

Nr. 737 / 31.01.2025

Aprobat,
Manager
Maria Delia MINCĂ



***Planul de management al calității serviciilor de
sănătate***

SPITALUL ORĂȘENESC CISNĂDIE

2025

CUPRINS

- 1. INTRODUCERE – SCURTĂ ANALIZĂ DE SITUAȚIE A SPITALULUI ORĂȘENESC
CISNĂDIE**
- 2. MISIUNEA, VIZIUNEA ȘI VALORILE SPITALULUI**
- 3. OBIECTIVE STRATEGICE ÎN DOMENIUL CALITĂȚII (SPITAL)**
- 4. IDENTIFICARE PROBLEME DE CALITATE ALE SPITALULUI**
- 5. PRIORITIZAREA PROBLEMELOR DE CALITATE ALE SPITALULUI**
- 6. RESURSE NECESARE, SURSE DE FINANȚARE**
- 7. INDICATORI URMĂRIȚI**
- 8. METODE, INSTRUMENTE ȘI SURSE DE DATE FOLOSITE**

1. INTRODUCERE – SCURTĂ ANALIZĂ DE SITUAȚIE A SPITALULUI

Tipul și profilul spitalului

Spitalul Orășenesc Cisnădie este un spital de tip multipavilionar, în prezent, spitalul având o secție pentru adulți, Secția Medicină Internă, în care funcționează compartimentele Cronici, Neurologie I Cardiologie și un Compartiment Pediatrie, pentru copii, plus un ambulatoriu integrat de specialitate, în care funcționează cabinete medicale de: Chirurgie, Neurologie, ORL, Psihiatrie, Obstetrică-Ginecologie, Medicină Internă, Endocrinologie, Cardiologie. În plus, la nivelul spitalului funcționează și o camera de gardă, o sală de gimnastică și recuperare medicală, laboratoare de analiză medicală și radiologie și imagistică medicală.

Caracteristicile relevante ale populației deservite

Spitalul Orășenesc Cisnădie este o unitate sanitară publică din județul Sibiu, asigurând servicii medicale pentru populația orașului Cisnădie și pentru comunele limitrofe (Sadu, Râul Sadului, Rășinari, Tâlmăciu, Boița, Avrig), ceea ce reprezintă aproximativ 45.000 de locuitori. Totodată, orașul Cisnădie este amplasat într-o zonă geografică, limitrofă cu județele Vâlcea, Brașov, Mureș și Alba. În acest context spitalul asigură asistență medicală și pacienților din comunele județelor respective.

Structura organizatorică a Spitalului

STRUCTURA ORGANIZATORICĂ

Spitalul are o structură organizatorică avizată de Direcția de Sănătate Publică Sibiu conform Deciziei nr. 63, SB 8856/12.07.2023:

STRUCTURĂ ORGANIZATORICĂ ORAȘUL CISNĂDIE	
Secția Medicină Internă	54 paturi, din care - compartiment cronici – 15 paturi - compartiment neurologie – 10 paturi - compartiment cardiologie – 10 paturi
Compartiment Pediatrie	15paturi
Compartiment Ostetrică - Ginecologie	- Activitate suspendată
Compartiment ATI	- 3 paturi (conservare)
Camera de Gardă	

TOTAL:		72 paturi
Spitalizare de zi (specialități medicale și chirurgicale)		16 paturi
Spitalizare de zi copii		2 paturi
Însoțitori		5 paturi
TOTAL SPITAL	88 paturi, din care	
	72 PATURI SPITALIZARE CONTINUĂ+ 16 paturi spitalizare de zi	

În structura spitalului mai figurează următoarele:

- Farmacia
- Laboratorul de analize medicale;
- Laboratorul de radiologie și imagistică medicală;
- Compartimentul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale
- Compartimentul de evaluare și statistică medicală
- Cabinet diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
- Cabinet planificare familială
- Ambulatoriul integrat al spitalului, cu cabinete în specialitățile:
 - a) Medicină internă/oncologie medicală
 - b) Chirurgie generală
 - c) Obstetrică-ginecologie
 - d) Pediatrie
 - e) Psihiatrie/psihologie clinică
 - f) Neurologie
 - g) Medicină fizică și reabilitare medicală/reumatologie
 - h) Cardiologie
 - i) ORL
 - j) Oftalmologie
 - k) Dermatovenerologie/endocrinologie
 - l) Gastroenterologie
 - m) Urologie
- Sală de gimnastică medicală
- Aparat funcțional

În anul 2024 în ambulatoriul de specialitate al Spitalului Orășenesc Cislădie au fost consultați 21392 de pacienți, adulți și copii, iar în regim de urgență, în cadrul camerei de gardă au fost consultați 4371 pacienți, adulți și copii.

Numărul pacienților internați în cadrul Spitalului Orășenesc Cislădie în spitalizare continuă a fost de 1602 pacienți, iar alți 2616 pacienți au fost internați în regim spitalizare de zi. Cu privire la examinările paraclinice, numărul radiografiilor efectuate a fost de 1440, iar numărul analizelor medicale a fost de 57630.

Indicatori de calitate 2019-2024

Indicatori de calitate		2019	2020	2021	2022	2023	2024
1	Rata mortalității generale	0.20%	0.43%	0.41%	0.20%	0.12%	0%
2	Rata IAAM - pe spital	0.15%	1.80%	0.41%	0.07%	0.12%	0.31%
3	Indice de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare	47.32%	56.48%	67.01%	61.45%	61.00%	61.37%
4	Procentul pacienților internați și transferați către alte spitale (%)	1.20%	3.95%	7.01%	1.38%	1.23%	0.81%
5	Număr reclamații/plângeri ale pacienților	0	0	0	0	0	3

Indicatorii de calitate în anul 2024 au înregistrat valori foarte bune, rata mortalității fiind de 0%, față de valoarea asumată de 2%. De asemenea, rata IAAM pentru anul 2024 a fost de 0.31%, sub valoarea asumată, de 1%.

II Analiza SWOT a Spitalului Orășenesc Cisnădie

PUNCTE TARI

- Personalul existent este bine pregătit, cu multiple competențe aflat în formare continuă;
- Spitalul beneficiază de finanțare europeană (proiect privind reabilitarea și dotarea cu aparatură medicală a Ambulatoriului integrat de specialitate, proiect privind “Consolidarea capacității de gestionare a crizei sanitare COVID-19 la Spitalul Orășenesc Cisnădie”, proiect privind reabilitarea, modernizarea și extinderea infrastructurii de fluide medicale, a infrastructurii electrice și a instalațiilor de ventilație și tratare a aerului, instalarea de sisteme de detectare și alarmare la incendiu, cu acoperire totală și detectare semnalizare și alarmare în cadrul Spitalului Orășenesc Cisnădie;
- Spitalul Orășenesc Cisnădie este încadrat în categoria a II-a de acreditare “Acreditat cu Recomandări”, conform Ordinului nr.35 din data de 06.02.2020;
- Spitalul Orășenesc Cisnădie a fost autorizat de către Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare să utilizeze instalația radiologică, în cadrul Laboratorului de RX-Diagnostic;
- Dotarea continuă cu aparatură medicală performantă în scopul creșterii gradului de acuratețe a diagnosticului și a eficienței tratamentelor administrate pacienților;
- Dotarea laboratoarelor, compartimentelor cu aparatură la nivelul minim necesar pentru o obținere rapidă a diagnosticului;
- Existența unui sistem de distribuire a hranei în boluri închise etanș și ermetic, în vederea evitării contaminării mâncării pe traseul de la bucătărie la patul pacientului.
- Sistem informatic integrat;
- Adresabilitatea crescută a populației județului Sibiu și a județelor limitrofe către spital

- Diversitatea serviciilor medicale oferite (spitalizare continua, spitalizare de zi, servicii in regim de ambulatoriu, servicii de urgenta);
- Inexistenta arieratelor;
- Unitatea sanitară are încheiate contracte pentru servicii de verificare, întreținere și reparații a instalațiilor electrice, servicii de reparații și întreținere a centralei termice, servicii de reparații și întreținere a instalațiilor sanitare și de încălzire.
- Spitalul are încheiat contract pentru întreținerea și repararea echipamentelor medicale și de laborator, verificare tehnică anuală pentru aparatura medicală și de laborator;
- Unitatea sanitară are încheiat contract pentru colectarea deșeurilor medicale periculoase, transportul, procesarea și eliminarea finală a deșeurilor medicale periculoase printr-o metoda care nu daunează mediului înconjurător;
- Existența autorizațiilor de funcționare pentru toate secțiile, compartimentele și serviciile;

PUNCTE SLABE

- Structura pavilionară ce conduce la costuri mari de logistică și întreținere (utilități);
- Instalații sanitare și electrice vechi;
- Spații insuficiente pentru anumite secții/compartimente;
- Sistem de salarizare care conduce la inechitate între personalul medical și TESA;
- Lipsa unor tehnologii ultraperformante – RMN

OPORTUNITĂȚI

- Accesarea de fonduri europene pentru dezvoltarea infrastructurii spitalului și pentru achiziționarea de aparatură medicală performantă;
- Relație constructivă cu CJAS Sibiu și Consiliul Local Cisnădie;
- Disponibilitatea atrepreneurilor de a efectua donații și sponsorizări cu scopul dotării spitalului cu echipamente medicale și de protecție;
- Adresabilitate ridicată din partea populației din zonă;
- Optimizarea numărului de paturi de specialități în scopul îmbunătățirii timpului de așteptare a pacienților și a accesibilității la serviciile medicale oferite de spital;
- Dezvoltarea ambulatoriului de specialitate și aplicarea tuturor măsurilor necesare pentru îmbunătățirea funcționalității activității acestuia;

AMENINȚĂ

- Instabilitate legislativă (modificări legislative frecvente cu impact asupra activității spitalului – reguli de validare a serviciilor, condiții de contractare, salarizare);
- Criza sistemului sanitar la nivel național și mondial determinată de răspândirea virusului SARS-CoV-2;
- Necesitatea alinierii la standardele europene, ceea ce implică un efort financiar ridicat;

- Concurență neloială public – privat în sectorul sanitar – concurență spitalelor private are efect negativ din mai multe puncte de vedere:
 - Migrarea fondurilor CJAS Sibiu, oricum insuficiente, către furnizorii privați
 - Reducerea numărului de pacienți și implicit scăderea veniturilor spitalului
 - Preluarea cazurilor mai ușoare și rentabile, cele costisitoare rămânând pentru spitale publice, cauzând creșterea costului mediu/caz
- Lipsa decontării cheltuielilor din Camera de Gardă așa cum se procedează în cazul spitalelor care dețin Unități de Primiri Urgențe (acestea se finanțează de la bugetul de stat în totalitate).
- Procesul de acreditare și de standardizare sau ghidurile de practică pot conduce la **creșterea anumitor cheltuieli de tratament**. În plus, medicina defensivă obligă medicii să solicite investigații suplimentare pentru pacienți, care pot duce și ele la creșterea cheltuielilor.
- **Costurile pentru mentenanța** unor echipamente **și pentru acreditarea** sau reacreditarea spitalului ori a anumitor compartimente **sunt tot mai mari**.
- **Fluctuația prețurilor** la medicamente sau la echipamente sau lipsa acestora în anumite situații de pe piața națională sau chiar internațională (precum în pandemia de coronavirus).
- **Procesele de malpraxis** venite din partea pacienților nemulțumiți a devenit o realitate astăzi în România, spitalul fiind obligat să fie pregătit în primul rând prin prevenire (asigurarea de servicii de calitate ridicată și garantată), prin buna completare a documentației medicale de către medici.

2. MISIUNEA, VIZIUNEA ȘI VALORILE

MISIUNEA Spitalului Orasenesc Cisnădie este de a presta un act medical de calitate, într-un mediu sigur și confortabil, astfel încât pacienții să beneficieze de cele mai bune îngrijiri.

VIZIUNEA ECHIPEI MANAGERIALE

Ne propunem ca spitalul nostru să devină cel mai bun furnizor de servicii medicale de specialitate din zona, un etalon al profesionalismului și al calitatii. Ne dorim să impunem un standard înalt de calitate serviciilor oferite, prin promovarea bunelor practici medicale și implementarea tehnologiilor inovatoare. Prioritatea noastră majoră este reprezentată de nevoile pacienților, motiv pentru care ne canalizăm energia pentru a oferi îngrijiri medicale la standarde înalte, care să acopere toate așteptările pacienților.

SCOPUL ECHIPEI MANAGERIALE este ca Spitalul Orasenesc Cisnădie să devină cea mai atractivă unitate sanitară de specialitate din zonă – județul Sibiu și județele limitrofe: Alba, Valcea, Hunedoara și Brașov. Pentru atingerea acestui deziderat, preocupările noastre se axează pe:

- modernizarea infrastructurii și crearea unui mediu optim de asistență medicală
- dezvoltarea unui sistem de management al calitatii centrat pe pacient
- îmbunătățirea calitatii serviciilor medicale și creșterea gradului de satisfacție al pacienților
- perfecționarea continuă a personalului medical
- promovarea imaginii spitalului

3. OBIECTIVE STRATEGICE ÎN DOMENIUL CALITĂȚII, ÎN CONFORMITATE CU PLANUL STRATEGIC AL SPITALULUI, 2020-2024 și cu PLANUL DE MANAGEMENT 2022

Obiectivul nr.1.

- Îmbunătățirea calității serviciilor medicale la nivelul spitalului

Obiective specifice:

- 1.1. Monitorizarea îndeplinirii măsurilor privind îmbunătățirea calității în structurile medicale și nemedicale ale spitalului - monitorizarea și evaluarea calității serviciilor medicale - conform *Planului anual de monitorizare și evaluare a calității serviciilor de sănătate - anul 2025***

Activități:

- Efectuarea de acțiuni de control, de către personalul Structura de Managementul Calității, în structurile spitalului, conform planificării din *Planul anual de monitorizare și evaluare a calității serviciilor medicale - anul 2025*, monitorizându-se în fiecare structură următoarele: elaborarea de proceduri/protocoale; evaluarea analizelor indicatorilor de eficacitate și eficiență în vederea revizuirii sau menținerii procedurilor și protocoalelor; evaluarea gradului de cunoaștere a conținutului procedurilor aplicabile în structura verificată (dacă este cazul, aplicarea de teste de evaluare a cunoștințelor); elaborarea și actualizarea documentelor calității, conform indicatorilor și cerințelor din listele de verificare ale ANMCS

Indicatori de performanță: Cel puțin 5 rapoarte de monitorizare și evaluare a calității serviciilor de sănătate întocmite în urma structurilor verificate

Termen: 31.12.2025

Responsabil: Structura de Management a Calității

Resurse: rețea informatică, personal

- 1.2. Asigurarea eficacității și eficienței actului medical prin aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament și a procedurilor privind acordarea serviciilor de sănătate**

Activități:

- Analiza anuală a protocoalelor de diagnostic și tratament și a procedurilor privind acordarea serviciilor de sănătate, în vederea actualizării

Indicator de performanță: Proporția protocoalelor analizate cel puțin 90% anual din total număr protocoale

Termen: 31.12.2025

Responsabil: Șefi secții, Structura de Management a Calității

Resurse: umane, timp

- **Autoevaluarea protocoalelor de diagnostic și tratament în vederea sesizării abaterilor**
Indicator de performanță: Protocoale autoevaluate în proporție de 100% prin analizarea semestrială a FOCG pe secție

Termen: semestrial

Responsabil: Șefi secții, evidență la Structura de Management a Calității

Resurse: umane, timp

- **Evaluarea eficienței și eficacității aplicării protocoalelor de diagnostic și tratament prin misiuni de audit clinic**

Indicator de performanță: Realizarea misiunilor de audit clinic programate în Planul Anual de Audit Clinic și de misiuni de audit clinic suplimentare, ori de câte ori se impune

Termen: până la 31.12.2025, conform termenelor stabilite în Planul Anual de Audit Clinic

Responsabili: Membrii Structura de Management a Calității și Echipa de Audit clinic

Resurse: umane, timp

- 1.3. **Monitorizarea continuă a calității serviciilor medicale în spital, prin menținerea standardelor ISO – ISO 9001 și ISO 14001:2015, ISO 45001:2018, ISO 22000:2018, pentru întregul spital.**

Indicator de performanță: menținerea certificărilor de calitate menționate – vizită anuală de supraveghere pentru ISO 9001:2015 – *ISO 9001 și ISO 14001:2015, ISO 45001:2018, ISO 22000:2018*, **Termen:** 31.12.2025

Responsabil: Comitet Director, Responsabil Management al Calității

Resurse: conform BVC

- 1.4. **Depistarea, controlul și supravegherea infecțiilor asociate asistenței medicale în spital**

Activități:

- **Implementarea și respectarea planului anual de măsuri pentru prevenirea și supravegherea IAAAM la nivel de spital**

Indicator de performanță: -Rata infecțiilor asociate asistenței medicale înregistrate pe spital și pe secție să fie sub valoarea asumată, de 5%

-Consumul de biocide realizat/consumul planificat

Termen: monitorizare trimestrială

Responsabil: Medic epidemiolog, Compartimentul CPIIAM, Consiliul Medical

Resurse: conform BVC pentru biocide și dezinfectanți, materiale necesare prelevării probelor și efectuării acestora în laborator (reactivi etc.) , personal implicat

1.5. Raportarea pe platforma CaPeSaRo din cadrul Autorității Naționale a Managementului Calității în Sănătate (ANMCS) a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale (EAAAM) și a indicatorilor solicitați

Activități:

- **Raportarea pe platforma Capesaro a evenimentelor adverse și a indicatorilor solicitați pentru monitorizarea unității sanitare**

Indicatori de performanță: 1. Rata EAAM raportate în primele 24 de ore de la apariție din total EAAM spital

2. Raportarea în proporție de 100% a indicatorilor aferenți monitorizării ANMCS

Termen: permanent

Responsabil: Structura de Management a Calității

Resurse: rețea informatică, personal

1.6. Implementarea *Programului de dezvoltare a sistemului de control intern/managerial* pentru anul 2025

- **Indicator de performanță:** Îndeplinirea acțiunilor și rezultatelor prevăzute în *Programul de dezvoltare a sistemului de control intern/managerial pentru anul 2025*, conform OSGG nr. 600/2018

Termen: 31.12.2025

Responsabil: Manager, Comitet Director, Sefi structuri medicale și nemedicale, Responsabil managementul calității

Resurse: conform BVC stabilit anual

Obiectivul nr. 2

- Creșterea calității serviciilor medicale oferite pacienților, prin dezvoltarea, modernizarea infrastructurii spitalului și dotarea cu aparatură/echipamente medicale.

Obiective specifice:

2.1.Modernizarea infrastructurii spitalului, în vederea îmbunătățirii condițiilor hoteliere oferite pacienților

Activități:

- *“Reabilitare, modernizare, extindere si dotare spital” – fonduri europene nerambursabile.* Partener, Primăria Orașului Cisnădie

Termen : Proiect multianual - data începerii proiectului: 2024 – depunere proiect
- data finalizării proiectului: 2026

Valoarea totală a proiectului: este de 125.339.063,10 lei

Responsabil: Comitet Director

Resurse: venituri proprii, subvenții bugetul local

Responsabil: Manager și Director Financiar Contabil

Resurse: – fonduri nerambursabile

2.2. Dotarea spitalului cu aparatură/echipamentele medicale și nemedicale moderne
- Îmbunătățirea serviciilor medicale/nemedicale și a condițiilor hoteliere oferite pacienților prin achiziționarea de aparatură performantă:

- Video colonoscop FULL HD – 82.110 lei
- Video gastroscop FULL HD – 82.110 lei
- Aparat anestezie pentru Gastroenterologie – 120.000 lei
- Termostat laborator- 15.000 lei
- Autoclav pentru biberoane – 12.780 lei
- Lentilă pol anterior compatibilă cu OCT-ul RS-330- 8.000 lei

Total: 320.000 lei

Sursa de finanțare: venituri proprii

Termen de finalizare: 31.12.2025

Responsabil: Comitet Director

Obiectivul nr. 3

- Creșterea calității actului medical prin pregătire profesională continuă și învățarea din erori a întregului personal, în vederea îmbunătățirii sistemului de management

Obiective specifice:

3.1.Implementarea planului anual de pregătire profesională continuă a personalului

Activități:

- **Elaborarea planului anual de pregătire profesională continuă a personalului**

Indicator de performanță: 100%

Termen: 1.02 a fiecărui an

Responsabil: Referent de specialitate RUNOS

Resurse: Conform BVC stabilit actual

- **Instruirea întregului personal, prin implementarea planului anual de pregătire profesională continuă a personalului**

Indicator de performanță: realizarea activităților de instruire programate pe anul în curs

Termen: 31.12 a fiecărui an

Responsabil: șefii fiecăror structuri

Resurse: hârtie, tonnere, timp, resurse umane implicate

- **Formare profesională continuă pentru membrii structurii de managementul calității și pentru *responsabilii* cu implementarea managementului calității la nivel de spital**

Indicator de performanță: obținere certificate în domeniu, recunoscute de furnizor ANMCS

Termen: 31.12.2025

Responsabil: Responsabil Managementul Calității

Resurse: Conform BVC stabilit actual pentru cursuri de formare profesională

3.2.Implementarea Programului de audit clinic la nivelul spitalului

Activități:

- **Realizarea misiunilor de audit clinic programate, în vederea evaluării eficacității și eficienței protocoalelor diagnostice și terapeutice**

Indicator de performanță: realizarea în proporție de cel puțin 75% a misiunilor de audit clinic programate în Programul de audit clinic anual

Termen: periodic, conform termenelor prevăzute în Programul de audit clinic anual

Responsabil: Responsabil Managementul Calității

Resurse: materiale/umane/timp

- **Verificarea periodică a documentelor întocmite în cadrul unității în vederea identificării erorilor referitoare la activitatea medicală și nemedicală și la modul de întocmire a acestora, prin misiuni de monitorizare internă**

Indicator de performanță: realizarea în anul 2025 a cel puțin 1 misiune de monitorizare a documentelor aferente structurilor medicale și cel puțin 1 misiune monitorizare pentru structurile nemedicale

Termen: semestrial

Responsabil: Comisie audit intern clinic

Resurse: Conform BVC stabilit actual

3.3. Managementul riscurilor

Activități:

- **Identificarea și evaluarea anuală a riscurilor aferente activității medicale și nemedicale și completarea lor în Registrul Riscurilor**

Indicatori de performanță:

Proporție structuri care și-au evaluat riscurile aferente - 100%

Număr de noi riscuri înscrise în Registrul Riscurilor

Termen: permanent - până la 31.12.2025

Responsabili: Responsabilii de riscuri din fiecare structură a spitalului, numiți prin Decizie de Manager, Echipa de Gestionare a Riscurilor

Resurse: Conform BVC

- **Elaborarea Planului de măsuri privind gestionarea activităților cu risc asupra siguranței pacienților și angajaților, cuprinse în Registrul Riscurilor la nivelul spitalului**

Indicator de performanță: Monitorizare semestrială; Realizarea de Fișe de urmărire risc – pentru riscurile materializate

Termen: 1.02 a fiecărui an

Responsabil: Referent specialitate Structura de Managementul Calității, Echipa de Gestionare a Riscurilor

Resurse: Conform BVC stabilit actual

- **Realizarea de Fișe de urmărire risc – pentru riscurile materializate**

Indicator de performanță: Realizarea permanentă de Fișe de urmărire risc – pentru riscurile materializate

Responsabil: Referent specialitate Structura de Managementul Calității, Echipa de Gestionare a Riscurilor

- **Actualizarea Evidenței procedurilor pentru activitățile care pot genera risc de accidente de muncă**

Termen: până la 1.02 anual

Responsabil: Echipa de Gestionare a Riscurilor

- **Actualizarea Evidenței activităților cu risc asupra siguranței pacienților și angajaților**

Termen: până la 1.02 anual

Responsabili: Echipa de Gestionare a Riscurilor

Obiectivul nr. 4

- Creșterea satisfacției pacienților și angajaților

Obiective specifice:

O.4.1. Obținerea satisfacției pacienților prin calitatea serviciilor oferite

ACTIVITĂȚI DE IMPLEMENTARE:

- **Distribuirea, colectarea și prelucrarea chestionarelor de satisfacție a pacienților**
Indicator de performanță: Rapoarte lunare de interpretare a rezultatelor chestionarelor de satisfacție a pacienților colectate în luna precedentă de la cel puțin 10% dintre pacienții internați
Termen: permanent
Responsabili: asistenți-șefi (distribuire/colectare), Structura de Management a Calității (prelucrare)
Resurse: suport hârtie, conform BVC stabilit actual
- **Întocmirea unor analize cu privire la condițiile hoteliere, hrană, lenjerie și curățenie – datele fiind obținute în urma colectării chestionarelor de satisfacție a pacienților**
Indicator de performanță: 4 analize elaborate pe an (1/trimestru)
Responsabili: Structura de Management a Calității (elaborare)/Comitetul Director (decizie alocare buget)
Termen: trimestrial
Resurse: conform BVC aprobat

O.4.2. Organizarea și îmbunătățirea unei comunicări adecvate între profesioniști și între cadrele medicale și pacienți/apartinători, cu respectarea eticii și deontologiei medicale și asigurarea unui climat de încredere și siguranță pentru pacienți

ACTIVITĂȚI DE IMPLEMENTARE:

- **Evitarea reclamațiilor de la pacienți și aparținători prin organizarea de instruirii interne și externe pe tema comunicării cu pacientul – implementarea Programului de comunicare pe tema îmbunătățirii comunicării dintre cadrele medicale și pacienți/apartinători**
Indicatori de performanță:
0 reclamații de la pacienți aferente procesului de comunicare
Număr instruirii interne și externe pe tema comunicării cu pacientul/apartinătorul
Termen: anual
Responsabil: Director medical, Medici șefi secție, Referent de specialitate RUNOS

Resurse: conform BVC stabilit anual

O.4.3. Obținerea satisfacției angajaților prin calitatea serviciilor oferite

- **Distribuirea, colectarea și prelucrarea chestionarelor de satisfacție a angajaților**

Indicatori de performanță: Chestionare anonime colectate și prelucrate anual, pe categorii personal, de la cel puțin 70% din total angajați spital

Întocmirea unui Raport anual în vederea creșterii satisfacției angajaților

Responsabil: Referent de specialitate RUNOS

Termen: 31.12.2025

Resurse: suport hârtie, personal RUNOS

- **Acordarea de echipamente de protecție personalului medical pe coduri de culori și personalului nemedical**

Indicator de performanță: realizarea 100% a referatelor de necesitate realizate în acest sens

Termen: 31.12 a fiecărui an

Responsabil: Comitet Director, Responsabil structura de management al calității, Refent de specialitate Achiziții

Resurse: conform BVC stabilit anual

Obiectivul nr. 5

- **Educarea populației stil de viață sănătos și recuperare activă**

Activități:

- **Transmiterea de comunicate de presă pentru a marca Ziua Mondială, Zilei Ziua, în scopul informării și conștientizării cetățenilor cu privire la prevenirea și tratarea bolilor pulmonare**

Indicator de performanță: Publicarea a cel puțin 3 articole pentru fiecare eveniment

Termen: datele la care sunt marcate aceste Zile, Ziua, Ziua

Responsabili: Managementul Calității - Purtător de cuvânt, Comitet Director

Resurse: conform BVC stabilit anual

6.RESURSE NECESARE, SURSE DE FINANȚARE

Resurse materiale: – Birouri, computere conectate la rețeaua de internet, imprimante, copiatoare, telefon, fax, articole de papetărie.

Resurse umane:

- Comitetul Director
- Structura Managementul Calității Serviciilor Medicale
- Responsabilii cu Managementul Calității Serviciilor Medicale din toate structurile spitalului
- Responsabilii cu riscurile din Echipa de gestionare a riscurilor, din cadrul Comisiei de Monitorizare implementare Control Intern Managerial
- Compartimentul pentru Prevenirea Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale
- Medicii din cadrul spitalului
- Echipa de audit clinic
- Personalul RUNOS, Aprovizionare-achiziții și Financiar-contabil

Sursele de finanțare necesare derulării activităților stabilite anterior sunt:

- Fondurile europene provenite prin intermediul Programului Operațional Regional (POR)
- Bugetul Consiliului Local
- Ministerul Sănătății
- Venituri proprii

7.INDICATORI DE EFICACITATE ȘI EFICIENȚĂ CU PRIVIRE LA ÎNDEPLINIREA OBIECTIVELOR DIN PLANUL ANUAL DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII:

- Evaluări ale gradului de îndeplinire a obiectivelor stabilite prin planul anual de management al calității **Ținta: 2/an (1/semestru)**
- Număr de rapoarte de monitorizare cu privire la modul de implementare a procedurilor/ an **Ținta: minim 5 rapoarte de monitorizare în structuri diferite ale spitalului**
- Număr de rapoarte de autoevaluare a gradului de îndeplinire a indicatorilor asumați în protocoalele de diagnostic si tratament/ **Ținta: 1/semestru**
- Menținerea certificărilor de calitate menționate – vizite de supraveghere pentru ISO 9001:2015
Ținta: menținere în proporție de 100% a certificărilor de calitate deținute de spital
- Raportarea semestrială a indicatorilor cantitativi de monitorizare în platforma Capesaro, secțiunea Monitorizare **Ținta: raportare în proporție de 100% a indicatorilor prevăzuți în rubricile de pe platforma Capesaro**
- Număr de instruirii realizate în interiorul spitalului -pe tema managementul calitatii / an **Ținta: minim 10/an**

- Elaborarea de rapoarte lunare a gradului de satisfacție a pacienților internați
Ținta: 12/an (1/lună)
- Număr de audituri clinice realizate/ an/ număr audituri clinice planificate
Ținta: realizare în proporție de minim 75% misiuni planificate și minim 25% protocoale medicale auditate din total protocoale medicale utilizate

8.METODE, INSTRUMENTE ȘI SURSE DE DATE

Problemele de calitate și siguranță au fost identificate prin următoarele metode:

- analiza obiectivelor cuprinse în planurile de management și strategic ale spitalului
- analiza obiectivelor prevăzute în planurile anuale ale CPIAM și RUNOS
- observare directă a problemelor de infrastructură și a proceselor desfășurate în cadrul tuturor structurilor spitalului
- analiza chestionarelor de satisfacție a pacientului/apartinătorului, colectate pe parcursul anului 2024, în ceea ce privește condițiile hoteliere oferite de spital
- analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților
- analiza aparițiilor spitalului în mass-media și a numărului de vizitatori pe site-ul instituției și pe rețeaua de socializare a spitalului

Surse de date folosite în lucrare:

- Regulamentul de organizare și funcționare al Spitalului Orășenesc Cisnădie
- Planul strategic al Spitalului Orășenesc Cisnădie 2023-2028
- Planul de Management al Spitalului Orășenesc Cisnădie pentru anii 2024-2025
- Datele furnizate de Compartimentul de evaluare și statistică medicală al Spitalului Orășenesc Cisnădie
- Rapoartele de analiză a chestionarelor de satisfacție a pacientului/apartinătorului

Responsabil Managementul Calității

Dr.Rădulescu Nicolae

