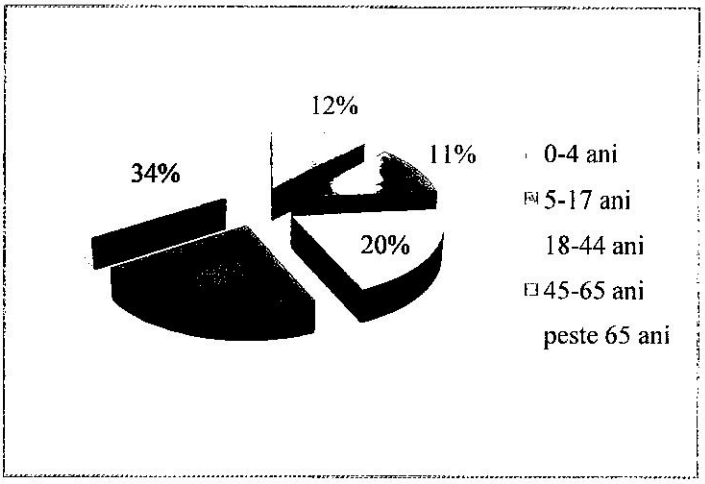


Figura 2. Pacienți externați în sistem DRG pe grupe de vârstă în perioada 2017-2019

Conform datelor extrase de la compartimentul de statistică medicală a spitalului, pe perioada 2017-2019, majoritatea pacienților externați provin din mediul rural (72,63% în 2019) și sunt de sex masculin (64,04% în 2019).

Tabelul 2. Indicatori socio-demografici ai pacienților externați în perioada 2017-2019

Anul	*% asigurați*	*% pacienți din județul Galați*	*% pacienți 0 – 4 ani*	*% pacienți 5 – 17 ani*	*% pacienți 18 – 44 ani*	*% pacienți 45 – 65 ani*	*% pacienți peste 65 ani*
2017	94,86	98,39	11,43	8,48	25,26	20,55	34,28
2018	95,34	99,14	11,45	11,19	21,46	21,45	34,45
2019	95,36	99,14	12,02	11,23	20,04	22,59	34,12

Pacienți de sex feminin 2018: 36 %, 2019: 35,97%
Pacienți de sex masculin 2018: 64%, 2019: 64,04%
Pacienți din mediul urban 2018: 27 %, 2019: 27,37%
Pacienți din mediul rural 2018: 73 %, 2019: 72,63%

Majoritatea pacienților externați provin din teritoriul deservit (99,14%) și doar 0,86% provin din alte localități din județul Galați și județele apropiate (Vaslui, Iași, Vrancea, Brăila).

Adresabilitatea populației deservite către serviciile medicale este foarte mare, media pacienților fiind de 25.000 de pacienți pe an (spitalizare continuă 3.500 pacienți, spitalizare de zi 2.000 pacienți, ambulatoriu clinic 1.500 pacienți, analize medicale 7.000 pacienți, consultații în camera de gardă 11.000 pacienți).

Structura organizatorică

Structura Spitalului Orășenesc Tg. Bujor este următoarea:

Secția medicală	Număr de paturi
Chirurgie generală	10
Medicină internă	20
Obstetrică - ginecologie	10
Neonatologie	5
Pediatrie	15
Spitalizare de zi	6
Total	**66**

Pe lângă compartimentele enumerate, în structura spitalului mai sunt incluse și următoarele compartimente:

- Camera de gardă (care asigură urgențele medico - chirurgicale)
- Bloc operator
- Sterilizare
- Farmacie
- Ambulatoriu integrat al spitalului cu cabinete de chirurgie generală, pediatrie, medicină internă, obstetrică-ginecologie, ORL, oftalmologie, planificare familială
- Laborator de analize medicale
- Laborator radiologie și imagistică medicală (nefuncțional)

Spitalul Orășenesc Tg. Bujor își desfășoară activitatea în clădirile și pe terenurile care aparțin patrimoniului Consiliului Județean Galați.

Nivelul și sursele de finanțare

Spitalul Orășenesc Tg. Bujor este o instituție publică finanțată integral din venituri proprii în baza contractului de furnizare servicii medicale încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate Galați.

În ordinea ponderii lor în buget și în măsura în care pot fi alocate, resursele financiare ale spitalului sunt:

- venituri din contractul încheiat cu CAS Galați pentru servicii medicale spitalicești, inclusiv subvențiile din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru acoperirea creșterilor salariale;
- venituri din contractul încheiat cu DSP Galați din sume alocate de la bugetul de stat pentru finanțarea unor acțiuni de sănătate (finanțarea cheltuielilor de personal pentru medicii rezidenți);
- subvenții din bugetele locale pentru finanțarea cheltuielilor curente și de capital din domeniul sănătății;
- venituri proprii, respectiv din prestări de servicii medicale la cerere (pacienți fără asigurare și analize medicale), alte venituri din prestări de servicii și alte activități, venituri din concesiuni și închirieri, venituri din valorificarea unor bunuri ale instituțiilor publice.

Tabelul 3. Structura bugetului în perioada 2017-2019

Anul	*Anul 2017*		*Anul 2018*		*Anul 2019*	
Venituri	*Mii lei*	*Pondere*	*Mii lei*	*Pondere*	*Mii lei*	*Pondere*
Venituri din contractul încheiat cu CAS	4.612	57%	7.850	66%	8.026	66%
Venituri din contractul încheiat cu DSP	500	6%	880	7%	1.261	10%
Subvenţii din bugetele locale	1.287	16%	1.928	16%	1.321	11%
Venituri proprii	89	1%	115	1%	137	1%
Excedentul anului precedent	1.537	19%	1.105	9%	1.343	11%
Total	8.025	100%	11.878	100%	12.088	100%
Cheltuieli	Mii lei	Pondere	Mii lei	Pondere	Mii lei	Pondere
Cheltuieli de personal	4.944	62%	7.937	67%	8.877	73%
Bunuri şi servicii, din care:	2.356	29%	2.083	18%	2.288	19%
- Medicamente şi materiale sanitare	545	7%	693	6%	693	6%
Alte cheltuieli	50	1%	85	1%	80	1%
Cheltuieli de capital	675	8,4%	1773	14,9%	843	7,0%
Total	8.025	100%	11.878	100%	12.088	100%

Resursele umane

Din punct de vedere al încadrării cu personal, spitalul se confruntă cu deficit de personal datorită pensionării pentru limită de vârstă, precum şi lipsa de interes pentru angajarea pe posturi cu studii superioare specifică zonei. În prezent spitalul are 160 de posturi aprobate prin statul de funcţii, din care 88 sunt ocupate şi 72 sunt vacante.

