

Vizat,
CONSILIUL DE ADMINISTRATIE
PRESEDINTE,
ING.MARASOIU DORIN


Proces verbal Consiliul de Administratie nr. 5 / 28.05.2020

**PLANUL STRATEGIC DE DEZVOLTARE
AL
SPITALULUI DE PNEUMOFTIZIOLOGIE
LEORDENI
2020-2023**

CUPRINS

| | |
|---|---------------|
| I. Descriere | pag.3 |
| II. Analiza privind nevoile de ingrijire a populatiei deservite din zona de acoperire a)structura organizatorica b)structura de personal c)situatia financiara d)structura serviciilor e)deservire, dotare spital | pag.4 |
| III. Analiza pietei serviciilor de sanatate din teritoriul deservit -analiza starii de sanatate -indicatori demografici (mortalitatea generala si infantila, natalitatea, morbiditatea specifica si migranta) -activitatea spitaliceasca (nr.cazuri spitalizare continua; nr.cazuri internate, durata medie de spitalizare, indice de utilizare paturi, rulaj de utilizare paturi, rulaj pe pat, grupa de diagnostic DRG, nr.consultatii ambulatoriu si dispensar, nr.examene radiologice, nr mediu de bolnavi externati pe medic/asistent) -serviciile spitalicesti estimate | pag.9 |
| IV. Misiunea, viziunea, principiile si valorile spitalului -misiunea spitalului -viziunea spitalului -principiile si valorile comune | Pag.18 |
| V. Analiza SWOT a) Analiza SWOT b) Problemele critice identificate c) Problema prioritara | pag.19 |
| VI. Obiective generale si specifice Obiective generale Obiective specifice (pe termen scurt, mediu si lung) | pag.21 |
| VII. Graficul GANTT | pag.34 |
| VIII. Riscuri | Pag.35 |
| IX. Planificarea activitatii | pag.35 |
| X. Concluzii | pag.35 |
| XI. Dezvoltarea planului de implementare | pag.36 |

Strategia de dezvoltare a Spitalului de Pneumoftiziologie Leordeni constituie documentul intern principal de planificare strategica pe termen scurt, mediu si lung, care cuprinde obiectivele de dezvoltare ale spitalului si stabileste masurile si actiunile prioritare pentru atingerea acestor obiective.

Obiectivul fundamental al strategiei este cresterea continua a calitatii actului medical, cu scopul de a asigura imbunatatirea calitatii vietii pacientilor, implicit si familiilor acestora, cresterea gradului de satisfactie a pacientilor si a personalului medical sanitar angajat.

Elaborarea prezentei strategii de dezvoltare a Spitalului de Pneumoftiziologie Leordeni, s-a realizat in conformitate cu Planul Strategic National in domeniul sanitar si al legislatiei:

-Legea nr.95/2006, privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

-Ordinul M.S. nr.446/2017, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si a metodologiei de acreditare a spitalelor;

-Ordinul nr.914/2016 privind aprobarea normelor privind conditiile pe care trebuie sa le indeplineasca un spital in vederea obtinerii autorizatiei sanitare de functionare, cu modificarile si completarile ulterioare;

-Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientului si normele de aplicare;

-Ordinul nr.39/2008, privind reorganizarea ambulatorului de specialitate al spitalului;

-Ordinul MSP nr.1224/2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistenta medicala spitaliceasca;

I. DESCRIERE (pozitionare, profil, statut, categorie, structura si serviciile oferite)

Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni este situat in comuna Leordeni, strada Coloniei, nr.106, judetul Arges, telefon/fax:0248.653.695 / 653.690, e-mail:contact@spitalleordeni.ro.

Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni, este unitate sanitara cu paturi, cu personalitate juridica, spital de monospecialitate (pneumoftiziologie), categoria V, conform Ord.M.S. nr.1764/2006 privind aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor.

Spitalul asigura asistenta medicala de specialitate pentru populatia judetului Arges, preponderent zona de sud si centru, dar si din judetele limitrofe (DB, TL, VL), prin spitalizare continua, spitalizare de zi, ambulatoriu integrat de pneumologie, linie de garda, dispensar TBC, laborator de analize medicale.

Fiind un spital de monospecialitate, potrivit profilului specific de activitate, in conformitate cu prevederile legale in domeniu, Spitalul furnizeaza servicii medicale de diagnostic si tratament al afectiunilor pulmonare, asigura conditii de investigatii medicale, tratament, cazare, igiena, alimentatie si de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sanatatii publice. Functioneaza in subordinea Consiliului Judetean Arges, pe baza principiilor prevazute in Legea nr.95/2006, privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare.

Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni are urmatoarea structura:

-sectia de pneumologie I, cu 49 de paturi, dintre care 33 paturi tuberculoza, acorda servicii de diagnostic si tratament pentru pacientii cu afectiuni pulmonare;

-sectia de pneumologie II, cu 47 paturi, dintre care 32 paturi tuberculoza, acorda servicii de diagnostic si tratament pentru pacientii cu afectiuni pulmonare;

-Spitalizare de zi, cu 8 paturi

-Farmacie

-Laborator radiologie si imagistica medicala

-Laborator analize medicale

-Compartiment explorari functionale respiratorii

-Compartiment de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale

-Compartiment de evaluare si statistica medicala

-Dispensarul TBC

-Laborator BK

-Ambulatoriu integrat cu cabinet in specialitatea:-pneumologie

-Aparat functional

Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni este entitatea care raspunde, in conditiile legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea conditiilor de cazare, igiena, alimentatie si de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale si pentru acoperirea prejudiciilor cauzate pacientilor.

II. ANALIZA PRIVIND NEVOILE DE INGRIJIRE A POPULATIEI DESERVITE DIN ZONA DE ACOPERIRE.

Necesitatea efectuării analizei.

-necesitatea cunoasterii cererii de ingrijire din viitor pentru a prognoza serviciile medicale ce pot fi oferite in ambulatoriu si in spital necesare. In acest sens trebuie cunoscute tendintele demografice, tendinte ce au impact profund asupra viitoarelor nevoi medicale ale populatiei judetului.

Setul de date necesare întocmirii analizei:

- populatia comunei Leordeni-evolutie
- populatia de peste 60 de ani din judet-evolutie
- populatia internata in spital-evolutie
- populatia consultata in ambulatoriu-evolutie
- structura organizatorica a spitalului
- structura de personal a spitalului
- structura serviciilor medicale oferite de spital.

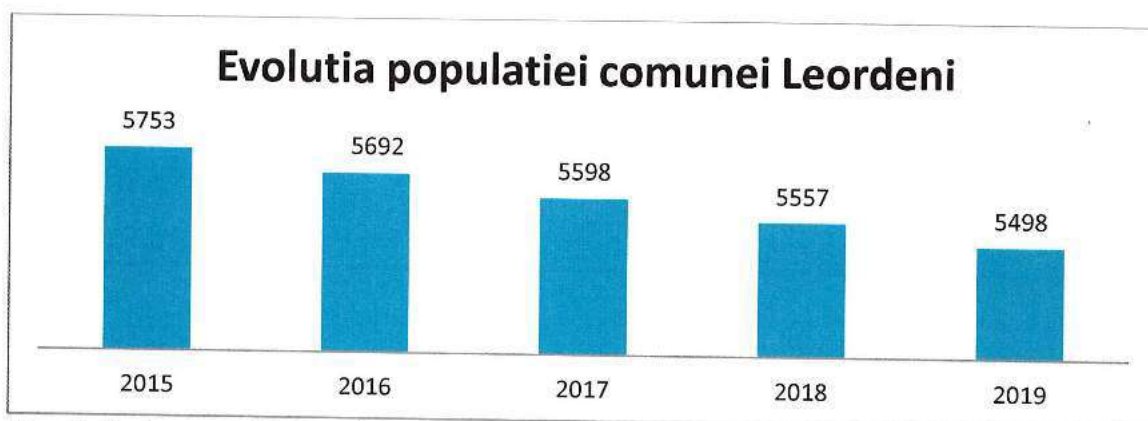
Surse de date:

- Anuarul de statistica sanitara si alte publicatii relevante ale Centrului National de Statistica si Informatica in Sanatate Publica;
- Raportul anual al starii de sanatate a populatiei (INSP, CNEPSS, <http://insp.gov.ro>);
- Indicatori de morbiditate spitalizata publicati de SNSPMPDSB (www.drg.ro)
- Statistica proprie

Contextul socio-economic zonal

Comuna Leordeni, se afla în marginea estică a județului, la limita cu județul Dâmbovița, pe malul stâng al Argeșului. Este străbătută de șoseaua națională DN7, care leagă Piteștiul de București. Conform datelor statistice publicate pe site-ul <http://www.arges-insse.ro>, populatia comunei in anul 2019 este de 5498 persoane, in scadere fata de anul 2015 cand erau inregistrate 5753 persoane.

In tabelul de mai jos este redata sub forma de grafic evolutia populatiei comunei in perioada 2015-2019.



Populatia de peste 60 de ani, in judetul Arges, in anul 2019 de 155.028 locuitori este de 24.34% din totalul populatiei judetului de 636.713 locuitori, in crestere cu 0.09% fata de anul 2018 cand procentul era de 24.25%. Conform celor mai recente prognoze demografice, se estimeaza ca populatia judetului va scadea cu aproximativ 6% pana in 2030. Pana la sfarsitul anului 2020, populatia cu varsta

minima de 65 de ani va creste pana la 20.4% din totalul populatiei; in 2030 aceasta va reprezenta 22.4% din total. **Cresterea populatiei din grupa de varsta de 60 de ani se traduce din punct de vedere sanitar la o crestere a ponderii afectiunilor pulmonare, caracteristice varsteia treia.**

Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni deserveste atat judetul Arges (91.18% internati in anul 2019), cat si judetele limitrofe (8.82%).

In cadrul miscarii naturale a populatiei deservite in anul 2019 se remarca, la fel ca la nivel national, decalajul dintre nivelul redus al natalitatii (9.3 % la nivel national, 8.6% la nivelul judetului Arges), si nivelul inalt al mortalitatii (-3 % la nivel national, -3.7%, la nivel judetean)-sursa de date INSSE.

In anul 2019, au fost internati in spital pentru tratament un numar de 1077 pacienti, din care din judetul Arges 982 pacienti, adica 91.18%, iar din judetele limitrofe un numar de 95 pacienti, adica 8.82%.

In ambulatoriu, in anul 2019, s-au realizat consultatii si tratament pentru un numar de 159 pacienti din judetul Arges, mai putin decat in anul 2018 cand au fost tratati un numar de 276 pacienti.

Sectiile de pneumologie, se adreseaza categoriei de varsta de peste 65 de ani, categorie ce reprezinta 55.24% din totalul populatiei judetului.

ORGANIZAREA SPITALULUI

a. Structura organizatorica

Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni, prin descentralizare este preluat si administrat de Consiliul Judetean Arges, ceea ce a deschis noi cai de dezvoltare, o data pentru ca forul tutelar este local, deci cunoaste foarte bine nevoile locale ale cetatenilor judetului si , pe de alta parte, exista o sustinere pertinenta a realizari obiectivelor propuse in fata reprezentantilor altor institutii.

Spitalul este organizat in sistem pavilionar și funcționează conform structurii organizatorice aprobate conform Dispozitie Consiliului Judetean Arges nr. 417/07.06.2019

Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni, este unitate sanitara cu paturi, cu personalitate juridica, spital de monospecialitate (pneumoftiziologie), categoria a V-a, cu 96 paturi pentru spitalizare continua si 8 paturi spitalizare de zi, si are urmatoarea structura organizatorica:

-sectia de pneumologie I, cu 49 de paturi, dintre care 33 paturi tuberculoza, acorda servicii de diagnostic si tratament pentru pacientii cu afectiuni pulmonare;

-sectia de pneumologie II, cu 47 paturi, dintre care 32 paturi tuberculoza, acorda servicii de diagnostic si tratament pentru pacientii cu afectiuni pulmonare;

-Spitalizare de zi, cu 8 paturi

-Farmacie

-Laborator radiologie si imagistica medicala

-Laborator analize medicale

-Compartiment explorari functionale respiratorii

-Compartiment de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale

-Compartiment de evaluare si statistica medicala

-Dispensarul TBC

-Laborator BK

-Ambulatoriu integrat cu cabinet in specialitatea:-pneumologie

-Aparat functional

Laboratoarele deservesc paturile, ambulatoriu integrat si Dispensarul TBC.

Spitalul asigura permanent asistenta medicala printr-o linie de garda, cu 5 medici primari pneumologi si 2 medici specialisti pneumologi.

Spitalul se află in subordonarea directă a Consiliului Judetean Arges și are relații de colaborare cu alte unități spitalicești din județ și din țară, cu organizații profesionale (Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România).

b.Structura de personal

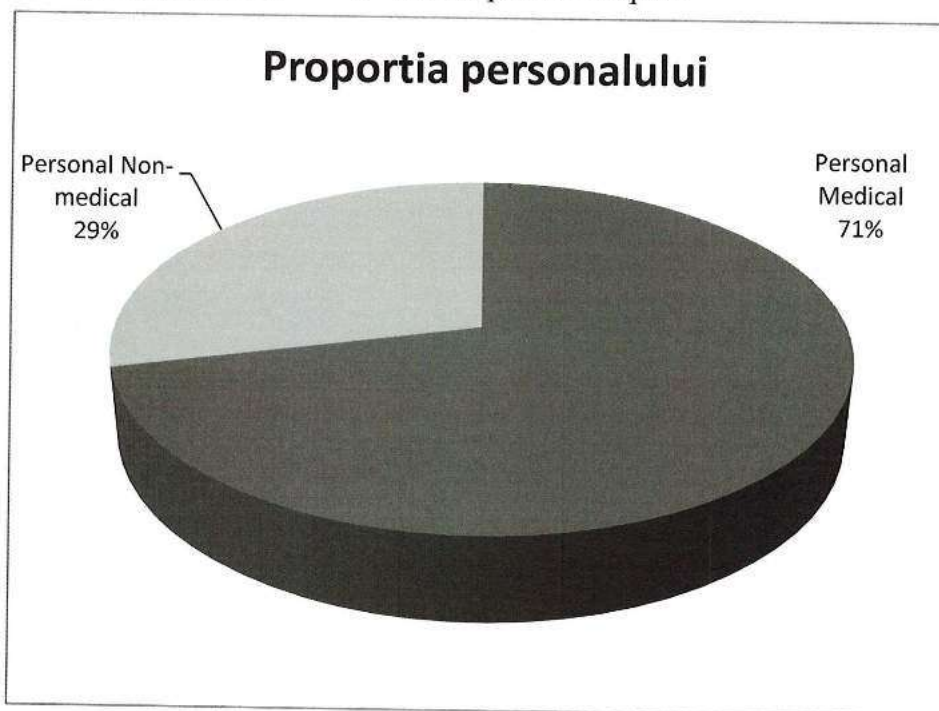
Spitalul Leordeni functioneaza cu un numar de 86 posturi efectiv ocupate, dintr-un total de 94 posturi aprobate in statul de functii aprobat prin Hotararea Consilului Judetean nr.180/ 30 septembrie

2019, si un numar de 119 posturi normate conform Ordinului nr.1224/2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistenta medicala spitaliceasca, precum si pentru modificarea si completarea Ordinului M.S.P. nr.1778/2006 privind aprobarea normativelor de personal.

Structura de personal pe categorii, la data de 31 decembrie 2019:

| Nr. Crt. | Categorie personal | Spital | | Dispensar | | Total | |
|----------|---------------------------|--------|----|-----------|---|-------|----|
| | | A | O | A | O | A | O |
| 1. | Medici | 11 | 10 | 1 | 1 | 12 | 11 |
| 2. | Alt personal | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 3. | Personal sanitar mediu | 31 | 28 | 4 | 3 | 35 | 31 |
| 4. | Personal sanitar auxiliar | 16 | 16 | 1 | 1 | 17 | 17 |
| 5. | TESA | 16 | 14 | 0 | 0 | 16 | 14 |
| 6. | Muncitori | 12 | 11 | 0 | 0 | 12 | 11 |
| TOTAL | | 88 | 81 | 6 | 5 | 94 | 86 |

Nota* -A-numar posturi aprobate -O -numar posturi ocupate



| Nr. | Indicatori de management -RU | Realizat Spital | | | Media Natioanala |
|-----|---|-----------------|--------|--------|------------------|
| | | 2017 | 2018 | 2019 | |
| 1 | Proportia medicilor din total personal angajat | 10.98% | 10.84% | 10.84% | 7.11% |
| 2 | Proportia pesonalului medical cu studii superioare din total personal medical | 38.64% | 44.19% | 45.24% | 16.71% |
| 3 | Proportia personalului medical din total personal | 53.66% | 51.81% | 50.60% | 52.42% |

c. Situatia financiara

Din punct de vedere financiar, Spitalul este finantat din venituri proprii, realizate din prestari servicii medicale contractate cu CAS Arges (servicii spitalicesti pentru internare continua, spitalizare de zi, ambulatoriu integrat pneumologie si laborator analize biochimie-hematologie, ambulatoriu), venituri din servicii medicale efectuate la cerere, donatii, sponsorizari, ONG nonguvernamental, finantare de la M.S. pentru program de sanatate TBC si o suma importanta de la Consiliul Judetean Arges in administrarea caruia se afla Spitalul Leordeni.

Bugetul de venituri si cheltuieli

Situatia financira 2018-2019.

In anul 2019 veniturile totale estimate sunt cu 1.645.992 mai mari decat nivelul realizat in anul 2018, procentul de crestere fiind de 14.47%.

| Denumire indicator | Anul 2018 | | Anul 2019 | |
|--|-------------------|-------------|-------------------|-------------|
| | Suma (lei) | % | Suma (lei) | % |
| Venituri din prestari de servicii (medicale, nemedicale, chirii) | 48.060 | 0.43% | 58.473 | 0.45% |
| Venituri din contract cu casele de asigurari sociale de sanatate | 5.064.936 | 44.54% | 4.984.488 | 38.29% |
| Venituri din contractele incheiate cu DSP din sume alocate de la bugetul de stat | 1.292.835 | 11.37% | 1.398.230 | 10.74% |
| Subventii din Fondul National Unic de Asigurari Sociale de Sanatate | 4.524.182 | 39.78% | 5.491.944 | 42.19% |
| Venituri din sponsorizari | 0 | 0 | 6.000 | 0.05% |
| Subventii din bugetele locale pentru finantarea cheltuielilor curente din domeniul sanatatii | 281.000 | 2.47% | 810.000 | 6.22% |
| Subventii din bugetele locale pentru finantarea cheltuielilor de capital in domeniul sanatatii | 161.151 | 1.42% | 79.982 | 0.61% |
| Subventii de la bugetul de stat pentru investitii | 0 | | 189.000 | 1.45% |
| Total venituri | 11.372.164 | 100% | 13.018.117 | 100% |
| Excedent al anului anterior/ preliminar | 138104 | | -138086 | |

b)Structura bugetului de cheltuieli

| Denumire indicator | Anul 2018 | | Anul 2019 | |
|---|-------------------|-------------|-------------------|-------------|
| | Suma (lei) | Pondere % | Suma (lei) | Pondere % |
| TITLUL I Cheltuieli de personal | 9.652.143 | 83.27% | 10.890.993 | 82.78% |
| TITLUL II BUNURI SI SERVICII, din care: | 1.754.521 | 15.14% | 1.980.279 | 15.05% |
| -medicamente si materiale sanitare | 685.183 | 5.91% | 666.482 | 5.07% |
| - iluminat si forta motrica | 201.787 | 1.74% | 187.800 | 1.43% |
| -apa, canal, salubritate | 33.701 | 0.29% | 62.962 | 0.48% |
| -alte cheltuieli cu bunuri si servicii | 833.850 | 7.19% | 1.063.035 | 8.08% |
| TITLUL X ALTE CHELTUIELI | 7964 | 0.07% | 9967 | 0.08% |
| Cheltuieli de capital | 176.240 | 1.52% | 274.982 | 2.09% |
| Total | 11.590.868 | 100% | 13.156.221 | 100% |

Indicatori financiari

| Categoria de indicatori | Denumire indicatorului de performanta al managerului | Valoare realizata 2018 | Valoare realizata 2019 |
|---------------------------------|---|------------------------|------------------------|
| Indicatori economico-financiari | Executia bugetara fata de bugetul de cheltuieli aprobat | 97.88% | 93.20% |
| | Structura cheltuielilor pe tipuri de servicii si in functie de sursele de venit | 96.78% | 93.20% |
| | Procentul cheltuielilor de personal din total cheltuieli spital | 83.27% | 82.78% |
| | Procentul veniturilor proprii din total venituri spital | 44.96% | 38.74% |
| | Procentul cheltuielilor de capital din total cheltuieli | 1.52% | 2.09% |
| | Costul mediu/zi spitalizare. | 328.37 | 328.56 |

Nu s-au inregistrat arierate.

d. Structura serviciilor

Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni, este unitate sanitara cu paturi, cu personalitate juridica, spital de monospecialitate (pneumoftiziologie), categoria V, ce furnizeaza servicii medicale de diagnostic si tratament al afectiunilor pulmonare, asigura conditii de investigatii medicale, tratament, cazare, igiena, alimentatie si de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sanatatii publice.

Serviciile medicale furnizate de unitatea noastra se adreseaza urmatoarelor categorii de pacienti:

A) pacienti cu boli pulmonare netuberculoase

- BPOC, Astm bronic (acutizari, exacerbari)
- afectiuni infectioase respiratorii (pneumonii, bronhopneumonii)
- sindroame posttuberculoase
- insuficiente respiratorii
- supuratii pulmonare cronice, acute
- disfunctii ventilatorii in contextul altor boli
- sechele respiratorii post chimio-toracica, post chimio-terapie;
- afectiuni pleurale
- pneumoconioze-complicatii
- hipertensiune pulmonara (cord pulmonar)
- fibroze pulmonare, enfizem pulmonar

B) Pacienti cu tuberculoza pulmonara si extrapulmonara din judetul Arges si zonele limitrofe, alte judete.

- cazuri noi, TBC, recidive, reactivari cu chimiosensibilitate

e. Deservire, dotare spital

Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni, este spital tip pavilionar, cu circuite functionale bine stabilite.

Pavilionul Central, cu demisol, parter si etaj, cu 3 intrari distincte. La etaj se interneaza pacienti cu tuberculoza pulmonara, cu circuit separat pentru cei cu chimiorezistenta, iar la parter cei cu bk negativi.

La parter functioneaza si ambulatoriu integrat de pneumologie, camera de primire urgente, cabinete medicale, birou evaluare si statistica medicala, camera de primire urgente, cu circuite separate.

La demisol functioneaza blocul alimentar, sala de mese, spalatoria, arhiva, magazia pentru materiale cu circuite separate.

Pavilionul I, are o capacitate de 28 paturi, cu 3 intrari. In cadrul Pavilionului I se interneaza bolnavi cu afectiuni pulmonare netuberculoase (20 de paturi) si 8 paturi spitalizare de zi. Tot aici se afla si farmacia cu circuit inchis, cabinet medical, sala de tratament.

Pavilionul II, cu 2 intrari distincte.

Functioneaza:-laboratorul de analize medicale (hematologie-biochimie, bacteriologie nespecifica) si separat laborator de bacteriologie BK sputa, nivel III (tip judetean)

-laboratorul de radiologie-imagistica medicala;

-cu intrare separata, in 3 camere, birouri administrativ (RUNOS, contabilitate, administrativ, birou BMC).

Toate cladirile sunt renovate in proportie de 90%, cu circuite functionale.

Spitalul, are in dotare: centrale termice, pe gaz, pentru fiecare pavilion; statie proprie de tratare, epurare ape reziduale; 2 surse de apa potabila (o sursa proprie prin put forat la adancime, modernizata complet din anul 2013, cu statie de clorinare si o sursa de la reseaua comunala (ca rezerva); grup electrogen

Dotarea cu aparatura medicala, de specialitate

Din fondurile alocate, spitalul detine urmatoarele aparate:

1.-instalatie fixa Roentgen Diagnostic, cu post scopie si grafie in spital, si aparat cu 1 post (radiografie) in Dispensarul TBC Topoloveni, cu dezvoltare automata-an functionare 2007;

2.-laborator: autoclav electric, aparat pentru diagnostic BK rapid, tip Gynexpert, hota cu flux laminar (2 buc), analizor automat hematologie, biochimie; distilator, centrifuga, microscop, etuva, microscop cu fluorescenta

3.-sectii: spirometre (2 buc), pulsoximetre (6 buc), aparat extras lichid pleural (2 aspiratoare), aparat nebulizare, aerosoli (3 buc), concentrator de oxigen-aparate cumparate si altele inchiriate, inclusiv 1 butelie pentru masina de transport pacienti, glucometru, aparat EKG (2 aparate), polisomnograf/poligraf, lampi de ultraviolete (33 bucati) moderne, cu functionare permanenta; aparat pentru ventilatie respiratorie noninvasiva, electrocardiograf.

Spitalul are sistem informatic integrat care asigura o legatura intre compartimente, si anume: activitate spitaliceasca-spital, laborator, statistica, farmacie cu circuit inchis, contabilitate, Dispensar TBC Topoloveni, personal.

Dotarea cu mobilier nou pentru spital este asigurata in proportie de 80% (paturi spital, mese, scaune, vestiare, etc)

Sistem detectare incendiu la toate cladirile spitalului;

Paratraznete din 2016 (2 bucati)

CONCLUZII PRIVIND ANALIZA DATELOR

-cresterea populatiei din grupa de varsta de 60 de ani se traduce din punct de vedere sanitar la o crestere a ponderii afectiunilor pulmonare, caracteristice varstei a treia;

-in anul 2019, au fost internati in spital pentru tratament un numar de 1077 pacienti, din care din judetul Arges 982 pacienti, adica 91.18%, iar din judetele limitrofe un numar de 95 pacienti, adica 8.82%. In ambulatoriu, in anul 2019, s-au realizat consultatii si tratament pentru un numar de 159 pacienti din judetul Arges, mai putin decat in anul 2018 cand au fost tratati un numar de 276 pacienti

-sunt angajati un numar de 10 medici din totalul aprobat in statul de functii

-Spitalul de Pneumofiziologie Leordeni deserveste atat judetul Arges (91.18% internati in anul 2019), cat si judetele limitrofe (8.82%).

III. ANALIZA PIETEI SERVICIILOR DE SANATATE DIN TERITORIUL DESERVIT

Necesitatea efectuării analizei

- cunoasterea ofertei de servicii medicale, a mediului concurential pe piata serviciilor de ingrijiri medicale din teritoriul deservit.

Setul de date necesare intocmirii analizei:

- caracteristici relevante ale populatiei deservite
- analiza starii de sanatate a judetului Arges;
- indicatori demografici:
 - mortalitatea
 - natalitatea generala
 - mortalitatea generala
 - morbiditatea specifica
 - morbiditatea migranta
- activitatea spitaliceasca
 - numar paturi spitalizare continua
 - numar cazuri internate
 - durata medie de spitalizare
 - indice de utilizare paturi
 - rata de utilizare paturi
 - rulaj pe pat
 - numar zile spitalizare
 - grupe de diagnostic DRG (2017-2019)
 - numar examene radiologice pe spital si Dispensar TBC (2017-2019)
 - numar mediu de bolnavi externati pe medic/ asistenta medicala (2017-2019)
- servicii spitalicesti estimate.

Surse de date:

- Anuarul de statistica sanitară si alte publicatii relevante ale Centrului National de Statistica si Informatica in Sanatate Publica;
- Raportul anual al starii de sanatate a populatiei (INSP, CNEPSS, <http://insp.gov.ro>);
- Indicatori de morbiditate spitalizata publicati de SNSPMPDSB (www.drg.ro)
- Statistica proprie

Starea de sanatate este un fenomen complex, social si biologic, care exprima nivelul si caracteristicile sanatatii membrilor unei colectivitati privite in ansamblu, fiind strans legata si de calitatea vietii populatiei.

Starea de sanatate se afla intr-o relatie de interconditionare cu evolutia sociala in ansamblu, cu celelalte componente ale economiei si calitatii vietii, fiind determinata de nivelul general de dezvoltare economico-sociala, de standardul igienei individuale, de gradul de cultura si nu in ultimul rand, de sistemul ingrijirilor de sanatate.

Migratia externa si scaderea mortalitatii au schimbat, in ritm rapid, structura pe varste a populatiei.

Ca urmare a scaderii mortalitatii, a cresterii sperantei de viata, procesul de imbatranire demografica s-a accentuat.

Spitalul Leordeni participa in sistem integrat, la asigurarea starii de sanatate a populatiei din jud.Arges, in numar de 647264 loc, ceea ce reprezinta 19,24% din populatia regiunii de SUD.

- Populatia este repartizata in proportie \approx egala in mediul urban si rural:

- urban -317371 (49.03%)
- rural -32989 (50.97%)

Din analiza populatiei, pe grupe mari de varsta, se observa o usoara imbatranire a populatiei.

O tendinta importanta a reformei serviciilor de sanatate este aceea de corelare a serviciilor necesare (care reiese din starea de sanatate a populatiei) cu cele oferite de spital. Eforturile depuse sunt in directia imbunatatirii starii de sanatate si de reducere a inechitatii in statusul de sanatate a anumitor grupuri populationale (cu risc).

Resursele spitalului trebuie adaptate continuu la nevoile populationale. Dezvoltarea serviciilor pentru pacienti cu afectiuni acute, cronice, este una dintre caile de urmat in acest moment.

ANALIZA STARII DE SANATATE A JUDETULUI ARGES

Judetul Arges are o populatie de 647264 locuitori, ceea ce reprezinta 19,24% din populatia regiunii de Sud a Munteniei . Populatia stabila este repartizata in populatie egala in mediul urban (49.03%)-317371 populatie, si in mediul rural (50.97%)-329893 populatie.

Structura populatiei pe sexe. Se constata o usoara predominanta numerica a populatiei de sex feminin, astfel:

-populatie de sex masculin:314775 locuitori (48.63%)

-populatie de sex feminin:332489 locuitori (51.37%)

Analizand populatia judetului Arges pe grupe mari de varsta, releva urmatoarele:

▶ 0-14 ani -13.7% din total populatie

▶ 15-64 ani -70.4% din total populatie

▶ 65 ani si peste -15.8%, observandu-se o usoara imbatranire a populatiei judetului Arges.

INDICATORI DEMOGRAFICI

MORTALITATEA

In anul 2018, in judetul Arges, s-au inregistrat un numar de 4442 nascuti vii (6.9%), nascuti la 1000 locuitori, comparativ cu 2017 cand s-au inregistrat 43812 nascuti vii, iar in anul 2016 s-au inregistrat 4006 nascuti vii. Rata natalitati in mediul urban, 7.1% (2245 nascuti vii) a fost superioara celei din rural, 6.7%(2197 nascuti vii).

NATALITATEA GENERALA.

In judetul Arges, in anul 2018, s-au inregistrat un numar de 7730 decese generale, respectiv o rata a mortii generale de 12 decese la 1000 locuitori, comparativ cu anul 2017 cand s-au inregistrat 7734 decese cu o rata a mortalitatii de 11.9‰ locuitori, iar in 2016 s-au inregistrat 7389 decese, cu o rata de 11.4‰ locuitori.

Evaluarea fenomenului pe medii sesizeaza diferente mari de nivel ale ratei mortalitatii generale:

▶ urban -9.1‰ (2882 decese), fata de

▶ rural -14.7‰ (4848 decese)

Aceste variatii din cele 2 medii isi au originea, in mod esential, in particularitatile structurii pe grupe de varsta a populatiei din urban si rural, in rural fenomenul de imbatranire demografica a populatiei fiind mult mai pregnant. In mod secundar intervin ca factori favorizanti adresabilitatea si accesabilitatea mai scazuta a populatiei rurale la serviciile medicale.

In judet, principalele cauze de deces in anul 2018 , au fost bolile aparatului circulator, tumorile, bolile aparatului respirator, digestiv, diabet zaharat, etc.

Sporul natural/deficitul populational.

In judetul Arges, deficitul populational este de - 5.1 in anul 2018, fata de 2017 cand a fost de - 6, iar in 2016 (-5.2).

Evaluarea fenomenului pe medii arata diferente mari:

-urban= -2‰

-rural= -8‰

Date statistice Judetul Arges

Numar paturi spital -3404 (in 2018)

Medici -1423

Personal sanitar mediu -3738

Farmacisti - 307

MISCAREA NATURALA A POPULATIEI

1.MORTALITATEA GENERALA

Fata de trim I 2018, in trim I 2019, numarul de decese generale scade de la 72676 (13.3‰) la 71835 (13.2‰)

Decese generale si mortalitatea generala
trim I 2019 comparativ cu trim I 2018

| | 2019 | | 2018 | |
|-------|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| | Nr.decese | Mortalitatea la 1000 loc | Nr.decese | Mortalitatea la 1000 loc |
| Total | 71835 | 13.2 | 72676 | 13.3 |
| Urban | 34072 | 11.1 | 33750 | 11.1 |
| Rural | 37763 | 15.9 | 38926 | 16.3 |

2. SPORUL NATURAL

Evolutia numarului de nascuti vii si a celui de decese generale a determinat in trim I 2019 comparativ cu trim I 2018 o crestere a declinului sporului natural de la -22961 (-4.2‰) in 2018 la -29933 (-5.5‰) in trim I 2019.

Sporul natural
trim I 2019 comparativ cu trim I 2018

| | 2019 | | 2018 | |
|-------|----------------|----------------------------|----------------|----------------------------|
| | Sporul natural | Sporul natural la 1000 loc | Sporul natural | Sporul natural la 1000 loc |
| Total | -29933 | -5.5 | -22961 | -4.2 |
| Urban | -11167 | -3.6 | -6326 | -2.1 |
| Rural | -18766 | -7.9 | -16635 | -7.0 |

3.MORTALITATEA INFANTILA

Mortalitatea infantila in trim I 2019 creste cu 0.9‰ fata de trim I 2018. In ceea ce priveste repartitia pe medii, in trim I 2019 mortalitatea infantila scade pentru mediul urban cu 0.1‰ si creste cu 2.2‰ in mediul rural.

Decese si mortalitatea infantila
trim I 2019 comparativ cu trim I 2018

| | 2019 | | 2018 | |
|-------|-----------|------------------------|-----------|------------------------|
| | Nr.decese | Mortalitatea infantila | Nr.decese | Mortalitatea infantila |
| Total | 291 | 6.9 | 297 | 6.0 |
| Urban | 120 | 5.2 | 146 | 5.3 |
| Rural | 171 | 9.0 | 151 | 6.8 |

4. MISCAREA NATURALA A POPULATIEI TRIM I 2019 COMPARATIV CU TRIM I 2018

| | Romania | | | | | | | | | |
|-------|-------------|-------|--------|-------|--------------|--------|---------------|------|-----------------|------|
| | Nascuti vii | | Decese | | Spor natural | | Nascuti morti | | Decese sub 1 an | |
| | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 |
| Total | 41902 | 49715 | 71835 | 72676 | -29933 | -22961 | 152 | 168 | 291 | 297 |
| Urban | 22905 | 27424 | 34072 | 33750 | -11167 | -6326 | 76 | 77 | 120 | 146 |
| Rural | 18997 | 22291 | 37763 | 38926 | -18766 | -16635 | 76 | 91 | 171 | 151 |

| | Arges | | | | | | | | | |
|-------|-------------|------|--------|------|--------------|------|---------------|------|-----------------|------|
| | Nascuti vii | | Decese | | Spor natural | | Nascuti morti | | Decese sub 1 an | |
| | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 |
| Total | 1250 | 1377 | 2201 | 2081 | -951 | -704 | 7 | 2 | 6 | 10 |
| Urban | 621 | 664 | 694 | 757 | -73 | -93 | 2 | 0 | 3 | 4 |
| Rural | 629 | 713 | 1507 | 1324 | -878 | -611 | 5 | 2 | 3 | 6 |

5. MISCAREA NATURALA A POPULATIEI TRIM I 2019 COMPARATIV CU TRIM I

2018

Romania

| | Natalitate | | Mortalitate | | Spor natural | | Mortalitate infantila | |
|-------|------------|------|-------------|------|--------------|------|-----------------------|------|
| | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 |
| Total | 7.7 | 9.1 | 13.2 | 13.3 | -5.5 | -4.2 | 6.9 | 6.0 |
| Urban | 7.4 | 8.9 | 11.1 | 11.0 | -3.6 | -2.1 | 5.2 | 5.3 |
| Rural | 8.0 | 9.4 | 15.9 | 16.3 | -7.9 | -7.0 | 9.0 | 6.8 |

Arges

| | Natalitate | | Mortalitate | | Spor natural | | Mortalitate infantila | |
|-------|------------|------|-------------|------|--------------|------|-----------------------|------|
| | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 |
| Total | 8.0 | 8.8 | 14.1 | 13.2 | -6.1 | -4.5 | 4.8 | 7.3 |
| Urban | 8.1 | 8.6 | 9.0 | 9.8 | -1.0 | -1.2 | 4.8 | 6.0 |
| Rural | 7.9 | 8.9 | 18.9 | 16.5 | -11.0 | -7.6 | 4.8 | 8.4 |

6. DECESE PE GRUPE DE BOLI

În anul 2018, comparativ cu anul 2017, s-a menținut ordinea principalelor cauze de deces înregistrate în anii anteriori: primul loc a fost ocupat de bolile aparatului circulator (56,7%, din care 18,9% - boala ischemică a inimii și 16,2% - bolile cerebro-vasculare), urmate de tumori (19,6%) și în ordine descrescătoare, de bolile aparatului respirator (6,5%), bolile aparatului digestiv (5,9%), leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe (3,8%), iar alte boli au reprezentat cauzele de deces pentru 7,5% dintre persoanele decedate.

7. NATALITATEA

În anul 2018, numărul născuților-vii înregistrați la oficiile de stare civilă din România a fost de 190170 născuți-vii, mai mic cu 15665 născuți-vii față de anul 2017.

Numărul născuților-vii cu domiciliul sau cu reședința obișnuită în România și rata natalității, pe medii de rezidență, în anul 2018 comparativ cu anul 2017

| Mediul de rezidență | Născuți-vii | | Diferențe± 2018 față de 2017 | Rata natalității (născuți-vii la 1000 locuitori) | |
|---------------------|-------------|--------|------------------------------|--|------|
| | 2018 | 2017 | | 2018 | 2017 |
| Total | 205835 | 190170 | -15665 | 9.3 | 8.6 |
| Urban | 113042 | 104283 | -8759 | 9.0 | 8.3 |
| Rural | 92793 | 85887 | -6906 | 9.6 | 8.9 |

În anul 2018, mai mult de jumătate (51,4%, respectiv 97682 copii) din totalul născuților-vii au fost băieți, iar raportul de masculinitate a fost de 106 băieți la 100 fete. Scăderea numărului de născuți-vii înregistrați în România s-a produs la nivelul ambelor medii de rezidență, cu precădere în mediul rural, unde s-au născut cu 18396 mai puțini copii decât în urban și cu 6906 mai puțini decât în 2017. În anul 2018 rata natalității a fost de 8,6 născuți-vii la 1000 locuitori, în scădere față de cea din 2017 (când s-au înregistrat 9,3 născuți-vii la 1000 locuitori). Pe medii de rezidență, din totalul născuților-vii, 54,8% (104283 născuți-vii) aveau domiciliul sau reședința obișnuită în mediul urban.

8. MORBIDITATEA SPECIFICA

Morbiditatea prin tuberculoza-jud.Arges.

In anul -2019, s-au inregistrat 211 CN si 40 Recidive

- 2018, s-au inregistrat 218 CN si 63 Recidive

Morbiditatea prin diabet

În perioada ianuarie-septembrie 2019 s-au înregistrat 48011 cazuri noi de diabet zaharat (incidența fiind de 330,4 ‰ locuitori) comparativ cu 56075 cazuri noi de diabet zaharat (incidența fiind de 383,5 ‰ locuitori) în aceeași perioadă a anului 2018. Numărul bolnavilor rămași în

evidență în perioada ianuarie-septembrie 2019 a fost de 999388 comparativ cu 1072833 bolnavi rămași în evidență în aceeași perioadă a anului 2018.

Morbiditatea prin cancer

În perioada ianuarie-septembrie 2019 s-au înregistrat 43543 cazuri noi de cancer (incidența fiind de 299,6 ‰ locuitori) comparativ cu 45925 cazuri noi de cancer (incidența fiind de 314,1 ‰ locuitori) în aceeași perioadă a anului 2018. Numărul bolnavilor rămași în evidență în perioada ianuarie-septembrie 2019 a fost de 467780 comparativ cu 484005 bolnavi rămași în evidență în aceeași perioadă a anului 2018.

Morbiditatea specifica-morbiditatea prin tuberculoza

Pentru sistemul sanitar din Romania, tuberculoza reprezinta o problema majora de sanatate publica.

Tuberculoza trebuie sa treaca printr-un proces de “repozitionare” de la o boala lipsita de spectaculozitate, boala a saracei si mizeriei, la o boala cu particularitati ce o face de maxim interes public, putand afecta pe oricare dintre noi.

Desi in Romania, incidenta globala (IG) a tuberculozei (numar cazuri noi si recidive) este de departe cea mai mare din UE (locul I) si una dintre cele mai mari din regiunea Europa a OMS (locul 7), aceasta a scazut in ultimii 12 ani, de la un maxim de 142,2‰ locuitori in anul 2002, la 72,9‰ in anul 2013 si 65‰ in 2016.

In Romania, in perioada ianuarie-septembrie 2019 au fost înregistrați 8654 bolnavi de tuberculoză comparativ cu 9059 bolnavi de tuberculoză în aceeași perioadă a anului 2018, incidența fiind de 25.8 ‰ locuitori (comparativ cu 30.4 ‰ locuitori în aceeași perioadă a anului 2018). Numărul bolnavilor noi a fost de 7284 (21,3 ‰ locuitori) comparativ cu 7660 bolnavi noi (27.6 ‰ locuitori) în aceeași perioadă a anului 2018.

O atentie deosebita trebuie acordata tuberculozei cu germeni rezistenti la medicamentele majore (tuberculoza multidrog rezistenta TB-MDR si celei cu polichimiorezistenta, rezistenta extinsa, TB-XDR si TB-XXDR).

In judetul Arges, incidenta tuberculozei a avut acelasi trend descendent, incepand cu anul 2004, inregistrandu-se o incidenta sub media pe tara.

| Anul | Romania | Arges | Costesti | Topoloveni | Curtea de Arges | Campulung | Pitesti |
|------|---------|-------|----------|------------|-----------------|-----------|---------|
| 2015 | 71.7‰ | 60.9‰ | 94.7‰ | 89.1‰ | 54.3‰ | 46.3‰ | 58.7‰ |
| 2016 | 64.8‰ | 62.9‰ | 78.3‰ | 127.9‰ | 54.3‰ | 45.5‰ | 50.3‰ |
| 2017 | 62.1‰ | 67.8‰ | 98.4‰ | 137.6‰ | 46.8‰ | 47.1‰ | 52.4‰ |
| 2018 | 59.4‰ | 60.7‰ | 102‰ | 83.3‰ | 51.4‰ | 55.9‰ | 44.1‰ |

Datele prezentate arata incidenta tuberculozei, diferita de la o zona la alta in judetul Arges (zona Costesti si Topoloveni cu cea mai mare incidenta, peste media pe tara).

9. MORBIDITATEA MIGRANTA

Morbiditatea migranta –numarul si tipologia cazurilor care se adreseaza altor unitati sanitare cu paturi din diverse motive.

| Elemente definitorii ale morbidității migrante | 2018 | 2019 |
|---|------|------|
| Pacienți internați în spital | 1151 | 1077 |
| Pacienți internati din alte judete | 116 | 95 |
| Pacienți transferați din spital spre alte spitale | 11 | 2 |
| Pacienți transferați din alte spitale spre Spitalul PNF Leordeni | 8 | 2 |
| Pacienți tratați în ambulatoriu din alte judete | 0 | 0 |
| Pacienți cu trimitere din Ambulatoriul spitalului catre alte unitati medicale | 0 | 0 |

Principalele cauze ale morbidității migrante - cazurile care se adreseaza altor unitati sanitare cu paturi care au în structura sectii / compartimente /ambulatoriu cu acelasi specific ca unitatea noastra se

datoreaza faptului ca acestia au fost trimisi pentru investigatii CT, RMN catre unitati care au aparatura specifica si specialitati clinice ce nu se regasesc in structura spitalului.

Astfel, paturile contractate cu CAS Arges in prezent sunt:

| Sectii | Nr de paturi aprobate | Nr de paturi contractate |
|-------------|-----------------------|--------------------------|
| Pneumologie | 31 | 31 |
| Tuberculoza | 65 | 46 |
| Total | 96 | 77 |

Activitatea spitaliceasca

| Anul | Nr.paturi spitalizare continua | | | | Numar cazuri internate | | | Durata medie spitalizare | | | Indice de utilizare paturi | | |
|------|--------------------------------|-------|-----------|-------|------------------------|--------|-------|--------------------------|-------|----------|----------------------------|-------|----------|
| | Sectia I | | Sectia II | | TBC | Pneum | Total | TBC | Pneum | Total sp | TBC | Pneum | Total sp |
| | TBC | Pneum | TBC | Pneum | | | | | | | | | |
| 2017 | 35 | 16 | 35 | 15 | 54+381 | 20+778 | 1233 | 45,45 | 9,64 | 22.28 | 282 | 248 | 272 |
| 2018 | 35 | 16 | 35 | 15 | 56+329 | 11+804 | 1200 | 43,85 | 9,26 | 20.37 | 242 | 244 | 242 |
| 2019 | 33 | 16 | 32 | 15 | 11+278 | 38+832 | 1110 | 53.83 | 9.59 | 20.72 | 205 | 246 | 218 |

Valoarea nationala 20.2 Valoarea nationala 290 zile/an

TBC total spital =65 paturi

Pneumologie total spital:31

2019 = 8 paturi spitalizare de zi

Numar spitalizari de zi = 1979

Total 2019=Sc I - 794

= Sc II - 267

Total = 1061

-ICM -2017=0.9550

-2018=0.9024

- 2019=0.9282

-Valoarea nationala ICM = 1.1015

Numar paturi contractate 2018/2019

-pneumologie - 31

-tbc -48

Total -79

| Anul | Rata de utilizare paturi | | | Rulaj pe pat | | | Nr.zile spitalizare | | |
|------|--------------------------|--------|--------|--------------|--------|--------|---------------------|-------|-------|
| | TBC | Pneum | Total | TBC | Pneum | Total | TBC | Pneum | Total |
| 2017 | 77.26% | 67.94% | 74.52% | 6.21% | 25.74% | 12.20% | 17632 | 10469 | 27474 |
| 2018 | 66.30% | 66.85% | 66.30% | 5.5% | 26.29% | 11.88% | 16883 | 7555 | 24438 |
| 2019 | 56.16% | 67.39% | 59.72% | 3.56% | 25.61% | 10.50% | 14375 | 7617 | 21992 |

Valoarea nationala =79.45%

| Nr. crt. | Grupa de diagnostic DRG | Nr. cazuri 2017 | %cazuri | Numar zile spitalizare | D.M.S |
|----------|---------------------------|-----------------|---------|------------------------|-------|
| 1 | TBC-oza | 366 | 31,39% | 19308 | 52,75 |
| 2 | Tumori pulmonare | 15 | 1,28% | 156 | 10,4 |
| 3 | BPOC | 318 | 27,27% | 3320 | 10,44 |
| 4 | Astm bronsic | 29 | 2,48% | 247 | 8,51 |
| 5 | Brohopneumonie | 160 | 13,72% | 1416 | 8,85 |
| 6 | Insuficienta respiratorie | 64 | 5,48% | 637 | 9,95 |
| 7 | Bronsiectazie | 48 | 4,11% | 497 | 10,35 |

| Nr. crt. | Grupa de diagnostic DRG | Nr. cazuri 2018 | %cazuri | Numar zile spitalizare | D.M.S |
|----------|---------------------------|-----------------|---------|------------------------|-------|
| 1 | TBC-oza | 339 | 29,45% | 17877 | 52,73 |
| 2 | Tumori pulmonare | 5 | 0,43% | 55 | 11 |
| 3 | BPOC | 279 | 24,23% | 3036 | 10,88 |
| 4 | Astm bronsic | 29 | 27,88% | 321 | 11,06 |
| 5 | Brohopneumonie | 188 | 16,33% | 1634 | 8,69 |
| 6 | Insuficienta respiratorie | 74 | 6,43% | 659 | 8,90 |
| 7 | Bronsiectazie | 77 | 6,68% | 771 | 10,01 |

| Nr.crt | Grupa de diagnostic DRG | Nr.cazuri 2019 | % cazuri | Numar zile spitalizare | D.M.S |
|--------|---------------------------|----------------|----------|------------------------|-------|
| 1 | TBC-oza | 241 | 22.71% | 13430 | 55.72 |
| 2 | Tumori pulmonare | 4 | 0.37% | 93 | 23.25 |
| 3 | BPOC | 298 | 10.4% | 2929 | 9.85 |
| 4 | Astm bronsic | 15 | 1.71% | 135 | 9 |
| 5 | Bronhopneumonie | 171 | 21.99% | 1535 | 8.97 |
| 6 | Insuficienta respiratorie | 28 | 22.71% | 252 | 9 |
| 7 | Bronsiectazii | 102 | 3.71% | 948 | 9.29 |

| | 2017 | 2018 | 2019 |
|--|-------|------|-------|
| Numar consultatii ambulatoriu integrat | 246 | 276 | 148 |
| Numar consultatii Dispensar TBC Topoloveni | 2013 | 1981 | 2050 |
| Numar examene radiologice spital | 2178 | 2224 | 2450 |
| Numar examene radiologice Dispensar TBC Topoloveni | 975 | 947 | 902 |
| Numar mediu de bolnavi externati pe medic | 292 | 230 | 212 |
| Numar de bolnavi externati la o asistente medicala | 64,78 | 60 | 66,31 |

SERVICIILE SPITALICESTI ESTIMATE

Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni, asigura servicii medicale in specialitatea pneumoftiziologie prin spitalizare continua, spitalizare de zi, ambulatoriu integrat si linie de garda.

Din analiza morbiditati, atat la nivel de judet, cat si in tara si in lume, reiese o scadere a tuberculozei, dar o crestere a celorlalte boli pulmonare netuberculoase, cum ar fi bronhopneumonia cronica obstructiva, cancerul pulmonar, etc.

Din analiza efectuata de OMS, se preconizeaza ca BPOC-ul in anul 2020, va fi a treia cauza de deces.

Din analiza acestor date, reiese ca tendinta reformei serviciilor de sanatate este aceea de corelare a serviciilor necesare (care reiese din starea de sanatate a populatiei) cu cele oferite de spital.

Resursele spitalului trebuie adoptate continuu la nevoile populatiei, dezvoltarea serviciilor pentru pacientii cu afectiuni cronice, acute este una dintre caile de urmat in acest moment.

Din analiza datelor prezentate, incidenta tuberculozei a marcat o scadere incepand cu anul 2004 observandu-se totodata o crestere a cazurilor de boli pulmonare netuberculoase, BPOC cu stadii avansate de cronicizare, complicatii cu insuficienta respiratorie cronica; astm bronsic infecto alergic partial controlat terapeutic; insuficienta respiratorie cronica cu numar de solicitari de internare in spital, fibroze pulmonare cu evolutie in sindroame post-tuberculoase, supuratii pulmonare bronsiectazii; apnee in somn.

Avand un numar mare de pacienti cu frecvente reinternari, din datele inregistrate in spital (foi de observatie) rezulta ca aproximativ 30% din pacientii cu tuberculoza, dar si din cei cu boli pulmonare tratati anual in spital au nevoie de recuperare pulmonara (2 cure pe an). La acestia se pot adauga pacienti din populatia generala care au disfunctionalitati respiratorii generate de afectiuni respiratorii asociate cu patologii cardiac si / sau boli de nutritive (obezitate)

Drept urmare, pentru a raspunde acestor necesitati ale unei parti foarte importante din populatia deservita, apreciem ca ar trebui intreprinse demersurile pentru **infiintarea unui compartiment de recuperare medicala respiratorie**.

Beneficiile oferite bolnavilor prin infiintarea acestui compartiment sunt multiple (imbunatatirea calitatii vietii prin reducerea numarului si duratei spitalizarilor cauzate de unele afectiuni pulmonare, prin cresterea abilitatii de a realiza activitati cotidiene, etc)

CONCLUZIILE PRIVIND ANALIZA DATELOR

-Avand in vedere ca spitalul este finantat in functie de serviciile contractate, si de numarul de paturi contractate, spitalul nostru nu poate acoperii intreaga piata de servicii de sanatate specifica patologiei structurii spitalului (ne referim la judetul Arges).

-Nevoia de servicii medicale furnizate de unitatea noastra este mare, apreciem ca ar trebui intreprinse demersurile pentru infiintarea unui compartiment de recuperare medicala respiratorie.

RECOMANDĂRI DE DEZVOLTARE STRATEGICA

-Cresterea numarului de cazuri rezolvate in ambulatoriu spitalului

-Contractarea tuturor paturilor cu CAS Arges

-Infiintarea unui compartiment de recuperare medicala respiratorie

IV. MISIUNEA, VIZIUNEA, VALORILE SPITALULUI

Misiunea spitalului.

Misiunea Spitalului de Pneumoftiziologie Leordeni este aceea de a oferi servicii medicale de calitate populatiei, intr-un mediu sigur si confortabil.

Este de a identifica si solutiona nevoile pacientilor prin furnizarea unor servicii medicale de calitate, bazate pe competenta, transparenta, eficienta si eficacitate.

Misiunea Spitalului de Pneumoftiziologie Leordeni este axata pe prestarea unui act medical de calitate astfel incat pacientii sa beneficieze de cele mai bune ingrijiri.

Angajamentul nostru a fost si va ramane unul singur: sa fim cei mai buni pentru o viata mai buna.

Viziunea spitalului.

Viziunea conducerii Spitalului de Pneumoftiziologie Leordeni este de a deveni un spital de prestigiu, dotat cu aparatura si echipamente medicale de ultima generatie, care sa contribuie la efectuarea unui act medical de cea mai inalta calitate, cresterea satisfactiei pacientilor, siguranta actului medical si a pacientilor, precum si a angajatilor.

Viziunea conducerii Spitalului de Pneumoftiziologie Leordeni este ca acesta sa devina unul dintre cei mai buni furnizori de servicii medicale, etalon al profesionalismului si calitatii.

Vom trata orice pacient ca fiind cel mai important si ne vom canaliza energia pentru a preveni, a diagnostica, a trata si a oferi ingrijiri medicale la standardele internationale, imbunatatind calitatea vietii pacientilor nostri.

Principiile si valorile comune

In activitatea desfasurata ne bazam pe:

- respectarea dreptului la ocrotirea sanatatii a tuturor categoriilor de populatie, de alegere a medicului;
- garantarea calitatii si sigurantei actului medical;
- asigurarea unor standarde ridicate a competentelor profesionale, precum si incurajarea dezvoltarii lor continue;
- asigurarea accesibilitatii la serviciile spitalicesti si ambulatorii.
- cresterea rolului serviciilor preventive;
- asigurarea accesibilitatii la servicii,
- respectarea dreptului la libera alegere si a egalitatii de sanse;
- aprecierea competentelor profesionale si încurajarea dezvoltării lor;
- transparenta decizionala

V. ANALIZA SWOT

A. Analiza SWOT pentru Spitalul Leordeni.

A.1. Principalele probleme ale unitatii

Pentru identificarea principalelor probleme ale unitatii este nevoie sa cunoastem influentele factorilor externi, ce releva o serie de schimbari cu impact major asupra tendintei de dezvoltare a serviciilor de sanatate, cat si rezultatele analizei situatiei actuale oferite de mediul intern.

A.2. Analiza SWOT pentru Spitalul Leordeni

Analiza SWOT este o metoda eficienta, utilizata in cazul planificarii strategice pentru identificarea potentialelor probleme, a prioritatilor si pentru crearea unei viziuni comune de realizare a strategiei de dezvoltare.

Managementului strategic ii este specifica analiza continua, pe de o parte a mediului extern pentru a anticipa sau sesiza la timp schimbarile, iar pe de alta parte, a situatiei interne pentru a evalua capacitatea de a face fata schimbarilor.

Prin tehnica SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, and threats) prezentam punctele forte si oportunitatile pe care le poate exploata spitalul, punctele slabe, dar si eventualele amenintari cu care s-ar putea confrunta. De aceea, managementul unui spital se bazeaza in actul de conducere pe decizii luate pornind de la buna cunoastere a factorilor interni si externi care ar putea influenta activitatea desfasurata si obiectivele strategice.

ANALIZA SWOT

| Mediu Intern | |
|---|--|
| Punctele tari | Punctele slabe |
| <p>1. Resursele umane din Spital reprezinta principala valoare a Spitalului de Pneumoftiziologie Leordeni. Personalul bine pregatit este cheia rezultatelor bune obtinute de spital.</p> <p>2. Spital modern care asigura diagnostic, tratament si monitorizare pentru pacientii din judetul Arges si zonele limitrofe;</p> <p>3. Ambulatoriu integrat de pneumologie, spitalizare continua si de zi;</p> | <p>1. Finanțarea insuficientă in raport cu nevoile de funcționare și dezvoltare a spitalului ;</p> <p>2. Spatiu insuficient pentru extinderea, diversificarea activitatilor in ambulatoriu integrat;</p> <p>3. Spatii insuficiente, inadecvate pentru personalul administrativ (actualmente functioneaza in aceeasi cladire cu laboratoarele de analize medicale);</p> <p>4. Colaborarea slaba cu medicii de familie pentru supravegherea si administrarea tratamentului antituberculos in faza de continuare;</p> |

| | |
|---|---|
| <p>4. Comunicare simplă, clară și directă între echipa de conducere și personalul medical și administrativ, care asigură stabilitatea organizației ;</p> <p>5. Certificare conform ISO 9001 : 2015 a Sistemului de Management al Calității serviciilor medicale;</p> <p>6. Controlul intern managerial conform OSGG 200/2016 republicat, implementat</p> <p>7. Informatizarea tuturor sectoarelor de activitate ale spitalului cu posibilitatea evaluării și gestionării datelor medicale și al resurselor umane, materiale și financiare la zi;</p> <p>8. Adresabilitate și accesibilitate crescută ;</p> <p>9. Aprovizionare fluentă cu medicamente și materiale sanitare ;</p> <p>10. Condiții hoteliere decente (dotare cu paturi noi, mobilier nou, grupuri sanitare, saloane și holuri igienizate recent) ;</p> <p>11. Amplasare potrivită și ambient plăcut (spații verzi, parc, etc.) ;</p> <p>12. Respectarea drepturilor pacienților, reliefată prin creșterea gradului de satisfacție a acestora;</p> <p>13. Laborator de Bacteriologie nivel III, tip regional</p> <p>14. Circuite functionale corespunzătoare;</p> <p>15. Spitalul nu are arierate ;</p> | <p>5. Curtea interioară, gardul, garajul, atelierul pentru muncitori, parcul, aleile spitalului necesită reparații;</p> <p>6. Reducerea numărului de paturi contractate cu C.A.J.S. Argeș față de numărul de paturi ale spitalului;</p> <p>7. Finantarea necorespunzătoare din partea C.A.S. față de serviciile realizate de spital</p> <p>8. Dotare cu aparatură medicală. Chiar dacă în ultimul timp a fost achiziționată aparatură modernă, este important să fie înlocuită toată aparatură învechită existentă la nivelul Spitalului pentru stabilirea unui diagnostic cât mai corect într-un timp cât mai scurt.</p> |
|---|---|

| Mediu extern | |
|---|--|
| Oportunitati | Amenințari |
| <p>1. Colaborarea strânsă cu Consiliul Județean Argeș, proprietar și administrator al spitalului care a asigurat o finanțare semnificativă pentru funcționarea optimă și modernizarea spitalului</p> <p>2. Colaborare bună cu Direcția de Sănătate Publică Argeș și Casa de Asigurări de Sănătate Argeș ;</p> <p>3. Derularea Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei, cu fonduri de la Ministerul Sănătății</p> <p>4. Obținerea de sponsorizări din partea firmelor private poate asigura fonduri suplimentare pentru amenajarea unor spații sau pentru dotarea cu aparatură medicală modernă sau birotică a spitalului.</p> <p>5. Ambient confortabil pentru pacienți. Atitudinea caldă și deschisă a personalului, dar și parcul spitalului oferă pacienților liniștea și relaxarea necesară;</p> | <p>1. Relația cu C.J.A.S Argeș poate reprezenta cele mai multe pericole, cel mai mare fiind reducerea finanțării. Aceasta poate lua mai multe forme: reducerea numărului de servicii contractate, nefinanțarea unor servicii, reducerea tarifelor la serviciile contractate.</p> <p>2. Concurența secțiilor de boli interne pentru patologia netuberculoasă și a celorlalte spitale de aceeași specialitate din județ;</p> <p>3. Concurența spitalelor private au efect negativ din mai multe puncte de vedere: -migrarea fondurilor C.J.A. Ag către furnizorii privați; -reducerea numărului de pacienți și implicit scăderea veniturilor spitalului;</p> <p>4. Diminuarea veniturilor populației, nivelul de trai scăzut, creșterea somajului determină creșterea riscului de îmbolnăvire.</p> <p>5. Instabilitatea legislativă;</p> |

B. Problemele critice identificate

Principalele directii de dezvoltare ale Spitalului de Pneumoftiziologie Leordeni, sunt date de punctele slabe identificate in raport cu mediul intern al organizatiei, in stransa legatura cu oportunitatile si amenintarile identificate in mediul extern.

Scopul este acela de a elabora si implementa un program complex de imbunatatire a activitatii spitalului in sensul mentinerii pozitiei de top intre unitatile spitalicesti.

In acest sens, urmarim sa fim:

- un spital dotat cu personal competent orientat spre pacient
- sa avem o dotare materiala (aparatura medicala, medicamente, etc) corespunzatoare pentru diagnostic si tratament
- sa mentinem si sa formam o infrastructura moderna care sa asigure siguranta si confortul
- diversificarea serviciilor medicale oferite comunitatii

C. Problema Prioritara

Problema prioritara o reprezinta reorganizarea structurii spitalului prin infiintarea unui compartiment de cronici, a unui compartiment de recuperare medicala respiratorie precum si a unei saline artificiale pentru imbunatatirea alocarii resurselor, modernizarea infrastructurii si crearea unui mediu optim de asistenta medicala, imbunatatirea calitatii serviciilor medicale, atragerea de noi surse in vederea imbunatatirii calitatii ingrijirilor.

Managementul unui spital public ocupa un loc aparte, ce presupune gestionarea unor activitati complexe, cu un consum mare de resurse, care sa conduca la serviciile de sanatate de o calitate inalta. Aceste activitati incep cu ingrijirile medicale acordate pacientilor (activitatea clinica) si continua cu serviciile hoteliere (cazare, hrana), gestionarea eficienta a stocurilor (medicamente, reactivi de laborator, materiale sanitare, etc) si a resurselor financiare extrem de limitate, dar si strategic de imbunatatire a calitatii actului medical (pregatire profesionala, investitii in aparatura medicala performanta, standarde de management a calitatii).

De aceea, managementul unui spital se bazeaza in actul de conducere pe decizii luate pornind de la o buna cunoastere a factorilor interni si externi, care ar putea influenta activitatea desfasurata si obiectivele strategice.

VI. OBIECTIVE GENERALE SI SPECIFICE

Directii de activitate

- Cresterea accesibilitatii la serviciile medicale
- Realizarea efectivă a accesului egal al cetățenilor la îngrijirile sanitare de bază
- Creșterea calității vieții, prin îmbunătățirea calității și performanței actului medical

Situatia actuala:

Starea de sănătate a populației este determinată de accesul la sănătate, pe de o parte, și de accesul la servicii de sănătate, pe de altă parte.

Accesul la sănătate depinde într-o mare măsură de factori externi sistemului de sănătate: factori genetici, factori de mediu, factori de dezvoltare economică, factori socio-culturali.

Accesul la îngrijiri de sănătate este influențat aproape în totalitate de organizarea sistemului sanitar.

Scop

Ridicarea standardelor serviciilor oferite si imbunatatirea performantei spitalului prin oferirea serviciilor medicale de calitate, cu promptitudine, in climat de siguranta, incredere, flexibilitate.

Obiective generale si specifice

Obiective generale

- I. Dezvoltarea spitalului din punct de vedere al gamei de servicii si/sau activitati ce pot fi dezvoltate in spital.
- II. Lucrari de constructie cladire pentru personalul administrativ (cladire birouri) cu folosirea spatiilor disponibilizate pentru activitati medicale.
- III. Imbunatatirea calitatii serviciilor hoteliere prin continuarea lucrarilor de reamenajare, reabilitare a spitalului.
- IV. Lucrari de modernizare si dotare cu aparatura si echipamente medicale in cadrul Laboratorului de analize medicale si BK.
- V. Lucrari de modernizare, reabilitare si dotare cu echipamente medicale in cadrul Dispensarului TBC Topoloveni.
- VI. Diminuarea costurilor si cresterea veniturilor in vederea maximizarii rezultatului financiar.
- VII. Implementarea unui sistem de control managerial intern, mentinerea/recertificarea intregii activitati a spitalului conform standardelor de calitate ISO 9001/2015 si ISO 15189/2007, cresterea gradului de acreditare conform cerintelor ANMCS pentru ciclu II de acreditare.
- VIII. Supravegherea si controlul infectiilor asociate asistentei medicale spitalicesti.

Obiective strategice

a)Obiective pe termen scurt

1.Implementarea procedurilor de lucru, a protocoalelor terapeutice si a ghidurilor de practica.

Activitati:

-implementarea ghidurilor de practica si adoptarea de protocoale terapeutice, protocoale de investigatii, diagnostic sau tratament in cadrul Sectiei de Pneumologie I

Responsabil: Medicul sef de sectie

--implementarea ghidurilor de practica si adoptarea de protocoale terapeutice, protocoale de investigatii, diagnostic sau tratament in cadrul Sectiei de Pneumologie II

Responsabil: Medicul sef de sectie

--implementarea ghidurilor si adoptarea de protocoale si proceduri de ingrijire pe tipuri de pacient si nevoi

Responsabil:Director Medical / asistente sefe de sectie

Termen de realizare: trim IV 2020

Indicator evaluare:numar de ghiduri si protocoale medicale aprobate/implementate/revizuite

Rezultate asteptate:cresterea eficientei si calitatii actului medical

Buget necesar:0

2.Imbunatatirea calitatii serviciilor si a sigurantei pacientilor, prin implementarea ghidurilor si adoptarea de protocoale si proceduri de ingrijire pe tipuri de pacient si nevoi.

Activitati:

- implementarea ghidurilor, procedurilor de ingrijire pe tipuri de pacient pe sectia de Pneumologie I. Responsabil: asistenta sefa de sectie

- implementarea ghidurilor, procedurilor de ingrijire pe tipuri de pacient pe sectia de Pneumologie II. Responsabil: asistenta sefa de sectie

-elaborarea si adoptarea de proceduri de ingrijire pe tip de pacient si tip de nevoi, la nivel de spital. Responsabil:directorul medical

-asigurarea unei ingrijiri corecte si adecvate privind examinarea si tratarea pacientului in functie de nevoile impuse de starea de sanatate, conform ghidurilor si protocoalelor terapeutice;

-depistarea precoce si controlul infectiilor asociate asistentei medicale;

-asigurarea -disponibilitatile serviciilor din punct de vedere al volumului si al gamei de servicii necesare;

-cresterea eficacitatii serviciilor medicale si a eficientei;

-asigurarea unui tratament corect;

-asigurarea unor servicii medicale care sa garanteze siguranta pacientilor din punct de vedere al riscurilor asociate.

Termen de realizare: trim IV 2020

Responsabili: Director Medical si Sef Birou Managementul Calitatii

Indicator de evaluare: -numar si tip proceduri avizate de consiliul medical
-numar si tip proceduri implementate

Rezultate asteptate: cresterea eficientei si calitatii actului medical

Buget necesar: 0

3. Dotarea cu aparatura si echipamente medicale specifice

Activitati:

-achizitie de aparatura medicala: analizor biochimie cu modul de ioni (1 buc) -172.000 lei; analizor automat imunologie (1 buc) -75.000 lei; poligraf (1 buc) 41.000 lei; BIPAP A40 VAPS (1 buc) -44000 lei; aparat pentru stimularea expectoratiei (1 buc) -35000 lei; electrocardiograf (1 buc) -11000 lei, banda alergare 3CP recuperare respiratorie (1 buc) 9000 lei; bicicleta medicala (1 buc) 5000 lei; bicicleta medicala cu spatar (1 buc) 8000 lei.

Termen de realizare: trim IV 2020

Responsabil: achizitor public

Indicator evaluare: -ICM realizat
-gradul de satisfactie a pacientilor

Resurse alocate: fonduri CJ Arges, M.S.

Valoare totala estimata: 400.000 lei

Rezultate asteptate: -cresterea eficientei si calitatii actului medical;
-cresterea satisfactiei pacientului

4. Dezvoltarea resurselor umane prin identificarea unor facilitati de atragere si fidelizarea a personalului medical.

Activitati:

-instruirea unui sistem de informare a personalului medical in privinta avantajelor din aceasta zona;

-stabilirea de stimulente financiare si profesional graduale, salariul la nivelul unui spital de monospecialitate;

Termen de finalizare: trim III 2020

Responsabil: Sef Birou RUNOS

Indicator de evaluare: numar de personal medical/numar de paturi

Rezultate asteptate: asigurarea structurii, resurselor umane in concordanta cu nevoile spitalului;

Buget necesar: conform legislatiei in vigoare

5. Organizarea activitatii compartimentului BMC, conform Ordinului nr.446/2017

Activitati:

- Obținerea recertificării spitalului pentru sistemul de management integrat de calitate cu efectuarea tranziției la noile standarde din 2015;
- Menținerea acreditării ISO 15189/2013 pentru laborator;
- Aplicarea și urmărirea standardelor de control intern managerial conform Ordinului 600/2014
- Elaborarea și urmărirea implementării protocoalelor și procedurilor privind buna desfășurare a actului medical;
- Refacerea procedurilor în conformitate cu modificările legislației specifice

Activitate: implementarea managementului calitatii serviciilor medicale in spital;

Responsabil: manager, director medical, sef BMC

Termen: Trim. III 2020

6. Cresterea sigurantei pacientilor

Activitati:

- Montare sisteme de alarmare la grupurile sanitare;
- Implementarea unui sistem de dubla identificare prin aplicare bratari
- Monitorizarea efectelor adverse, near miss si santinela in scopul evitarii apartiei acestora.
- Montare sistem supraveghere video (holuri, acces spital, etc)
- Montare sistem anti-defenestrare

Responsabil: manager, director medical, director financiar-contabil, achizitii

Termen: Trim. III 2020

Resurse alocate: 50.000 lei

b) Obiective pe termen mediu

1. Imbunatatirea calitatii serviciilor medicale prin instruirea si formarea continua a personalului medical si nemedical (instruire interna/externa) prin obtinerea de competente si specializari.

Activitati:

-aplicarea planului de formare profesionala, elaborat in baza propunerilor sefilor de sectii, avizat de Consiliul Medical si aprobat de catre Comitetul Director;

-organizarea de cursuri de pregatire cu personalul unitatii la nivelul spitalului.

Termen: permanent

Responsabili: Director Medical, sef birou RUNOS, Sefii de Sectii

Indicator de evaluare: numar de persoane care au urmat cursuri de formare profesionala/numar total persoane angajate

Rezultate asteptate: imbunatatirea performantelor spitalului, siguranta pacientilor, reducerea riscurilor; cresterea eficientei si calitatii actului medical

Resurse previzionate: 24.000 lei

2. Defalcarea bugetului de venituri si cheltuieli pe sectii medicale.

Activitati:

- aprobarea BVC

- analiza veniturilor pe tipuri de servicii

- incadrarea cheltuielilor in functia de destinatia lor;

- planul anual de achizitii

- imbunatatirea resurselor financiare

- reducerea costurilor medii pe sectie

- repartizarea BVC pe sectii, compartimente pe baza propunerilor fundamentale ale sectiilor

- urmarirea executiei BVC

- urmarirea respectarii disciplinei financiare;

- identificarea surselor pentru cresterea veniturilor

Termen de realizare: trim IV 2020

Responsabil: director financiar-contabil

Indicator de evaluare: buget de venituri si cheltuieli pe sectii

Rezultate asteptate: cresterea transparentei in utilizarea fondurilor disponibile; fundamentarea propunerilor de buget in functie de prioritatile sectiilor; monitorizarea modului de utilizare a resurselor financiare; respectarea disciplinei financiare;

Resurse previzionate: contract CAS/venituri proprii

3. Modernizarea infrastructurii unitatii si dotarea cu aparatura si echipamente medicale specifice.

Activitati:

- zugraveli suprafete exterioare Pavilion I si II

- lucrari reamenajare radiologie spital

- lucrari reamenajare radiologie Dispensar TBC Topoloveni

- renovare beci

Termen de realizare: trim II 2021

Responsabili: director financiar contabil si achizitii publice

Indicator de evaluare: ICM realizat; gradul de satisfactie al pacientului;

Rezultate asteptate: cresterea transparentei in utilizarea fondurilor disponibile;

Resurse previzionate: M.S si C.J. Arges

Valoare totala estimata: 248.000 lei

4. Cresterea eficientei si imbunatatirii calitatii actului medical

Calitatea serviciilor medicale este un principiu din ce in ce mai important in domeniul sanatatii, deoarece creste gradul de informare al pacientilor, concomitent cu progresele tehnologice si terapeutice. Calitatea serviciilor medicale are numeroase dimensiuni, dintre care cele mai importante sunt reprezentate de eficienta, continuitatea ingrijirilor, siguranta pacientului, competenta echipei medicale, satisfactia pacientului, dar si a personalului medical.

Termen de realizare: permanent

Responsabili: director medical, medici sefi sectie

Evaluare: anual

Indicatori de evaluare:

- indicele de concordanta intre diagnosticul la internare si diagnosticul la externare;
- numarul de reclamatii/plangeri ale pacientilor inregistrate;
- analizeaza gradul de satisfactie al pacientilor, prin chestionare de satisfactie;
- numar masuri de imbunatatire a activitatii luate in urma analizarii gradului de satisfactie al pacientilor;
- rata infectiilor asociate asistentei medicale, pe total spital si pe fiecare sectie;

5. Imbunatatirea si cresterea calitatii serviciilor oferite de biroul resurse umane

Obiective specifice

- Acoperirea cu personal de specialitate a posturilor vacante
- Perfectionarea si formarea continua pentru personalul medical

Activitati:

- Revizuirea regulamentului intern si monitorizarea aplicarii lui
- Revizuirea regulamentului de organizare si functionare
- Revizuirea fiselor de post
- Revizuirea datelor de personal
- Evaluarea anuala a personalului medical si nemedical
- Masurarea gradului de satisfactie al angajatilor si propuneri de imbunatatirea a activitatii rezultate in urma prelucrarii chestionarelor transmise

Responsabili: sef birou RUNOS, sefi compartimente/birouri

Termen: permanent

6. Imbunatarea si crestrea calitatii serviciilor de supraveghere si control IAAM

Activitati:

- Mentinerea ratei infectiilor egala cu "0"
- Instruirea si constientizarea personalului medical
- Monitorizarea respectarii procedurilor prin aplicarea planului de autocontrol
- Respectarea circuitelor functionale si a criteriilor de izolare

Termen: Permanent

e) Obiective pe termen lung.

1. Reparatii capitale, cladire pentru personalul administrativ.

Activitati:

- construire cladire birouri administrative(1.762.000 lei)
- proiectare si executie imprejmuire gard spital (290.000 lei)
- lucrari de constructie garaj auto (200.000 lei)

Termen de realizare: trim III 2021

Responsabil: Comitet Director, achizitii
 Indicator evaluare: procent de realizare a investitiei
 Rezultate asteptate: imbunatatirea calitatii serviciilor si a conditiilor hoteliere oferite salariatilor
 Valoare totala estimativ: 2.252.000 lei

2. Recertificare conform ISO 9001/2015 a intregii activitati spitalicesti; ISO 15189/2013 a laboratorului si mentinerea acreditarii laboratorului.

Activitati

Mentinerea certificarii ISO 15189 pentru laboratorul de analize medicale.

Spitalul are incheiat contract cu CJAS Arges pentru servicii medicale paraclinice, analize de laborator, iar conditia esentiala pentru a obtine fonduri in fiecare an este certificarea ISO 15189, standard specific acestui tip de servicii. Supravegherile anuale impun asigurarea masurilor incat sa nu existe neconformitati la vizitele efectuate de organismul de acreditare RENAR. Extinderea numarului de analize acreditate reprezinta puncte in plus la negocierile anuale, fonduri suplimentare si un numar mai mare de pacienti care sa beneficieze de analize medicale gratuite.

Recertificarea ISO 9001/2015 reprezinta o obligatie a furnizorilor de servicii medicale prevazuta in contractul cadru al CNAS.

Termen de realizare: trim IV 2020

Responsabil: manager de calitate (BMC)

Indicator de evaluare: certificat ISO 9001/2015 si ISO 15189/2013

Rezultate asteptate: cresterea eficientei si calitatii actului medical;

Resurse previzionate

OBIECTIVE SPECIFICE SECTIILOR SI STRUCTURILOR FUNCTIONALE.

I. Sectiile de Pneumoftiziologie I si II

| Nr. | Denumire obiectiv | Indicator | Responsabili | Termen | Monitorizare semestru/an |
|-----|--|--|--------------|---|--------------------------|
| 1 | Respectarea indicatorilor propusi prin contractul de management cu seful de sectie | Incadrarea in indicatorii propusi +2%-0% | Sefi sectie | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 2. | Implementarea ghidurilor de practica si adoptarea de protocoale terapeutice, protocoale, algoritmi de investigatii, diagnostic sau tratament | Numar de protocoale implementare Min 5 | Sefi sectie | 31.12.2020 | Director Medical |
| 3 | Intarirea sistemului de supraveghere si control al IAAM | Rata IAAM pe sectie <1 % | Sefi sectie | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Director Medical |
| 4. | Mentinerea la 0 a reclamatii in ceea ce priveste conditiile hoteliere | 0 reclamatii | Sefi sectie | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 5. | Mentinerea la 0 in ceea ce priveste COMUNICAREA cu personalul medical | 0 reclamatii | Sefi sectie | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |

| | | | | | |
|----|---|--|-------------|---|-----------------------------|
| 6 | Evitarea aparitiei evenimentelor adverse asociate asistentei medicale | Nr. EAAM=0 | Sefi sectie | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 7 | Raportarea evenimentelor adverse asociate asistentei medicale | Ponderea EAAM raportate =100% | Sefi sectie | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 8. | Incadrarea in bugetul alocat/ zi spitalizare | Incadrarea in indicatorii propusi +2%-0% | Sefi sectie | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Director Financiar-Contabil |

II.Laborator Analize Medicale

| Nr. | Denumire obiectiv | Indicator | Responsabili | Termen | Monitorizare semestru/an |
|-----|--|---|---------------|---|--------------------------|
| 1 | Mentinerea Certificarii RENAR | Lipsa neconformitatii la auditurile periodice RENAR | Sef Laborator | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Director Medical |
| 2. | Realizarea integrala a Contractului de furnizare servicii paraclinice in ambulatoriu cu CJAS Arges | Ponderea de realizare a contractului cu CAS Arges 60% | Sef Laborator | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Director Medical |
| 3. | Mentinerea la 0 a reclamatilor in ceea ce priveste calitatea serviciilor | 0 reclamatii | Sef Laborator | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 4. | Realizarea de venituri proprii | Venituri proprii >1000 lei | Sef Laborator | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Director Medical |

III. Ambulatoriu Integrat

| Nr. | Denumire obiectiv | Indicator | Responsabili | Termen | Monitorizare semestru/an |
|-----|---|--|--------------|---|--------------------------|
| 1. | Realizarea integrala a Contractului de furnizare servicii medicale in ambulatoriu cu CJAS Arges | Ponderea de realizare a contractului cu CAS Arges 100% | Coordonator | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Director Medical |
| 2. | Mentinerea la 0 a reclamatilor in ceea ce priveste calitatea serviciilor | 0 reclamatii | Coordonator | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 3. | Realizarea de venituri proprii | Venituri proprii >1000 lei | Coordonator | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Director Medical |

IV. Compartimentul IAAM

| Nr. | Denumire obiectiv | Indicator | Responsabili | Termen | Monitorizare semestru/an |
|-----|--|---|-------------------|---|--------------------------|
| 1. | Monitorizarea/Actualizarea circuitelor spitalului | Lei cheltuiti / lei planificati | Medic epidemiolog | 31.12.2020 | Comitet Director |
| 2. | Managementul eficient al deeurilor medicale | Cantitati de deseuri colectate/categorii/ lei cheltuiti/lei planificati | As.igiiena | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 3. | Managementul eficient al curateniei si dezinfectiei in spital | Cantitate biocide si materiale de curatenie achizitionate/ cantitati estimate/ lei cheltuiti/ lei planificati | Medic epidemiolog | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 4 | Managementul lenjeriei | Monitorizarea perioadei de schimbare a lenjeriei | Medic epidemiolog | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 5. | Respectarea programului de autocontrol | Numar probe colectate/ nr.probe planificate | Medic epidemiolog | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 6. | Respectarea planului de instruire al personalului medical pe domeniul specific | Nr personal instruit/ total personal cu atributii | Medic epidemiolog | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |

V. Birou RUNOS-Informatica si Contencios

| Nr. | Denumire obiectiv | Indicator | Responsabili | Termen | Monitorizare semestru/an |
|-----|--|---|-----------------|---|--------------------------|
| 1. | Instruirea personalului pentru utilizarea corespunzatoare a noilor echipamente informatice | Nr de persoane instruite care utilizeaza echipamentul/ nr total persoane care utilizeaza echipamentul | Sef birou RUNOS | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 2 | Monitorizarea Planului de instruire pentru personalul spitalului | Ponderea realizarii Planului de instruire al personalului | Sef birou RUNOS | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 3. | Instruire in domeniul resurselor umane | Nr angajati instruiti/ nr angajati planificati pentru instruire Lei cheltuiti/ lei planificati | Sef Birou RUNOS | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 4 | Actualizarea Fiselor de post ale personalului | Numar fise post actualizate din | Sef Birou RUNOS | Pana la sfarsitul | Comitet Director |

| | | | | | |
|----|---|---|--------------------|--|------------------|
| | | total personal % | | fiecarui an (2020-2023) | |
| 5. | Elaborarea Planului de ocupare/ recrutare al personalului | Numar personal nou angajat din total personal/an | Sef Birou RUNOS | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 6. | Protectie sistem informatic prin licentiere antivirus | Nr licente achizitionate /nr licente planificate Lei cheltuiti/lei planificati | Sef Birou RUNOS | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 7. | Actualizarea paginii Web a spitalului | Lei cheltuiti/lei planificati | Sef Birou RUNOS | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |

VI. Compartimentul Financiar-Contabilitate

| Nr. | Denumire obiectiv | Indicator | Responsabili | Termen | Monitorizare semestru/an |
|-----|--|---|--|--|--------------------------|
| 1. | Respectarea indicatorilor propuși prin contractul de management | Incadrarea in indicatorii propuși +0% -10% | Director financiar contabil | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 2. | Actualizarea de proceduri operationale si de sistem la nivel de activitate | Nr. PO /PS actualizate/an | Director financiar contabil Birou achizitii | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 3. | Incheierea de acorduri cadru in vederea asigurarii necesarului de medicamente , materiale sanitare si reactivi | Nr Acorduri cadru din total contracte /an | Birou achizitii | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Director Medical |

VII. Biroul de Management al Calității Medicale

| Nr. | Denumire obiectiv | Indicator | Responsabili | Termen | Monitorizare semestru/an |
|-----|---|--|--------------|--|--------------------------|
| 1. | Analiza satisfacției pacienților- Creșterea gradului de colectare a chestionarelor de satisfacție a pacienților | Nr chestionare colectate/nr. Pacienti externati | Sef BMC | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 2. | Auditarea activității medicale - | Nr. Audituri clinice efectuate /nr. Audituri clinice planificate | Sef BMC | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 3 | Autoevaluarea activitatilor din spital | Nr.Structuri autoevaluate/nr. Total structuri | Sef BMC | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |

| | | | | | |
|---|---|--|---------|---|------------------|
| 4 | Raportarea evenimentelor adverse | Nr. evenimente adverse raportate/nr. Ev adverse inregistrate | Sef BMC | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 5 | Analiza reclamațiilor asupra calitatii serviciilor din spital (Hrană, curățenie, spălătorie, ambient) | Nr. Reclamatii analizate/nr. Total de reclamatii inregistrate | Sef BMC | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 6 | Managementul riscurilor | Nr. actualizari ale registrului riscurilor efectuate periodic/an | Sef BMC | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |

VIII. Compartiment Administrativ

| Nr. | Denumire obiectiv | Indicator | Responsabili | Termen | Monitorizare semestru/an |
|-----|--|-------------------------------|---------------------|---|--------------------------|
| 1. | Actualizarea Planurilor de securitate la incendiu | Lei cheltuiti/lei planificati | Ec. Mutulescu Ioana | 31.12.2020 | Comitet Director |
| 2. | Asigurarea mentenantei aparaturii si dispozitivelor medicale | Lei cheltuiti/lei planificati | Ec. Mutulescu Ioana | Pana la sfarsitul fiecarui an (2020-2023) | Comitet Director |
| 3. | Actualizarea Planului de paza al Spitalului | Lei cheltuiti/lei planificati | Ec. Mutulescu Ioana | 31.12.2020 | Comitet Director |
| 4. | Actualizarea dotării PSI | Lei cheltuiti/lei planificati | Ec. Mutulescu Ioana | 31.12.2020 | Comitet Director |
| 5. | Actualizarea atentionarilor pentru zonele cu risc | Lei cheltuiti/lei planificati | Ec. Mutulescu Ioana | 31.12.2020 | Comitet Director |
| 6. | Actualizarea Planurilor de interventie in caz de catastrofa | Lei cheltuiti/lei planificati | Ec. Mutulescu Ioana | 31.12.2020 | