

Nr. 37 din 04.02.2022



**APROBAT,  
MANAGER**



## **PLAN DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A CALITĂȚII SERVICIILOR DE SĂNĂTATE DIN CADRUL**

**Spitalului Orășenesc „Sfântul Dimitrie” Târgu Neamț**

**ANUL 2022**

**Întocmit,  
RMC,  
Ec. Dediu Mihaela**



## **CUPRINS**

- 1. Scopul planului anual al managementului calității**
- 2. Documente de referință**
- 3. Descrierea situației actuale privind managementul calității**
- 4. Obiective și măsuri propuse pentru Planul anual de îmbunătățirea a calității serviciilor de sănătate pentru anul 2022**
- 5. Grafic Gantt**

## **1. SCOPUL PLANULUI ANUAL DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII SERVICIILOR DE SĂNĂTATE**

Scopul Planului anual este dezvoltarea și aplicarea Sistemului de management al calității, aplicarea standardelor calității în vederea aplicării noilor standarde, criterii și cerințe valabile pentru Ciclu II de acreditare, aprobate prin Ordinul Președintelui ANMCS nr.446/2017 privind aprobarea standardelor, procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor, în baza Ordinului comun al ministrului Sănătății și al președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate (ANMCS) nr. 1.312/250/2020 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 în cadrul unităților cu paturi.

Planul anual de îmbunătățirea a calității este un angajament prin care se identifică și se explică cum se vor atinge obiectivele de îmbunătățire a calității.

Îmbunătățirea calității este o prioritate constantă care ne ajută să găsim modalități noi și mai bune privind serviciile medicale oferite de spitalul nostru.

La nivelul spitalului se urmărește:

- Îmbunătățirea îngrijirii pacienților;
- Creșterea satisfacției pacienților;
- Creșterea calității serviciilor medicale și hoteliere;
- Siguranța pacientului.

La baza managementului calității totale se află :

- principiul orientării către client (pacient);
- principiul îmbunătățirii continue;
- principiul zero defecte;
- principiul situației calității pe primul plan.

Succesul implementării Planului anual de îmbunătățire a calității depinde de următorii factori:

### **1. Aplicarea politicii calității**

În procesul elaborării acestei politici trebuie luate în considerare realitățile din cadrul unității sanitare realizându-se o evaluare a calității în raport cu cerințele pacientilor. Esența politicii calității constă în satisfacția pacientilor, a angajaților, îmbunătățirea continuă a serviciilor medicale și nemedicale, responsabilitatea față de comunitate, eficiență și rentabilitate.

2. Implicarea personalului în procesul de îmbunătățire a calității care promovează munca în echipă

3. Comunicarea eficientă atât cu pacienții cât și salariații. Se urmărește asigurarea unei mai bune coordonări a activităților și proceselor din cadrul spitalului. În cadrul procesului de organizare a muncii trebuie să se țină seama de nevoile, aspirațiile și capacitatea fiecărui individ.

**Sistemul de management al Spitalului Orășenesc „Sfântul Dimitrie” Tîrgu Neamț trebuie centrat pe calitatea serviciilor și siguranța pacientului, bazat pe participarea tuturor membrilor săi, prin care se urmărește asigurarea pe termen lung, prin satisfacerea pacientului și obținerea de avantaje pentru toți membrii unității sanitare.**

## **2. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ**

- Ordin MS Nr. 446/2017- privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor
- Ordin MS 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
- SR EN ISO 9001:2015 , ISO 22000:2018 – Sisteme de management al calității

### **3. DESCRIEREA SITUAȚIEI ACTUALE PRIVIND MANAGEMENTUL CALITĂȚII**

#### **3.1. Strucutra de management al calității**

La nivelul Spitalului Orășenesc „Sfântul Dimitrie” Târgu Neamț, structura de management al calității s-a înființat în anul 2012. În anul 2016 aceasta s-a reorganizat prin disjungerea ei din cadrul Biroului RUONS și MCSM, devenind Biroul MCSM, pe parcursul anului 2020 s-a actualizat legislația privind structura de management a calității a serviciilor de sănătate în directă subordonare a managerului.

S-a actualizat organigrama spitalului în urma HCL Nr. 288/09.12.2020, iar biroul MCSM va fi numit Biroul MCSS – biroul managementul calității serviciilor de sănătate, conform Ordinului ANMCS 1312/2020- 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

#### **3.2. Stadiul implementării managementului calității serviciilor medicale**

Pentru implementarea managementului calității serviciilor medicale au fost luate următoarele măsuri:

- implementarea indicatorilor pentru ciclu al II- lea de acreditare, standarde ANMCS;
- implementarea standardelor ISO 9001:2015, ISO 22000:2018;
- implementarea standardelor de control intern managerial.

#### **3.3. Gradul de satisfacție al pacienților**

Gradul de satisfacție al pacienților se măsoară folosind Chestionarul de satisfacție al pacienților-aparținătorilor, conform . **Ordin nr. 1068/627/2021 din 29 iunie 2021** privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022 - (Anexa 48)

Pe parcursul anului 2021 au fost externați **5.188** de pacienți care au primit îngrijiri medicale în cadrul secțiilor/compartimentelor cu paturi ale spitalului (spitalizare continuă). La nivelul secțiilor și compartimentelor au fost colectate un număr de **1.112** chestionare (rezultând, astfel, un procent de **21,43 %** pacienți care au răspuns la chestionar). Din analiza răspunsurilor la chestionarele depuse de pacienți/aparținători pe anul 2021 rezultă următoarele:

- amabilitatea personalului la primirea pacienților (98,11% - 1091 dintre pacienții internați au răspuns afirmativ);
- la întrebarea: *Calitatea comunicării cu personalul medical*, pacienții au apreciat **85,61%- foarte bună**, 12,41%- o consideră bună.
- la întrebarea: *Atitudinea personalului la primire* **78,14%- foarte bună**, 19,06% - o consideră bună;
- pacienții internați au evaluat **calitatea condițiilor hoteliere** oferite de spital în felul următor: **54,31%- foarte bună**, 35,16%- o consideră bună.
- referitor la **curătenie**, majoritatea pacienților au dat răspunsuri pozitive, după cum urmează: **58,63%- foarte bună**, 35,43%- o consideră bună.
- în ceea ce privește **calitatea hranei și a modului de distribuire a acesteia**, pacienții au apreciat **68,97%- foarte bună**, 25,62%- o consideră bună.
- pacienții au apreciat **aspectul lenjeriei** în felul următor: **58,63%- foarte bună**, 35,43%- o consideră bună.

În cursul anului 2021 nu au existat reclamații/ sesizări/ plângeri înregistrate la secretariatul unității sau înscrise în Registrul de reclamații și sugestii **privind hrana primită și aspectul lenjeriei și al efectelor de spital**. Au existat, însă, câteva impresii negative (observații) din partea unor pacienți/aparținători care au completat *Chestionarul de evaluare a satisfacției pacientului/ aparținătorului* și care au fost analizate în cadrul Rapoartelor de analiză privind nivelul de satisfacție a pacienților/aparținătorilor, stabilindu-se măsuri de îmbunătățire a calității serviciilor oferite. Așadar, pentru remedierea nemulțumirilor privind hrana primită și aspectul lenjeriei s-au luat următoarele măsuri:

- diversificarea meniurilor, respectiv schimbarea/alternarea meniurilor pentru regimuri speciale;
- achiziționarea de lenjerii noi pentru secțiile și compartimentele spitalului.

**3.4.** Structura organizatorică a spitalului valabilă pentru anul 2022 este următoarea:

<b>Secția /compartiment</b>	<b>Structura actuală</b>
<b>Secția Medicină Internă</b>	50 paturi ,din care: Comp. Gastroenterologie - 5 paturi Comp. Diabet zaharat , nutriție și boli - 10 paturi
<b>Compartiment Neonatologie</b>	16 paturi , din care:
<b>Secția Obstetrică - Ginecologie</b>	35 paturi ,din care: Compartiment A.T.I. - 5 paturi Sală de operații și Sterilizare
<b>Secția Chirurgie generală</b>	35 paturi , din care: Compartiment A.T.I. - 5 paturi Compartiment Ortopedie - Traumatologie - 5 paturi Bloc operator și Sterilizare
<b>Secția Boli Infecțioase</b>	30 paturi
<b>Secția Cardiologie</b>	30 paturi
<b>Secția Reumatologie</b>	25 paturi , din care: Comp.recuperare,medicină fizică și balneologie - 5 paturi
<b>Secția Pediatrie</b>	39 paturi, din care: Compartiment recuperare pediatrică - 5 paturi
<b>Compartiment primire urgențe (CPU)</b>	
<b>Total</b>	260 paturi
<b>Insoțitori</b>	- 5 paturi

- Unitatea de transfuzii sanguine
- Farmacie
- Laborator Analize Medicale
- Laborator Radiologie și Imagistică Medicală
- Laborator Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie
- Compartiment supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale
  - Compartiment de evaluare și statistică medicală
  - Prosecută
  - Cabinet diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
  - Cabinet boli infecțioase
  - Cabinet oncologie medicală
  - Cabinet planificare familială

- Dispensar TBC
- Fișier – informații.
- Centrul de evaluare și tratare a pacienților cu Covid-19

#### **Ambulatoriul integrat spitalului cu cabinețe în specialitățile:**

- Medicină internă
- Cardiologie
- Chirurgie generală
- Obstetrică-Ginecologie
- Pediatrie
- Reumatologie
- Neurologie
- Pneumologie
- Endocrinologie
- Gastroenterologie
- Ortopedie și traumatologie
- Nefrologie
- Urologie
- Dermatologie

#### **Aparat funcțional**

Spitalul Orășenesc „Sfântul Dimitrie” Târgu Neamț este o instituție publică, în subordinea autorității administrației publice locale, având organograma, statul de funcții, bugetul de venituri și cheltuieli aprobate prin Hotărâri ale Consiliului Local Tîrgu Neamț.

#### **3.5. Activitatea medicală desfășurată**

Indicatorii activității medicale se calculează de către Serviciul de informatică, evaluare și statistică medicală.

În anul 2021 aceștia se prezintă astfel:

<b>Număr de pacienți prezenți pentru:</b>	
<b>Servicii medicale spitalicești</b>	5188
<b>Servicii medicale de urgență</b>	24639
<b>Servicii medicale ambulatorii</b>	32820
<b>Total</b>	62434

#### **3.6. Indicatori statistici**

An	Număr cazuri externe	Durata medie de spitalizare (zile)	Număr prezentări în CPU
2021	5188	6.05	24639

Populația din zona arondată unității este o populație îmbătrânită, cu un nivel scăzut de trai, ceea ce conduce, în medie pe an, la un număr de aproximativ de 30.000 de pacienți care se prezintă în CPU cu urgențe medico-chirurgicale ce necesită monitorizare continuă a funcțiilor vitale, investigații paraclinice amănunțite, stabilirea unor diagnostice corecte și a conduitei terapeutice adecvate.

### 3.7. Indicatori de performanță

Categoria de indicatori		Denumire indicator	Valoare medie nationala conf. Ord.MSP 1567 din 2007 pe tip de spital	Valoarea indicatorilor realizati pe ANUL 2021
<b>Indicatori de calitate</b>	<b>1</b>	<b>Rata mortalitatii generale % pacienti externati prin deces *</b>	<b>0,53</b>	<b>1,12</b>
		BOLI INFECTIOASE	0,34	3,31
		CARDIOLOGIE	1,79	2,13
		COMP.DIABET	1,08	0,72
		COMP.GASTROENTER	1,24	1,45
		MEDICINA INTERNA	1,22	2,17
		NEONATOLOGIE	0,56	0,00
		PEDIATRIE	0,23	0,00
		REUMATOLOGIE	0,01	0,00
		CHIRURGIE	1,55	2,21
		ORTOPEDIE SI TRAUMATOLOGIE	0,52	0,36
		OBST.GINECOLOGIE	0,01	0,00
		<b>% pacienti decedati la 24 ore de la internare* (cf anexei 2)</b>		<b>0,11</b>
		BOLI INFECTIOASE	0,05%	0,00
		CARDIOLOGIE	0,38%	0,42
		COMP.DIABET	0,26%	0,00
		COMP.GASTROENTER	0,25%	0,00
		MEDICINA INTERNA	0,25%	0,14
		NEONATOLOGIE	0,14%	0,00
		PEDIATRIE	0,05%	0,00
		REUMATOLOGIE	0,01%	0,00
		CHIRURGIE	0,22%	0,40
		ORTOPEDIE SI TRAUMATOLOGIE	0,04%	0,36
		OBST.GINECOLOGIE	0,00%	0,00
	<b>2</b>	<b>Proportia pacientilor decedati la 48 de ore de la interventia chirurgicala</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
	<b>3</b>	<b>Rata infectiilor nozocomiale - pe total spital si pe fiecare sectie</b>	specific	<b>0,56</b>
		BOLI INFECTIOASE		1,29
		CARDIOLOGIE		1,06
		COMP.DIABET		0,00
		COMP.GASTROENTER		0,00
		MEDICINA INTERNA		1,59
		NEONATOLOGIE		0,00
		PEDIATRIE		0,00
		REUMATOLOGIE		0,00

	CHIRURGIE		1,00
	ORTOPEDIE SI TRAUMATOLOGIE		0,36
	OBST.GINECOLOGIE		0,00
<b>4</b>	<b>Rata pacientilor reinternati (fara programare)intervalul de 30 de zile de la externare</b>	4,00	<b>18,48</b>
	BOLI INFECTIOASE		11,97
	CARDIOLOGIE		26,12
	COMP.DIABET		12,95
	COMP.GASTROENTER		15,94
	MEDICINA INTERNA		24,96
	NEONATOLOGIE		0,00
	PEDIATRIE		21,74
	REUMATOLOGIE		14,95
	CHIRURGIE		18,51
	ORTOPEDIE SI TRAUMATOLOGIE		14,91
	OBST.GINECOLOGIE		23,18
<b>5</b>	<b>Indice de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare*</b>	specific	<b>65,31</b>
	BOLI INFECTIOASE	0,68	56,35
	CARDIOLOGIE	0,69	57,17
	COMP.DIABET	0,64	56,83
	COMP.GASTROENTER	0,65	50,72
	MEDICINA INTERNA	0,73	41,94
	NEONATOLOGIE	0,71	89,57
	PEDIATRIE	0,73	78,88
	REUMATOLOGIE	0,79	99,34
	CHIRURGIE	0,79	89,34
	ORTOPEDIE SI TRAUMATOLOGIE	0,91	68,36
	OBST.GINECOLOGIE	0,61	47,73
<b>6</b>	<b>Procentul pacientilor internati si transferati catre alte spitale (%)*</b>	0,59	<b>2,01</b>
	BOLI INFECTIOASE	1,12	0,92
	CARDIOLOGIE	0,46	7,28
	COMP.DIABET	0,94	4,32
	COMP.GASTROENTER	0,38	0,00
	MEDICINA INTERNA	0,96	5,08
	NEONATOLOGIE	1,12	0,19
	PEDIATRIE	1,73	0,00
	REUMATOLOGIE	0,17	0,00
	CHIRURGIE	1,03	2,21
	ORTOPEDIE SI TRAUMATOLOGIE	0,61	0,36

		OBST.GINECOLOGIE	0,58	1,08
7	<b>Numar reclamatii/ plangeri ale pacientilor</b>	specific		7

Pentru a defini calitatea îngrijirilor medicale este necesară enumerarea elementelor implicate în obținerea satisfacției pacientului:

1. Latura tehnică a îngrijirilor de sănătate - se referă la acuratețea procesului de diagnostic și de tratament, iar calitatea sa este evaluată prin comparație cu cel mai bun act medical practicat la un moment dat;
2. Latura interpersonală a îngrijirilor de sănătate - este reprezentată de elementele umaniste ale îngrijirilor de sănătate și de relațiile sociale și psihologice stabilite între pacient și furnizorul de servicii sănitare, concretizate precum și explicațiile cu privire la boala și tratament și informațiile primite de furnizor de la pacientul său;
3. Accesibilitatea - se referă la timpul de așteptare al pacientului pentru a face o programare - croniči;
4. Disponibilitatea resurselor pentru îngrijirile de sănătate - numărul furnizorilor de îngrijiri de sănătate;
5. Continuitatea îngrijirilor de sănătate - contribuie la obținerea unui beneficiu maxim sau a unei utilizări maximale a resurselor.

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

Această afirmație duce la o definiție a calității aplicabilă tuturor serviciilor medicale:

**Calitatea reprezintă satisfacerea necesităților pacientului.**

Având în vedere că, încet-încet, exigența pacienților a început să crească și calitatea serviciilor medicale de care aceștia beneficiază înregistrează o curbă ascendentă, spitalul trebuie să își gândească viitorul nu numai la nivel de supraviețuire, ci și ca ofertant de servicii de calitate și diversificate pentru utilizatorii din ce în ce mai diversi și cu așteptări noi.

#### **4. OBIECTIVE ȘI MĂSURI PROPUSE PENTRU PLANUL ANUAL DE ÎMBUNĂTĂȚIREA A CALITĂȚII SERVICIILOR DE SĂNĂTATE PENTRU ANUL 2022**

**Obiectivele strategice ale conducerii Spitalului Sf. Dimitrie Târgu Neamț** în domeniul calității serviciilor de sănătate sunt:

1. Imbunătățirea calității serviciilor de sănătate și monitorizarea condițiilor de menținere a certificatelor de calitate specifice activităților desfășurate, conform standardelor ISO 9001:2015 și ISO 22000:2018
2. Orientarea către pacient, având ca scop asigurarea de servicii medicale de calitate și în siguranță
3. Investiții în completarea aparaturii medicale necesare
4. Acreditarea ANMCS ciclul II
5. Limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale
6. Îmbunătățirea condițiilor hoteliere / cazare
7. Îmbunătățirea continuă a nivelului de îngrijire a pacientului

## **Obiectivele principale ale Biroului MCSS sunt:**

1. Creșterea calității serviciilor medicale oferite în concordanță cu necesarul de servicii medicale pentru populația din Orasul Tg.Neamț și comunele limitrofe
2. Optimizarea continuă a proceselor din cadrul spitalului, reglementarea activităților prin elaborarea, actualizarea și implementarea de proceduri/instrucțiuni de lucru/protocole medicale, care să fie adaptate pentru fiecare structură în parte, cu respectarea legislației în vigoare, a standardelor de calitate și standardelor ANMCS în vederea acreditării spitalului
3. Coordonarea procesului de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu toți șefii de structuri
4. Implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital, respectarea principiilor și valorilor calității conform misiunii asumate, monitorizarea condițiilor de menținere a certificatelor de calitate ISO pentru activitățile desfășurate , acreditarea ANMCS ciclul II

## **Obiective specifice:**

1. Acreditarea spitalului de către Autoritatea Națională de Management al Calității , în cel de-al II-lea Ciclu de acreditare al spitalelor.
2. Obținerea și menținerea acreditării Spitalului Orășenesc Sf. Dimitrie Târgu Neamț
3. Creșterea calității serviciilor oferte
4. Îmbunătățirea serviciilor hoteliere
5. Efectuarea controlului activității medicale a spitalului
6. Monitorizarea respectării drepturilor pacienților
7. Monitorizarea și îmbunătățirea satisfacției pacienților
8. Monitorizarea și îmbunătățirea satisfacției angajaților
9. Im bunătățirea calității comunicării cu pacienții și aparținătorii acestora
10. Identificarea și raportarea fără caracter acuzator a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale

## **Obiectivul Nr.1. ACREDITAREA SPITALULUI DE CĂTRE AUTORITATEA NAȚIONALĂ DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII , ÎN CEL DE-AL II-LEA CICLU DE ACREDITARE AL SPITALELOR**

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 evaluatează în ce măsură acesta corespunde standardelor de acreditare.

Scopul acreditării este validarea conformității caracteristicilor serviciilor de sănătate efectuate de unitățile sanitare, cu standardele de acreditare adoptate de către ANMCS și aprobată 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.

Prin Planul multianual pentru ciclul II de acreditare Spitalul Orășenesc Sf. Dimitrie Târgu Neamț a fost reprogramat pentru a primi vizita de evaluare, în trimestrul IV 2022.

### **MĂSURI DE SOLUTIONARE**

Obținerea și menținerea acreditării spitalului presupune parcurgerea mai multor activități desfășurate pe anumite etape.

#### **1.1. Etapa de pregătire a evaluării**

Până la momentul actual a fost parcursă etapa premergătoare de înscriere în procedura de evaluare și acreditare, Spitalul Orășenesc Sf. Dimitrie Târgu Neamț aflându-se deja în etapa I, de pregătire a evaluării.

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

##### **1.1.1. Încărcarea Fișelor de autoevaluare (FAE)**

Încărcarea Fișei de autoevaluare presupune realizarea unei analize obiective a activității fiecărui compartiment de către conducerul 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.

### **1.1.2. 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:*

- Procedura de internare a pacientului;
- Procedura de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate

asistențe medicale;

- Procedura de recomandare și administrare a săngelui și 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) Documente suplimentare solicitate (DS):*

Autorizația de securitate la incendiu / prevenire și stingere a incendiului;

Planul Strategic, Planul de Management, Regulamentul de Ordine Interioară, Regulamentul Intern, Registrul de riscuri;

Lista reglementărilor în vigoare, lista coordonatorilor de activități;

Indicatorii cantitativi;

Formularele pentru Chestionarele pacienților și angajaților și analiza rezultatelor.

*c) Documentele care dovedesc îndeplinirea indicatorilor sensibili.*

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

## **1.2. Etapa de evaluare**

### **1.2.1. Etapa de pre-vizită**

Această etapă presupune, în majoritate, **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.

### **1.2.2. Vizita de evaluare**

In 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).

In 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).

#### *1.2.3. 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 liste 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 căror s-au formulat obiecțiuni.

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

#### *1.3. 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 parcigerii 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 confomare. Diferențierea între categoriile de acreditare se face prin punctajul obținut după procesarea **tuturor datelor și procentul de îndeplinire al indicatorilor -10**, astfel:

**Tabel 1. Categorii de acreditare**

Categorie	Denumire	Punctaj total	Grad de 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 neasumarea îndeplinirii măsurilor din Plan sau asumarea îndeplinirii acestora într-un termen mai mare de 24 luni.

**Resurse umane:** în conformitate cu Decizia managerului spitalului nr. 326/05.11.2020, 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 Acreditații

**Resurse materiale:** computere, imprimante, rețea internet, telefonie, fax, consumabile și rezerve specifice.

**Resurse financiare:** Costul de ~80.000 lei reprezentând taxa de acreditare a spitalului.

**Responsabilități:** Manager, Atribuțiile și responsabilitățile membrilor Comisiei au fost stabilite prin Regulamentul de Organizare și Funcționare al Comisiei nr.19/05.11.2020

#### **Indicatori evaluare și 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%

**Termen de realizare: 31.12.2022**

#### **Obiectivul Nr.2. MENTINEREA CONDIȚIILOR DE ACREDITARE**

Îmbunătățirea activității prin implementarea standardelor de calitate este o activitate în dinamică, ciclică, mereu tînzând 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 desfașurată.

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 sistemului 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 sanitată în funcție de nivelul de îndeplinire a graficului de remediere a neconformităților constatate în urma procesului de evaluare în vederea acreditații.

#### **Obiectivul nr.3. – CREȘTEREA CALITĂȚII SERVICIILOR OFERITE**

Spitalul Orășenesc Sf. Dimitrie Târgu Neamț își propune prin adoptarea unor măsuri adecvate să satisfacă permanent cerințele pacienților săi, considerând esențială asigurarea calității serviciilor medicale. În realizarea acestora sunt implicați toți salariații unității care trebuie să participe activ la implementarea tuturor acțiunilor întreprinse pentru îmbunătățirea continua a Sistemului de Management al Calității.

## Măsuri de soluționare

3.1. Elaborarea, actualizarea și implementarea de proceduri/ protocoale adaptate structurii specifice a spitalului;

3.2. Participarea personalului la programe de instruire externe, precum și organizarea unor cursuri în cadrul spitalului;

## Obiectivul nr.4. ÎMBUNĂTĂȚIREA SERVICIILOR HOTELIERE

Condițiile de cazare trebuie să corespundă cerințelor legislației specifice din sistemul medical.

Calitatea serviciilor medicale pentru pacienți se referă și la condițiile de cazare și hrana, propunerile acestora vor fi analizate și implementate.

### Măsuri de soluționare:

#### 4.1. Identificarea necesităților de îmbunătățire a spațiilor de cazare

Reparații curente pe secții,compartimente, birouri, grupuri sanitare, ( băi, wc-uri pacienti).

#### 4.2. Identificarea necesităților de îmbunătățire a hranei

Analizarea gradului de satisfacție a pacienților cu privire la calitatea hranei, a modului de distribuire , varietatea meniurilor.

#### 4.3. Asigurarea unui microclimat corespunzător prin asigurarea apei calde, a iluminatului corespunzător, asigurarea căldurii

## Obiectivul nr.5. EFECTUAREA CONTROLULUI ACTIVITĂȚII MEDICALE A SPITALULUI

### Măsuri de soluționare:

#### 5.1. Stabilirea registrului de activități pe fiecare secție/compartiment

Secretariatul Comisiei de monitorizare va coordona elaborarea Registrului de activități pe fiecare secție/compartiment/laborator/serviciu/birou. Acesta va fi supus avizării Președintelui Comisiei de monitorizare și spre aprobare managerului.

#### 5.2. Întocmirea Planului de audit clinic pe anul 2022

În urma întocmirii Registrului de activități pe unitate, conducerea unitatii va stabili temele de audit clinic pe anul in curs. Biroul MCSS va întocmi planul de audit clinic pe anul 2022, Planul va fi supus aprobării managerului spitalului.

#### 5.3. Realizarea acțiunilor de audit clinic, conform programării

Biroul MCSS va solicita managerului constituirea unei comisii de audit clinic pentru fiecare audit clinic in parte. Aceasta va fi condusă de catre presedintele comisiei si coordonata de medicul din cadrul Biroului MCSS, care deține curs de auditor clinic.

Comisia de audit clinic va desfășura acțiunile de audit, conform programării.

#### 5.4. Realizarea Rapoartelor de audit și dispunerea măsurilor stabilite de echipa de audit

Comisia de audit clinic va întocmi Raportul de audit și, în funcție de situație, va dispune măsuri de îmbunătățirea a activității. Acestea vor fi transmise către manager spre aprobare.

## **Obiectivul nr.6. MONITORIZAREA RESPECTĂRII DREPTURIILOR PACIENTILOR**

### **MĂSURI DE SOLUȚIONARE:**

#### **6.1. Identificarea deficiențelor în aplicarea legislației în vigoare**

Identificarea deficiențelor se va face prin desfășurarea unui audit inopinat, iar în urma raportului emis de comisia de audit va dispune măsuri specifice.

#### **6.2. Implementarea măsurilor dispuse de Comisia de audit**

Propunerile Comisie de audit vor fi supuse analizei și aprobării managerului spitalului. Comisia de audit va urmări apoi implementarea măsurilor aprobate, astfel încât activitatea spitalului să se desfășoare în conformitate cu legislația în vigoare.

## **Obiectivul nr.7. MONITORIZAREA ȘI ÎMBUNĂTĂȚIREA SATISFACTIEI PACIENTILOR**

### **Măsuri de soluționare:**

#### **7.1. Analizarea lunară a chestionarelor de satisfacție a pacientilor**

#### **7.2. Analizarea gradului de satisfacție a pacienților cu privire la calitatea hranei și a modului de distribuire**

#### **7.3. Analizarea gradului de satisfacție a pacienților cu privire la aspectul lenjeriei și al efectelor de spital**

#### **7.4. Analizarea gradului de satisfacție a pacienților cu privire la modul de comunicare**

## **Obiectivul nr.8. MONITORIZAREA ȘI ÎMBUNĂTĂȚIREA SATISFACTIEI ANGAJAȚILOR**

### **Măsuri de soluționare:**

Monitorizarea satisfacției angajaților se face anual, prin analiza chestionarelor autoadministrate.

## **Obiectivul nr.9. ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII COMUNICĂRII CU PACIENTII ȘI APARTINĂTORII ACESTORA**

### **Măsuri de soluționare:**

#### **9.1. Participarea personalului medical și auxiliar la cursuri specifice de comunicare cu pacienții**

## **Obiectivul nr.10. IDENTIFICAREA ȘI RAPORTAREA FĂRĂ CARACTER ACUZATOR A EVENIMENTELOR ADVERSE ASOCIAȚE ASISTENȚEI MEDICALE**

### **Măsuri de soluționare:**

#### **10.1. Analizarea cauzelor generatoare a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale**

#### **10.2. Raportarea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale în aplicatia CaPeSaRo**

**Obiectivul specific 1:  
Acreditaarea spitalului de către Autoritatea Națională de Management al Calității , în cel de-al II-lea Ciclu de acreditare al spitalelor.**

<b>MĂSURI DE SOLUTIONARE</b>					
<b>1.1.Etapa de pregătire a evaluării</b>					
<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Termen de realizare:</b>	<b>Responsabili:</b>	<b>Resurse necesare:</b>	<b>Resurse financiare:</b>
1.1.1.Încărcarea fișelor de autoevaluare	-	15.07.2022	Şefi de structuri	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	-
1.1.2.Achitarea a minim 70% din valoarea taxei de acreditare	-	15.07.2022	SFC	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	Manager DFC
1.1.3.Încărcarea documentelor obligatorii, solicitate și a indicatorilor sensibili	-	15.07.2022	Birou MCSS	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	-
1.1.4.Încărcarea documentelor în secțiunea <i>Documentele Calității</i>	-	22.08.2022	Birou MCSS	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	Manager
<b>Obiectivul specific 1 Acreditaarea spitalului de către Autoritatea Națională de Management al Calității , în cel de-al II-lea Ciclu de acreditare al spitalelor</b>					
<b>MĂSURI DE SOLUTIONARE</b>					
<b>1.2. Etapa de evaluare</b>					
<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Termen de realizare:</b>	<b>Responsabili:</b>	<b>Resurse necesare:</b>	<b>Resurse financiare:</b>
1.2.1.Etapa de pre-vizită	-	15.08.2022-21.10.2022	ANMCS/ RMC	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	-
1.2.2.Vizita de evaluare	-	24.10.2022 - 28.10.2022	Personal desemnat LV	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	Manager
1.2.3.Etapa de post-vizită	-	31.10.2022-25.11.2022	ANMCS	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	Manager
<b>Acreditaarea spitalului de către Autoritatea Națională de Management al Calității , în cel de-al II-lea Ciclu de acreditare al spitalelor</b>					
<b>MĂSURI DE SOLUTIONARE</b>					

### 1.3. Etapa de acreditare

Măsuri de soluționare propuse	Indicatori	Termen de realizare:	Responsabili:	Resurse necesare:	Resurse financiare:	Persoana responsabilă de controlul îndeplinirii măsurii
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certificat de acreditare ciclul II obținut</li> <li>- Număr de cerințe neconforme identificate și rezolvate</li> <li>- Număr standarde de acreditare îndeplinite în proporție de minim 51%</li> <li>- Număr de indicatorii critici îndepliniți 100%</li> <li>- Număr de indicatori -10 îndepliniți minim 50%</li> </ul> <p>1.3. Elaborare raport acreditare si Ordinul privind acreditarea/neacreditarea</p>	25.11.2022	ANMCS	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	-	Manager
<b>Obiectivul specific 2: Menținerea condițiilor de acreditare</b>						
<b>MĂSURI DE SOLUȚIONARE</b>						
<b>2.1.Menținerea condițiilor de acreditare:</b>						
Măsuri de soluționare propuse	Indicatori	Termen de realizare:	Responsabili:	Resurse necesare:	Resurse financiare:	Persoana responsabilă de controlul îndeplinirii măsurii
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Îndeplinire a graficului de remediere a neconformităților constatațate în urma procesului de evaluare în vederea acreditării.</li> </ul> <p>2.1.Menținerea condițiilor de acreditare</p>	Permanent	Manager	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	-	Manager
<b>Obiectivul specific 3 Creșterea calității serviciilor oferite</b>						
<b>MĂSURI DE SOLUȚIONARE</b>						
<b>3.1. Elaborarea, actualizarea și implementarea de proceduri/ protocoale adaptate structurii specifice a spitalului</b>						
Măsuri de soluționare propuse	Indicatori	Termen de realizare:	Responsabili:	Resurse necesare:	Resurse financiare:	Persoana responsabilă de controlul îndeplinirii măsurii

3.1 Revizuirea și evaluarea implementării procedurilor specifice serviciului în activitatea curentă	Nr. de PO/PM elaborate Nr. de PO/PM actualizate Nr. de PO/PM implementate	31.12.2022	Sef structura	Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	Umane	-	Manager Comisia de monitorizare
<b>Obiectivul specific 3 Creșterea calității serviciilor oferite</b>							
<b>MĂSURI DE SOLUȚIONARE</b>							
<b>3.2. Participarea personalului la programe de instruire externe, precum și organizarea unor cursuri în cadrul spitalului</b>	<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	Indicatori	Termen de realizare:	Responsabili:	Resurse necesare:	Resurse financiare:	Persoana responsabilă de controlul îndeplinirii măsurii
<b>3.2.1. Îmbunătățirea cunoștințelor de specialitate ale personalului prin participare la cursuri de perfecționare și instruire planificate</b>							
- Nr. diplome obținute/nr. de participanți - Nr. PV de instruire/ nr. de instruiri planificate							
<b>Obiectivul specific 4: Îmbunătățirea serviciilor hoteliere</b>							
<b>MĂSURI DE SOLUȚIONARE</b>							
<b>4.1. Identificarea necesităților de îmbunătățire a spațiilor de cazare</b>							
<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	Indicatori	Termen de realizare:	Responsabili:	Resurse necesare:	Resurse financiare:	Resurse financiare:	Persoana responsabilă de controlul îndeplinirii măsurii
Analiza periodică a proponerilor din chestionarul de satisfacție al pacienților	Nr. de proponeri implementate	Permanent	Birou MCSS	Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	-	-	Manager
<b>Obiectivul specific 4: Îmbunătățirea serviciilor hoteliere</b>							
<b>MĂSURI DE SOLUȚIONARE</b>							
<b>4.2. Identificarea necesităților de îmbunătățire a hranei</b>							
<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	Indicatori	Termen de realizare:	Responsabili:	Resurse necesare:	Resurse financiare:	Resurse financiare:	Persoana responsabilă de controlul îndeplinirii măsurii
Analiza periodică a proponerilor din chestionarul de satisfacție al pacienților	Nr. de reclamații ale pacienților privind hrana/nr.pacienți care au completat chestionarul	Permanent	Birou MCSS/Bloc alimentar	Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	-	-	Manager

**Obiectivul specific 4: Îmbunătățirea serviciilor hoteliere****MĂSURI DE SOLUȚIONARE****4.3. Asigurarea unui microclimat corespunzător prin asigurarea apei calde, a iluminatului corespunzător, asigurarea căldurii**

Măsuri de soluționare propuse	Indicatori	Termen de realizare:	Responsabili:	Resurse necesare:	Resurse financiare:	Persoana responsabilă de controlul îndeplinirii măsurii
Nr. de reclamații ale pacienților privind condițiile hoteliere/nr.pacienti care au completat chestionarul	Permanent	Birou MCSS / STA/Comitet director	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	-	-	Manager
Analiza periodică a proponerilor din chestionarul de satisfacție al pacienților						

**Obiectivul specific 5: Efectuarea controlului activității medicale a spitalului****MĂSURI DE SOLUȚIONARE****5.1. Stabilirea registrului de activități pe fiecare compartiment**

Măsuri de soluționare propuse	Indicatori	Termen de realizare:	Responsabili:	Resurse necesare:	Resurse financiare:	Persoana responsabilă de controlul îndeplinirii măsurii
Elaborarea Registrului activitatilor	Registru de activitati aprobat	31.03.2022	Sefi sectiei/comp.	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	-	Manager
Programarea auditurilor clinice	Plan anual de audit clinic aprobat	30.04.2022	Birou MCSS/Auditor clinic	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	-	Manager

**Obiectivul specific 5: Efectuarea controlului activității medicale a spitalului****MĂSURI DE SOLUȚIONARE****5.2. Întocmirea Planului de audit clinic pe anul 2022**

Măsuri de soluționare propuse	Indicatori	Termen de realizare:	Responsabili:	Resurse necesare:	Resurse financiare:	Persoana responsabilă de controlul îndeplinirii măsurii
Programarea auditurilor clinice	Plan anual de audit clinic aprobat	30.04.2022	Birou MCSS/Auditor clinic	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	-	Manager
Măsuri de soluționare propuse						

**Obiectivul specific 5: Efectuarea controlului activităților medicale a spitalului****MĂSURI DE SOLUȚIONARE****5.3. Realizarea acțiunilor de audit clinic, conform programării**

Stabilirea obiectivelor, desfasurarea si raportarea constatarilor, concluziilor si neconformitatilor depistate	Nr. de audituri efectuate/ Nr. de audituri programate	31.12.2022	Birou MCSS/Auditor clinic	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	de controlul îndeplinirii măsurii Manager
<b>Obiectivul specific 5: Efectuarea controlului activităților medicale a spitalului</b>					
<b>MĂSURI DE SOLUȚIONARE</b>					
<b>5.4. Realizarea Rapoartelor de audit și dispunerea măsurilor stabilite de echipa de audit</b>					
<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Termen de realizare:</b>	<b>Responsabili:</b>	<b>Resurse necesare:</b>	<b>Persoana responsabilă de controlul îndeplinirii măsurii</b>
Implementarea masurilor dispuse de Comisia de audit clinic	Nr. măsuri implementate / Nr.măsuri dispuse după misiunile de audit	31.12.2022	Comisia de audit clinic	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	- Manager
<b>Obiectivul specific 6. Monitorizarea respectării drepturilor pacientilor</b>					
<b>MĂSURI DE SOLUȚIONARE</b>					
<b>6.1. Identificarea deficiențelor în aplicarea legislației în vigoare</b>					
<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Termen de realizare:</b>	<b>Responsabili:</b>	<b>Resurse necesare:</b>	<b>Persoana responsabilă de controlul îndeplinirii măsurii</b>
Programarea unei misiuni de audit si desfasurarea auditului cu tema specifica	Planificarea auditurilor la nivelul spitalului	30.06.2022	Birou MCSS/ Comisia de audit	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	- Manager
<b>Obiectivul specific 6. Monitorizarea respectării drepturilor pacientilor</b>					
<b>MĂSURI DE SOLUȚIONARE</b>					
<b>6.2. Implementarea măsurilor dispuse de Comisia de audit</b>					
<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Termen de realizare:</b>	<b>Responsabili:</b>	<b>Resurse necesare:</b>	<b>Persoana responsabilă de controlul îndeplinirii măsurii</b>

Implementarea măsurilor dispuse de Comisia de audit	Nr. de măsuri implementate	31.12.2022	Birou MCSS / Secțiiile responsabile identificate de Comisia de audit	Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	Umane	-	Manager
<b>Obiectivul specific 7. Monitorizarea și îmbunătățirea satisfacției pacienților</b>							
<b>MĂSURI DE SOLUȚIONARE</b>							
<b>7.1. Analizarea lunară a cuestionarelor de satisfacție a pacienților</b>							
<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Termen de realizare:</b>	<b>Responsabili:</b>	<b>Resurse necesare:</b>	<b>Resurse financiare:</b>	<b>Persoana responsabilă de controlul îndeplinirii măsurii</b>	
Monitorizarea nivelului de satisfacție a pacienților prin prelucrarea cuestionarelor de satisfacție a pacienților	Gradul de satisfacție a pacienților multumiti și foarte multumiti propus peste 80%	Permanent	Birou MCSS, Comitet Director	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	-	Manager
<b>Obiectivul specific 7. Monitorizarea și îmbunătățirea satisfacției pacienților</b>							
<b>7.2. Analizarea gradului de satisfacție a pacienților cu privire la calitatea hranei și a modului de distribuire</b>							
<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Termen de realizare:</b>	<b>Responsabili:</b>	<b>Resurse necesare:</b>	<b>Resurse financiare:</b>	<b>Persoana responsabilă de controlul îndeplinirii măsurii</b>	
Monitorizarea satisfacției pacienților cu privire la calitatea hranei și a modului de distribuire	Nr. de reclamări cu privire la calitatea hranei; % pacienților multumiti și foarte multumiti de calitatea hranei – peste 70%;	Permanent	Bloc Alimentar, Serviciul TA, SAAPC, RMC, Comitet Director	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	-	Manager
<b>Obiectivul specific 7. Monitorizarea și îmbunătățirea satisfacției pacienților</b>							
<b>MĂSURI DE SOLUȚIONARE</b>							
<b>7.3. Analizarea gradului de satisfacție a pacienților cu privire la aspectul lenjeriei și al efectelor de spital</b>							
<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Termen de realizare:</b>	<b>Responsabili:</b>	<b>Resurse necesare:</b>	<b>Resurse financiare:</b>	<b>Persoana responsabilă de controlul îndeplinirii măsurii</b>	
Monitorizarea satisfacției pacienților cu privire la aspectul lenjeriei și al efectelor de spital	Nr. de reclamări cu privire la aspectul lenjeriei și al efectelor de spital; % pacienților multumiti și foarte multumiti de calitatea lenjeriei și	Permanent	Spalatorie, SAAPC, RMC, Comitet Director	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	-	Manager

<b>Obiectivul specific 7. Monitorizarea și îmbunătățirea satisfacției pacienților</b>				
<b>MĂSURI DE SOLUȚIONARE</b>				
<b>7.4. Analizarea gradului de satisfacție a pacienților cu privire la modul de comunicare</b>				
<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Termen de realizare:</b>	<b>Responsabili:</b>	<b>Resurse necesare:</b>
Îmbunătăreala calității comunicării cu pacientul și apărținătorii acestora	Nr. reclamațiilor cu privire la aspecte de comunicare	Permanent	Tot personalul medical și auxiliar	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)
<b>Obiectivul specific 8. Monitorizarea și îmbunătățirea satisfacției angajaților</b>				
<b>MĂSURI DE SOLUȚIONARE</b>				
<b>8.1. Monitorizarea și îmbunătățirea satisfacției salariaților</b>				
<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Termen de realizare:</b>	<b>Responsabili:</b>	<b>Resurse necesare:</b>
Monitorizarea satisfacției angajaților prin prelucrarea chestionarelor de satisfacție a angajaților	Gradul de satisfacție a salariaților multumiti, peste 80%	Permanent	RUONS, Comitet Director	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)
<b>Obiectivul specific 9. Îmbunătățirea calității comunicării cu pacienții și apartținătorii acestora</b>				
<b>MĂSURI DE SOLUȚIONARE</b>				
<b>9.1. Participarea personalului medical și auxiliar la cursuri specifice de comunicare cu pacienții</b>				
<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Termen de realizare:</b>	<b>Responsabili:</b>	<b>Resurse necesare:</b>

Participarea personalului medical și auxiliar la cursuri specifice comunicare cu pacientii	Nr. cursuri de comunicare cu pacientii/ Nr. personal medical și auxiliar	Permanent	Sefi sectii/compartimente/ Sef RUONS	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	Manager
<b>Obiectivul specific 10. Identificarea și raportarea fără caracter acuzator a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale</b>					
<b>MĂSURI DE SOLUȚIONARE</b>					
<b>10.1. Analizarea cauzelor generațoare a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale</b>					
<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Termen de realizare:</b>	<b>Responsabili:</b>	<b>Resurse necesare:</b>	<b>Resurse financiare:</b>
Analizarea cauzelor generațoare a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale	- Număr de evenimente adverse declarate la nivelul spitalului/an din nr. total internari - Nr. de evenimente indezirabile la nivelul spitalului / Nr.total de internari/an	Permanent	Medicii sefi de sectie/Medicii curanți/RMC	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	Manager
<b>Obiectivul specific 10 Identificarea și raportarea fără caracter acuzator a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale</b>					
<b>MĂSURI DE SOLUȚIONARE</b>					
<b>10.2. Raportarea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale în aplicația CaPeSaRo</b>					
<b>Măsuri de soluționare propuse</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Termen de realizare:</b>	<b>Responsabili:</b>	<b>Resurse necesare:</b>	<b>Resurse financiare:</b>
Raportarea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale în aplicația CaPeSaRo	Nr. de EAAAM raportate în aplicația CaPeSaRo/Nr. total internari/an	24 de ore de la producere	Medicii curanți/RMC	Umane Materiale (calculator, imprimantă, hârtie, toner)	Manager

## 5. GRAFIC GANTT

OBJECTIVE 2022

### **Concluzii:**

Calitatea îngrijirilor medicale în condiții de siguranță rămâne o preocupare permanentă a spitalului. De nivelul lor (ridicat sau scăzut) depinde accesarea serviciilor medicale ale spitalului și în ultimă instanță sumele ce ajung la dispoziția spitalului pentru a-și asigura diverse cheltuieli. Percepția pacientului asupra calității serviciilor medicale este o altă preocupare deoarece această percepție poate balansa serios bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului. De aceea este importantă preocuparea permanentă pentru acordarea de îngrijiri pacienților la nivel ridicat, pentru conștientizarea pacienților, a necesității acestor îngrijiri și a limitelor lor dar și acțiunea de promovare a activității ce se desfășoară într-o unitate spitalicească.

Aplicarea regulată a chestionarelor care să măsoare satisfacția pacienților și punerea în aplicare a unui sistem de măsurare a calității serviciilor medicale oferite, care să fie centrat pe pacient și pe nevoile acestuia, va permite în continuare îmbunătățirea calității actului medical în spitalul nostru.