Tabelul 4. Structura de personal

Structura posturilor	*Posturi normate*	*Posturi ocupate*		*Disponibile (Vacante)*
		Total	*din care pensionari*	
Total posturi, din care:	**160**	**88**	**2**	**72**
• Personal sanitar, din care:	127	67	1	60
-Medici în spital	25	5	1	20
-Medici rezidenţi	9	7		2
-Alt personal sanitar superior	3	2		1
-Personal sanitar mediu	56	34		22
-Personal auxiliar	34	19		15
• Personal administrativ, din care:	33	21	1	12
-Conducere	3	3		
-TESA	12	10	1	2
-Muncitori	18	8		10

Numărul de medici din Spitalul Orăşenesc Tg. Bujor este mult sub-normat, iar medicii existenţi preiau şi o parte din sarcinile ce revin posturilor vacante. Astfel, medicul din secţia de pediatrie preia sarcinile care revin postului de medic neonatologie, iar medicul din secţia de chirurgie preia parţial şi sarcinile care revin postului de medic ATI. Compartimentul de medicină internă, cea mai mare secţie medicală din spital, având 20 de paturi, a rămas în grija unui singur medic.

Tabelul 5. Structura personalului medical pe specialităţi

Compartimente medicale	*Medici*	*Farmacişti, Biologi*	*Asistenţi medicali*
- Medicină internă	1		5
Chirurgie generală	1		5
- Obstetrică-ginecologie	1		5
- Pediatrie	1		5
- Neonatologie			2
- Camera de gardă			6
- Sterilizare			2
- Farmacie		1	1
Laborator analize medicale	1	1	3
Total	**5**	**2**	**34**

2. Analiza SWOT a spitalului: puncte forte, puncte slabe, oportunităţi şi ameninţări

Analiza SWOT[2] este o metodă eficientă, utilizată în cazul planificării strategice pentru identificarea potenţialelor, a priorităţilor şi pentru crearea unei viziuni comune de realizare a strategiei de dezvoltare a spitalului.

Managementului strategic îi este specifică analiza continuă, pe de o parte, a mediului extern pentru a anticipa sau sesiza la timp schimbările, iar pe de altă parte, a situaţiei interne pentru a evalua capacitatea de a face faţă schimbărilor. Conducerea spitalului apreciază că managementul unui spital public ocupă un loc aparte, întrucât presupune gestionarea unor activităţi complexe, cu un consum mare de resurse, în aşa fel încât să conducă la servicii de sănătate de o calitate înaltă. Aceste activităţi încep cu îngrijirile medicale acordate pacienţilor (activitatea clinică), şi continuă cu servicii hoteliere (cazare şi hrană), gestionarea eficientă a stocurilor (medicamente, materiale sanitare, reactivi de laborator etc.) şi a resurselor financiare extrem de limitate, dar şi strategii de îmbunătăţire a calităţii actului medical (pregătire profesională, investiţii în aparatură medicală performantă, standarde de management a calităţii). De aceea, managementul unui spital se bazează în actul de conducere pe decizii luate pornind de la o bună cunoaştere a factorilor interni şi externi, care ar putea influenţa activitatea desfăşurată şi obiectivele strategice.

Prin tehnica SWOT, pentru o analiză a situaţiei generale actuale a Spitalului Orăşenesc Tg. Bujor, prezentăm punctele forte şi oportunităţile pe care le poate exploata spitalul, punctele slabe, dar şi eventualele ameninţări cu care s-ar putea confruna.

Evaluarea internă

Puncte forte

- ⇨ Sistem Informatic Medical Integrat performant şi avansat, care a informatizat integral activitatea spitalului (clinică, administrativă şi financiară);
- ⇨ Implementarea Sistemului Integrat de Management a Calităţii ISO 9001 şi ISO 15189 Cerinţe particulare pentru calitate şi competenţă în laboratoarele medicale;
- ⇨ Acreditarea RENAR a laboratorului de analize medicale;
- ⇨ Spitalul se află în ciclul II de acreditare ANMCS;
- ⇨ Sprijin financiar din partea Consiliului Judeţean Galaţi pentru cheltuieli curente şi investiţii;
- ⇨ Secţii şi compartimente dotate cu cele mai performante echipamente hardware conectate la internet de mare viteză prin reţea LAN;

[2] S.W.O.T. - Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats

- ⇨ Personal sanitar superior cu experienţă şi competent, personal sanitar mediu foarte bine pregătit (asistenţi medicali principali);
- ⇨ Echipă de conducere tânără, formată din profesionişti cu experienţă;
- ⇨ Motivarea personalului prin existenţa planului de formare şi perfecţionare a personalului, participarea la cursuri şi conferinţe;
- ⇨ Datorii restante sau arierate inexistente;
- ⇨ Condiţii de spitalizare adecvate, confortabile şi sigure pentru pacienţi: stocuri suficiente şi constante de medicamente şi materiale sanitare, meniu variat şi de calitate, cu respectarea standardelor nutriţionale, ambient confortabil, atitudine deschisă şi caldă a personalului, parcul amenajat al spitalului;
- ⇨ Consiliere psihologică şi asistenţă spirituală pentru pacienţi;
- ⇨ Nucleu de anestezie şi terapie intensivă dotat la standarde europene;
- ⇨ Dotarea cu aparatură medicală performantă a laboratorului de analize;
- ⇨ Dotarea cu ecografe doppler color moderne;
- ⇨ Dotarea cu sistem de supraveghere video;
- ⇨ Fonduri de la bugetul de stat pentru pregătirea medicilor rezidenţi în centre universitare;
- ⇨ Adresabilitatea foarte ridicată a pacienţilor, fapt care subliniază utilitatea spitalului în zonă;
- ⇨ Existenţa dispensarului de pneumoftiziologie, a staţiei de ambulanţă şi a staţiei SMURD;
- ⇨ Asigurarea navetei pentru medicii din Galaţi cu ajutorul unui microbuz.

Puncte slabe

- ⇨ Ambulatoriu de specialitate şi laborator de radiologie şi imagistică medicală nefuncţionale; datorită lipsei de spaţii amenajate, echipamente medicale şi personal, cele două structuri nu funcţionează, existând o cerere foarte ridicată din partea populaţiei;
- ⇨ Compartimentul de pediatrie aglomerat şi lipsit de confort datorită spaţiilor reduse;
- ⇨ Lipsă de personal medical în nucleul de ATI, compartimentul medicină internă şi compartimentul neonatologie;
- ⇨ Gradul de dotare şi starea precară a aparaturii medicale din unele secţiile medicale;
- ⇨ Lipsa stimulentelor financiare pentru motivarea personalului administrativ;
- ⇨ Grade diferite de competenţă pentru persoane cu acelaşi nivel de salarizare;
- ⇨ Lipsa unui plan de carieră pentru angajaţi;
- ⇨ Adresabilitatea foarte ridicată a pacienţilor constituie şi un punct slab prin comparaţie cu capacitatea de spitalizare. Spitalul deţine o medie de 0,9 paturi la mia de locuitori: 60 de paturi pentru aproximativ 64 mii de locuitori, faţă de media naţională de 6 paturi şi media judeţeană de 4 paturi la mia de locuitori;
- ⇨ Finanţarea slabă a sectorului sanitar, cel mai scăzut nivel de finanţare din ţările Uniunii Europene, 814 euro per capita;
- ⇨ Acces inegal al populaţiei sărace, vârstnice sau rurale la serviciile de sănătate;
- ⇨ Furnizarea serviciilor sanitare comunitare şi primare este deficitară şi fragmentată;
- ⇨ Serviciile de sănătate sunt adesea fragmentate, cu o coordonare sistemică slabă şi neintegrată (medic de familie – paraclinic – ambulator – spital - medic de familie.);
- ⇨ Retenţia de personal medical din ce în ce mai mică, fapt care generează un management deficitar al volumului de muncă (suprasolicitare), lipsa de competenţe şi diminuarea accesului populaţiei la serviciile de sănătate.

Evaluarea externă

Oportunităţi

- ⇨ Dezvoltarea unor proiecte noi de infrastructură medicală, de exemplu construcţia unui spital regional şi a unei infrastructuri a serviciilor de asistenţă medicală primară la nivel rural;

- ⇨ Locaţia strategică a spitalului - o mare oportunitate pentru pacienţii din centrul judeţului Galaţi (pe o rază de 60 km nu există niciun spital şi niciun laborator de analize medicale);
- ⇨ Creşterea nivelului de salarizare din domeniul sănătăţii, cu impact asupra personalului medical;
- ⇨ Posibilitatea accesării de proiecte cu finanţare europeană şi transfrontalieră nerambursabilă pentru construcţia, reabilitarea şi modernizarea unităţilor sanitare:
  - Programul Operațional Regional 2014-2020, Axa 8 - Dezvoltarea infrastructurii sanitare și sociale, Obiectivul 8.1 - Creşterea accesibilităţii serviciilor de sănătate, comunitare și a celor de nivel secundar, în special pentru zonele sărace și izolate, Operaţiunea A - Ambulatorii;
  - Programul Operațional Comun România-Republica Moldova 2014-2020, Obiectivul 8 - Provocări comune în domeniul siguranței și securității, Prioritatea 4.1 - Sprijin pentru dezvoltarea serviciilor de sănătate și a accesului la sănătate.

Amenințări

- ⇨ Instabilitatea legislativă şi financiară;
- ⇨ Creşterea riscului de îmbolnăvire a populaţiei, urmare situării într-o zonă industrială, poluată;
- ⇨ Riscul ca bolile transmisibile şi cele cronice să crească în număr datorită lipsei unor programe de sănătate finanţate de la bugetul de stat (preventive şi curative);
- ⇨ Criza economică, creşterea accelerată a inflației și a ratei șomajului vor determina un risc crescut de îmbolnăvire a populației;
- ⇨ Apariţia pe piaţa serviciilor de sănătate a altor spitale; dezvoltarea sistemului privat constituie un mediu concurenţial pentru sistemul public; deja există un număr mare de spitale şi clinici private perfomante, care beneficiază de FNUASS;
- ⇨ Migrarea personalului calificat din cadrul sectorului sanitar;
- ⇨ Apariţia unui decalaj social între persoanele care îşi pot permite o asigurare suplimentară de sănătate şi persoanele defavorizate;
- ⇨ Creşterea nivelului de informare a pacienţilor, concomitent cu progresul şi diversificarea tehnologiilor diagnostice şi terapeutice vor conduce la creşterea aşteptărilor acestora şi, implicit, la o creştere a cererii de servicii medicale complexe;
- ⇨ Libertatea de circulaţie a persoanelor şi a serviciilor dă posibilitatea utilizatorilor să ia contact cu furnizori de servicii din diferite ţări şi să îşi modifice aşteptările;
- ⇨ Îmbătrânirea populaţiei şi migrarea forţei de muncă tinere, specifice zonei rurale;
- ⇨ Creşterea costurilor asistenţei medicale care poate conduce la creşterea decalajului în ceea ce priveşte accesul la serviciile de sănătate, între populaţia cu venituri decente şi populaţia aflată sub pragul sărăciei.

3. Identificarea problemelor critice

Urmare analizei SWOT au fost identificate punctele critice ale spitalului în vederea stabilirii unei strategii de dezvoltare.

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

În prezent, Spitalul Orășenesc Tg. Bujor se află în curs de acreditare pentru cel de-al II-lea Ciclu de acreditare ANMCS. Acreditarea spitalului reprezintă cel mai important deziderat al conducerii, urmărind prin acest proces creșterea performanțelor actului medical, a siguranței asistenței medicale și a calității serviciilor asociate asistenței medicale. Obținerea acreditării spitalului condiționează finanțarea acestuia, în sensul că lipsa acreditării afectează posibilitatea încheierii contractului cu casa de sănătate, iar un spital public nu poate funcționa fără relație contractuală cu sistemul public de asigurări de sănătate.

- ***Ambulatoriul integrat este nefuncţional datorită lipsei de spaţii amenajate, echipamente medicale şi personal, existând o cerere foarte ridicată din partea populaţiei.***

Spitalul dispune în structură de ambulatoriu integrat pentru specialităţi clinice cu cabinete de medicină internă, chirurgie generală, pediatrie, obstetrică-ginecologie, O.R.L., oftalmologie şi planificare familială. Datorită lipsei de spaţii amenajate, echipamente medicale şi personal, ambulatoriul nu este funcţional, existând o cerere foarte ridicată din partea populaţiei.

În prezent activitatea de ambulatoriu se desfăşoară în spaţiile destinate spitalizării. Majoritatea prezentărilor la camera de gardă nu se pretează asistenţei de urgenţă, fiind cazuri specifice consultaţiilor în sistem ambulatoriu. Lipsa unor spaţii şi cabinete cu destinaţie exclusivă ambulatoriu determină aglomerarea excesivă a camerei de gardă. Astfel, dintr-un total de consultaţii în camera de gardă de 11.000 de pacienţi anual, peste 70% din cazurile prezentate la camera de gardă nu reprezintă urgenţe şi nu se pretează spitalizării, aceste cazuri putând fi rezolvate în ambulatoriu. Lipsa spaţiilor destinate exclusiv serviciilor în ambulatoriu determină migrarea pacienţilor către alte unităţi sanitare pentru astfel de servicii. Soluţia constă în accesarea de fonduri prin Programul Operaţional Regional 2014-2020, Axa 8 - Dezvoltarea infrastructurii sanitare şi sociale, Obiectivul 8.1 - Creşterea accesibilităţii serviciilor de sănătate, comunitare şi a celor de nivel secundar, în special pentru zonele sărace şi izolate, Operaţiunea A - Ambulatorii. Soluţia de investiţii presupune o clădire nouă amplasată perpendicular pe clădirea maternitate şi chirurgie, construită în regim de înălţime parter + etaj pe o suprafaţă de aproximativ 815 mp. La parter se va reloca laboratorul de analize medicale, care deserveşte atât pacienţii internaţi în spital, cât şi pe cei ambulatoriu, iar la etaj se vor situa cabinetele medicale pe specialităţile chirurgie generală, medicină internă, obstetrică-ginecologie şi pediatrie.

În prezent, laboratorul de analize medicale îşi desfăşoară activitatea într-un spaţiu foarte redus şi inadecvat, care nu este structurat astfel încât să prevină riscul contaminărilor accidentale şi să poată funcţiona în mod fluent. Noul spaţiu va respecta regula care stă la baza îndeplinirii acestui obiectiv, respectiv constituirea laboratorului de analize medicale pe principiul "sensului unic" - fluxul activităţilor laboratorului să fie unidirecţional. Laboratorul de analize medicale va dispune de intrare separată, cu acces direct şi controlat.

- ***Lipsită de confort datorită spaţiilor reduse.***

Datorită adresabilităţii crescute şi a specificului secţiei, copii mici însoţiţi de mame, secţia de pediatrie din cadrul Spitalului Orăşenesc Tg. Bujor este în permanenţă aglomerată. În prezent, compartimentul pediatrie funcţionează în 3 saloane cu 15 paturi, saloanele au dimensiuni foarte mici de 14 mp şi nu există grupuri sanitare pentru pacienţi. Oportunitatea unui nou compartiment de pediatrie se bazează pe lipsa confortului şi a condiţiilor de internare a copiilor datorate de spaţiile reduse şi aglomerate, precum şi pe faptul că sunt astfel încălcate normativele de spaţiu pentru pacienţi - condiţii obligatorii pe care trebuie să le îndeplinească spitalul pentru funcţionare.

Cea mai aglomerată secţie din spital este cea de medicină internă, spaţiile fiind insuficiente pentru confortul pacienţilor. În aceeaşi situaţie se află şi camera de gardă, care are deficienţe datorită spaţiului redus de 48 mp în care îşi desfăşoară activitatea. Compartimentul de pediatrie, compartimentul medicină internă şi camera de gardă sunt situate în cadrul aceleiaşi clădiri, iar mutarea secţiei de pediatrie într-o locaţie nouă ar permite extinderea compartimentului de medicină internă şi a camerei de gardă.

Soluţia constă în accesarea de fonduri prin Programul Operaţional Comun România-Republica Moldova 2014-2020, Obiectivul 8 - Provocări comune în domeniul siguranţei şi securităţii, Prioritatea 4.1 - Sprijin pentru dezvoltarea serviciilor de sănătate şi a accesului la sănătate.

- ***Lipsă de personal medical în nucleul de ATI, compartimentele medicină internă și neonatologie***

În ceea ce privește atragerea de specialiști, Spitalul Orășenesc Tg. Bujor se confruntă cu un grav deficit de medici. În ultimii 7 ani, conducerea spitalului a organizat 16 concursuri consecutive pentru ocuparea posturilor de medici, concursuri la care nu s-a prezentat niciun candidat. Naveta zilnică a medicilor creează o situație aparte în spital, încadrându-se în categoria instituțiilor publice la care atragerea personalului se face cu dificultate. Astfel că, pe lângă dificultatea atragerii de specialiști pentru acoperirea normativului de personal medical obligatoriu necesar, în prezent spitalul este pus în situația în care nu pot păstra nici măcar medicii pensionari, care au adus la cunoștință că doresc să renunțe la activitate din cauza navetei. Mai mult decât atât, din cauza navetei, majoritatea medicilor rezidenți din spital își înaintează demisia la finalizarea rezidențiatului și aleg să lucreze ca medici specialiști în spitalele din orașul Galați. În ultimii 4 ani au demisionat 5 medici rezidenți și 2 medici specialiști.

Acest punct critic a fost îmbunătățit în luna octombrie 2018 prin achiziționarea unui microbuz cu 8+1 locuri prin care se asigură transportul zilnic al medicilor din Galați la spital, astfel că naveta nu mai cade în sarcina fizică și financiară a medicului. Asigurarea navetei medicilor s-a demonstrat a fi o soluție bună care a dat rezultate imediate, astfel că în luna noiembrie 2018 s-au angajat un medic de laborator și un director financiar-contabil, posturi scoase la concurs de nenumărate ori și la care nu s-a prezentat niciun candidat, asigurarea transportului fiind factorul decisiv în alegerea acestui loc de muncă.

De asemenea, o soluție a constituit-o și subvenționarea salariilor medicilor din fondurile Consiliului Județean Galați prin acordarea unui stimulent financiar în cuantum brut de 2.000 lei/lună/medic.

O soluție suplimentară pentru atragerea de medici o poate constitui construirea unei clădiri de locuit de tip ANL pentru asigurarea cazării medicilor în incinta spitalului. Proiectul poate fi propus și susținut cu sprijinul ordonatorului principal de credite Consiliul Județean Galați și colaborarea autorității locale, respectiv Primăria orașului Tg. Bujor.

- ***Transformarea camerei de gardă în cameră de primiri urgențe (CPU) prin modificarea structurii organizatorice a spitalului***

Cu privire la spațiul redus în care se desfășoară activitatea de primiri urgențe în camera de gardă, o soluție reprezintă recompartimentarea clădirii în care este situată împreună cu compartimentul medicină internă și compartimentul de pediatrie.

Urmare construirii unei clădiri noi pentru compartimentul de pediatrie, spațiul rămas liber permite reabilitarea și recompartimentarea clădirii vechi în așa fel încât camera de gardă să dispună de suficient spațiu pentru desfășurarea activității. Urmare acestor investiții se crează premiza transformării camerei de gardă în cameră de primiri urgențe (CPU) prin modificarea structurii organizatorice a spitalului cu aprobarea Ministerului Sănătății. Astfel, conform prevederilor OMS nr. 1706/2007, întrucât Spitalul Orășenesc Tg. Bujor, un spital local general și clasificat din punctul de vedere al asistenței medicale de urgență la nivel de competență IV, se situează într-un oraș, altul decât reședința de județ, și asigură asistența de urgență a populației din orașul respectiv (Tg. Bujor) și din zona rurală limitrofă (peste 10% din populația județului Galați), poate avea în structura sa o cameră de primiri urgențe (CPU).

O cameră de primiri urgențe (CPU) trebuie să aibă următoarele spații minime funcționale organizate și dotate în conformitate cu prevederile OMS nr. 1706/2007: spațiul de primire/triaj a/al pacienților, biroul de informare/documentare al CPU, camera de resuscitare, spațiul pentru evaluare și tratament imediat, salon de observație, spațiul pentru ghipsare/pregătirea atelelor ghipsate, spații de depozitare, spații de așteptare, spațiul de igienizare/deparazitare și spații administrative.

În prezent, camera de gardă dispune de un spațiu inadecvat de 48 mp compartimentat în 3 încăperi, respectiv:

- spaţiul de primire/triaj a/al pacienţilor, care se suprapune cu spaţiul de aşteptare;
- spaţiul pentru evaluare şi tratament imediat, care se suprapune cu sala de aşteptare;
- biroul de informare/documentare al camerei de gardă, care se suprapune cu spaţiul de depozitare şi spaţiul administrativ.

4. Selecţionarea unei probleme prioritare cu motivarea alegerii făcute

Scopul fundamental al Spitalului Orăşenesc Tg. Bujor îl constituie satisfacerea aşteptărilor pacienţilor prin organizarea serviciilor de sănătate la nivelul spitalului în aşa fel încât îmbunătăţirea permanentă a calităţii actului medical să reprezinte misiunea spitalului.

Prin urmare, vom selecţiona în vederea analizării următoarea problemă prioritară: ***«Finalizarea procesului de acreditare ANMCS în cel de-al II-lea Ciclu de acreditare al spitalelor»***

Principalele motivaţii care stau la baza selecţionării acestei probleme prioritare se referă la următoarele aspecte:

- Pacienţii au dreptul legal la servicii de cea mai bună calitate;
- Încadrarea spitalului în categoria "neacreditat" în urma primei vizite de evaluare din ciclul II de acreditare;
- Obţinerea acreditării implică costuri ridicate, atât pentru implementarea şi menţinerea standardelor de calitate, cât şi pentru achitarea taxei aferente aferente activităţilor de evaluare;
- Complianţa la standarde şi certificarea acestui lucru de către o autoritate naţională îmbunătăţeşte imaginea spitalului în faţa comunităţii şi a instituţiilor partenere;
- Implementarea şi menţinerea standardelor de calitate favorizează:
  - ✓ crearea şi menţinerea unui climat stabil pentru angajaţi şi propice pentru dezvoltarea lor profesională;
  - ✓ identificarea deficienţelor şi a metodelor de rezolvare a acestora;
  - ✓ limitarea riscurilor asumate, într-un mediu controlat riscurile pot fi gestionate mai eficient;
  - ✓ schimbul mai facil între generaţii diferite de profesionişti.

5. Dezvoltarea planului de management pentru problema prioritară identificată

a) Scop

Autoritatea Naţională de Management al Calităţii în Sănătate (ANMCS) este o instituţie publică cu personalitate juridică, organ de specialitate al administraţiei publice centrale în domeniul managementului calităţii în sănătate, care funcţionează în subordinea Guvernului şi coordonarea prim-ministrului.

Scopul ANMCS constă în asigurarea şi îmbunătăţirea continuă a calităţii serviciilor de sănătate şi a siguranţei pacientului, prin standardizarea şi evaluarea serviciilor de sănătate şi acreditarea unităţilor sanitare. Acreditatea este valabilă 5 ani. În acest interval ANMCS colaborează cu personalul din respectiva unitate acreditată în cadrul unui proces de monitorizare continuă a activităţii, stimulând astfel preocuparea profesioniştilor din unităţile medicale acreditate să fie consecvenţi în respectarea regulilor pentru îmbunătăţirea continuă a calităţii serviciilor oferite. Lipsa acreditării nu interzice funcţionarea, deci unităţile sanitare neacreditate vor putea funcţiona în baza Autorizaţiei Sanitare de Funcţionare, dar fară a primi finanţare din fonduri publice.

Scopul acreditării este validarea conformităţii caracteristicilor serviciilor de sănătate efectuate de unităţile sanitare, cu standardele de acreditare adoptate de către ANMCS şi 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 a 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. Îmbunătățirea practicilor profesionale

Standardele de acreditare a spitalelor sunt reglementate prin Standardele de acreditare a spitalelor sunt reglementate prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor:

Standard	**Referința 1** ***MANAGEMENTUL STRATEGIC ȘI ORGANIZAȚIONAL***
01.03	Managementul resurselor umane asigură nevoile de personal conform misiunii asumate de către spital.
01.04	Managementul financiar și administrativ răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului.
01.05	Sistemul informațional răspunde necesităților de informații și stabilește utilizarea lor eficientă în spital.
01.06	Sistemul de comunicare existent la nivelul spitalului răspunde nevoilor organizației și ale beneficiarilor.
01.07	Sistemul de management al calității serviciilor este operațional și asigură desfășurarea tuturor proceselor legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității.
01.08	Managementul riscurilor neclinice previne apariția prejudiciilor și fundamentează procesul decizional.
01.09	Mediul de îngrijire asigură condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale.
02	**Referința 2** ***MANAGEMENTUL CLINIC***
02.01	Preluarea în îngrijire a pacienților se face conform nevoilor acestora, misiunii și resurselor disponibile ale spitalului.
02.02	Evaluarea inițială urmărește identificarea nevoilor pacienților în contextul cunoașterii expunerii la factori de risc (mediu, sociali, economici, comportamentali și biologici) și stabilește necesarul de asistență și îngrijiri medicale pentru aceștia.
02.03	Practica medicală abordează integrat și specific pacientul, cu asigurarea continuității asistenței și a îngrijirilor medicale.
02.04	Spitalul promovează conceptul de "prieten al copilului".
02.05	Serviciile paraclinice corespund nevoilor de investigare.
02.06	Spitalul de nefrologie sau cu secții de nefrologie asigură continuitatea asistenței medicale pentru pacienții cu boală cronică de rinichi (BCR).
02.07	Radioterapia și/sau medicina nucleară asigură nevoile de tratament specifice.
02.08	Îngrijirile paliative și terminale se adresează pacienților cu boli cronice progresive și familiilor și urmăresc îmbunătățirea calității vieții acestora prin ameliorarea suferinței.
02.09	Managementul farmaceutic și al medicației asigură continuitatea tratamentului și siguranța pacientului.

02.10	Spitalul a implementat bunele practici de antibioticoterapie.
02.11	Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale respectă bunele practici în domeniu.
02.12	Spitalul dezvoltă și implementează o politică de asigurare și îmbunătățire a siguranței pacientului.
02.13	Spitalul a implementat bunele practici transfuzionale și de hemovigilență.
02.14	Auditul clinic evaluează eficacitatea și eficiența asistenței medicale.
02.15	Externarea și transferul pacientului se organizează specific, în funcție de starea acestuia.
03	**Referința 3** ***ETICA MEDICALĂ ȘI DREPTURILE PACIENTULUI***
03.01	Spitalul promovează respectul pentru autonomia pacientului.
03.02	Spitalul respectă principiul echității și justiției sociale și drepturile pacienților.
03.03	Spitalul promovează principiile binefacerii și nonvătămării.

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 de spital.

b) Obiective

- ✓ ***Finalizarea procesului de acreditare ANMCS în cel de-al II-lea Ciclu de acreditare al spitalelor***
- ✓ ***Obținerea și menținerea acreditării Spitalului Orășenesc Tg. Bujor***

c) Activități

Definire

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 Tg. Bujor aflându-se deja în etapa I, de pregătire a evaluării.

I. Etapa de pregătire a evaluării

Etapa de pregătire a evaluării cere implicarea tuturor șefilor de compartimente, pentru desfășurarea următoarelor **activități**:

I.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 încă 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.

I.2. Încărcarea documentelor obligatorii, solicitate şi 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 secţiunea corespunzătoare indicatorului.

Documentele sunt împărţite în trei mari categorii, şi anume:

a) *Documente obligatorii solicitate* (DOS) – se referă la avize, autorizaţii, şi reglementările interne privind desfăşurarea activităţilor cu impact major asupra siguranţei pacienţilor şi angajaţilor:
   - Procedura de internare a pacientului;
   - Procedura de supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale;
   - Procedura de recomandare şi administrare a sângelui şi produselor din sânge;
   - Procedura de predare a pacientului între ture;
   - Procedura privind dubla identificare a pacientului;
   - Procedura privind buna practică în antibioterapie;
   - Lista antibioticelor de rezervă;
   - Procedura privind externarea pacientului;

b) *Documentele suplimentare solicitate* (DS):
   - Autorizaţia de securitate la incendiu / prevenire şi stingere a incendiului;
   - Planul Strategic, Planul de Management, Regulamentul de Ordine Interioară, Regulamentul Intern, Registrul de riscuri;
   - Certificări pentru furnizorii de servicii externalizate;
   - Lista reglementărilor în vigoare, lista coordonatorilor de activităţi;
   - Indicatorii cantitativi;
   - Formularele pentru Chestionarele pacienţilor şi angajaţilor şi analiza rezultatelor.

c) *Documentele care dovedesc îndeplinirea indicatorilor sensibili.*

I.3. Actualizarea paginii de internet a instituţiei

Având în vedere gradul actual de informatizare a activităţilor şi folosirea tot mai mult a acestui canal de informare, precum şi faptul că pagina web a instituţiei este verificată anterior vizitei de evaluare, aceasta trebuie actualizată permanent pentru a conţine toate informaţiile considerate de interes atât pentru pacienţi, cât şi pentru comunitate şi instituţiile colaboratoare.

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

II. Etapa de evaluare

II.1. Etapa de pre-vizită

Această etapă presupune, în majoritate, **activităţi** desfăşurate de către evaluatori: prevalidarea documentelor încărcate pentru dovedirea indicatorilor sensibili, a modalităţilor alternative de îndeplinire a cerinţelor, prevalidarea indicatorilor a căror îndeplinire este susţinută de existenţă unor proceduri / protocoale şi prevalidarea indicatorilor cantitativi.

Implicarea spitalului în desfăşurarea acestei etape este legată de oferirea unor explicaţii 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 activităţi de pregătire a vizitei de evaluare din punct de vedere organizatoric, în funcţie de modalitatea în care se va desfăşura vizita.

Dacă vizita va fi organizată conform Ordinului 284/12.08.2020 pentru aprobarea Instrucţiunilor privind desfăşurarea vizitelor propriu-zise de evaluare planificate în perioada instituirii stării de alertă, înaintea vizitei se vor desfăşura următoarele **activităţi**:

- pregătirea echipamentului de protecţie care va fi utilizat de Comisia de Evaluare în timpul vizitei în spital;
- pregătirea spaţiilor şi mijloacelor tehnice pentru susţinerea on-line a interviurilor conducătorilor de compartimente;
- instruirea conducătorilor de compartimente pentru utilizarea tehnologiilor informatice prin intermediul cărora se desfăşoară interviurile.

II.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 şi informaţii colectate şi procesate la nivelul spitalului, cât şi partea practică de aplicare a unora dintre reglementări, considerate de importanţă vitală:

- reconstituirea traseelor clinice ale pacienţilor;
- aplicarea simulării urgenţei survenite la pacientul internat;
- aplicarea simulării evacuării în caz de incendiu;
- verificarea îndeplinirii indicatorilor critici (inclusiv simularea accesului neautorizat în spaţii cu acces interzis / restricţionat).

În plus, Comisia de Evaluare poate solicita încărcarea unor documente, suplimentar faţă de cele încărcate anterior; de asemenea vor fi solicitate în format scanat Foi de observaţie din arhiva unităţii sanitare pentru completarea, de către evaluatori, a indicatorilor privind traseul pacientului şi 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 valenţa atribuită de către evaluator indicatorului şi/sau consemnările făcute de către acesta; invocarea lipsei consensului se realizează doar prin prezentarea unor argumente/explicaţii clare, documentate).

II.3. Etapa de post-vizită

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

Obiecţiunile reprezintă observaţiile prin care unitatea sanitară îşi exprimă dezacordul faţă de valenţele acordate de Comisia de Evaluare unor indicatori din listele de verificare aplicate în perioada vizitei de evaluare.

Comisia de Evaluarea va formula un răspus la obiecţiunile primite, după caz, care cuprinde valenţa finală a indicatorilor asupra cărora s-au formulat obiecţiuni.

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

III. Etapa de acreditare

Această etapă este desfăşurată la nivelul Autorităţii Naţionale de Management al Calităţii în Sănătate care, pe lângă Raportul de acreditare şi Ordinul privind acreditarea/neacreditarea, elaborează, după caz, un Grafic de remediere a neconformităţilor constatate în urma procesului de evaluare în vederea acreditării. Graficul conţine doar neconformităţile 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 parcugerii tuturor etapelor de evaluare şi acreditare. Pentru încadrarea în una dintre primele 4 categorii (I-IV) spitalele trebuie să îndeplinească fiecare standard în proporţie de minim 51% şi 100% indicatorii critici, categoria I fiind singura categorie în care un spital nu primeşte Plan de confomare. Diferenţierea între categoriile de acreditare se face prin punctajul obţinut după procesarea tuturor datelor şi procentul de îndeplinire al indicatorilor -10, astfel:

Tabelul 6. 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 şi implementarea Planului de conformare în maxim 12 luni de la primirea Raportului de acreditare.

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

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

IV. Menţinerea condiţiilor de acreditare

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

Îmbunătăţirea calităţii serviciilor nu se referă numai la îndeplinirea atribuţiilor/ obligaţiilor legale, ci la implementarea unor măsuri care să facă procesele să devină performante, care să aducă în mod real plus-valoare în activitatea desfăşurată.

Având în vedere multitudinea aspectelor implicate în asigurarea calităţii serviciilor şi a siguranţei pacientului se impune angajarea de resurse multiple, urmărirea proceselor, instruirea şi motivarea personalului, asigurarea unui sistemului informaţional funcţional la toate nivelurile.

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

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

<u>Încadrare în timp. Grafic Gantt</u>

Încadrarea în timp a activităţilor aferente procesului de careditare a fost stabilit şi comunicat Spitalului Orăşenesc Tg. Bujor de către responsabilul regional din partea ANMCS prin aplicaţia CaPeSARo.

Tabelul 7. Încadrarea în timp a activităţilor. Graficul GANTT

Activitate	Început	Final
I. Etapa de pregătire a evaluării	Prezent	11.06.2021
⇨ Încărcarea fişelor de autoevaluare	Prezent	11.06.2021
⇨ Achitarea a minim 70% din valoarea taxei de acreditare	Prezent	11.06.2021
⇨ Încărcarea documentelor obligatorii, solicitate şi a indicatorilor sensibili	Prezent	11.06.2021
⇨ Încărcarea documentelor în secţiunea *Documentele Calităţii*	Prezent	19.07.2021
⇨ Actualizarea paginii de internet a unităţii sanitare	Permanent	Permanent

II. Etapa de evaluare	12.07.2021	22.10.2021
⇨ Etapa de pre-vizită	12.07.2021	17.09.2021
⇨ Vizita de evaluare	20.09.2021	24.09.2021
⇨ Etapa de post-vizită	27.09.2021	22.10.2021
III. Etapa de acreditare	23.10.2021	31.12.2021
IV. Menţinerea condiţiilor de acreditare	Trim IV 2021	Permanent
⇨ Menţinerea condiţiilor de acreditare ciclul II	Trim IV 2021	Trim II 2022
⇨ Implementarea standardelor ciclului III de acreditare	Trim III 2022	Trim III 2027

Obţinerea şi menţinerea acreditării spitalului presupun un demers permanent al întregului personal din unitatea sanitară.

Resurse necesare

Având în vedere multitudinea aspectelor implicate în asigurarea calităţii serviciilor şi a siguranţei pacientului se impune angajarea de resurse multiple, urmărirea proceselor, instruirea şi motivarea personalului, asigurarea unui sistemului informaţional funcţional la toate nivelurile.

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

- **Resursele umane** – constau în personalul angajat al spitalului. În conformitate cu Decizia managerului spitalului nr. 14/21.02.2020, 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:

Funcția în comisie	Numele și prenumele	Funcția în unitatea sanitară
Președinte	Codrescu Aurelian Ionuț	Director medical
Vicepreședinte	Damian Paula	Director financiar contabil
Secretar	Boșneaga Florentina	Economist RMC
Membru	Palade Alina Alberta	Consilier juridic
Membru	Mihalache Lilia	Medic coordonator medicină internă
Membru	Munteanu Mitică	Asistent medical coordonator medicină internă
Membru	Ilie Lăcrămioara	Medic coordonator pediatrie
Membru	Munteanu Daniela	Asistent medical coordonator pediatrie
Membru	Pruteanu Ionica Alina	Asistent medical coordonator neonatologie
Membru	Roșioru Ion	Medic coordonator obstetrică-ginecologie
Membru	Sandu Aura	Asistent medical coordonator obstetrică-ginecologie
Membru	Chicoș Ștefan Claudiu	Medic coordonator chirurgie generală
Membru	Donose Daniela	Asistent medical coordonator chirurgir generală
Membru	Sîrbu Elena	Asistent medical coordonator camerfa de gardă
Membru	Gradea Adina	Medic coordonator laborator
Membru	Popa Dan Lucian	Biolog laborator
Membru	Toader Mirela	Asistent medical coordonator laborator
Membru	Munteanu Irina Georgiana	Farmacist șef
Membru	Lungu Mihaela Ana	Asistent medical farmacie
Membru	Bercea Florentina Laura	Asistent medical infecții asociate asistenței medicale
Membru	Ivanov Carmen	Asistent medical coordonator sterilizare
Membru	Tiliță Elena	Analist informatic
Membru	Ropotan Constantin	Statistician medical
Membru	Diaconu Irina	Funcționar economic
Membru	Diaconu Natalia	Responsabil administrativ
Membru	Lovin Costică	Economist
Membru	Buruiană Dumitrașc	Responsabil SSM
Membru	Tănase Adelaida	Responsabil RUNOS

- **Resursele 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 reglementgate 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:

a) prima tranșă - cu cel puțin 3 luni calendaristice anterior datei estimate pentru 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. Spitalul Orășenesc Tg. Bujor a achitat prima tranșă fixă în luna iunie 2020;
b) diferența dintre valoarea prevăzută la lit. a) 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

Responsabilități

Atribuțiile și responsabilitățile membrilor Comisiei au fost stabilite prin Regulamentul de Organizare și Funcționare al Comisiei nr. 695/20.03.2019 aprobat de Comitetul Director.

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 Consiliului 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 constatate 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 măsurilor 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 prin 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 toata durata de valabilitate a acreditării;

- Face propuneri privind participarea anuală a propriilor membrii, la minim un curs, forum, conferință sau altă formă de pregătire profesională organizată sub egida ANMCS, care are ca subiect managementul calității serviciilor de sănătate și/sau privind auditul clinic/intern, pe care le înaintează managerului în vederea luării de decizii;

- Echipa de audit clinic este parte funcțională a structurii de management al calității;

- Structura de management al calității coordonează activitatea de audit clinic;

- Face propuneri privind luarea măsurilor necesare în vederea respectării principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate de către spital și se preocupă de implementarea și dezvoltarea și armonizarea mediului ambiental (cultura 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", 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 învederea 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;

- Monitorizează condițiile de obținere/menținere a tuturor certificatelor de calitate specifice activităților desfășurate în toate sectoarele de activitate ale spitalului, astfel cum sunt acestea menționate în Lista de verificare nr. 01 – „Autorizări și certificări ale calității" și, face propuneri concrete în acest sens către Consiliul medical;

- Analizează anual propunerile formulate de către SMC privind tematica pentru 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 pacienții/însoțitorii/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 termenele de realizare cu responsabiltăți 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 necesar a fi încărcate înaplicația 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 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 Comisiei de evaluare a raportului de evaluare si 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 ședință, săptămânal, lunar, sau ori de cîte ori este nevoie, pentru promovarea/implementarea/dezvoltarea sistemelor de management al calității și a îmbunătățirii stadiului de implementare al acestora.

d) 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.

Rezultalul așteptat al acreditării spitalului constă în obținerea de îngrijiri 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 a se adresa unei unități medicale acreditate cu un nivel mai mare de îndeplinire a standardelor

e) 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 indicatorii 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 a unităților sanitare cu paturi aferente celui de al II-lea ciclu 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 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 unor dotări necesare pentru intervențiile în caz de urgență medicală, 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

f) Cunoașterea legislației relevante

- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii şi metodologiei de evaluare şi acreditare a spitalelor;
- Ordinul Președintelui ANMCS nr. 32/2020 privind aprobarea modalității de plată de către unitățile sanitare a taxei de acreditare;
- Ordinului Președintelui ANMCS nr. 432/2019 privind aprobarea condițiilor și a metodologiei de suspendare a acreditării unităților sanitare cu paturi;
- Ordinul Președintelui ANMCS nr. 298/2020 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;
- Ordinul comun Ministerul Sănătății/ANMCS nr. 1312/250/2020 privind organizarea și funcționarea structurii de management al calității serviciilor de sănătate în cadrul unităților sanitare cu paturi și serviciilor de ambulanță, în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;
- Ordinul Președintelui ANMCS nr. 185/2020 pentru aprobarea Instrucțiunilor privind desfășurarea etapei de pregătire a evaluării unităților sanitare cu paturi;
- Ordinul Președintelui ANMCS nr. 148/2020 privind aprobarea Instrucțiunilor privind desfășurarea etapei de acreditare a unităților sanitare cu paturi;
- Ordinul Președintelui ANMCS nr. 10/2018 privind aprobarea categoriilor de acreditare a unităților sanitare cu paturi aferente celui de al II-lea ciclu de acreditare.

***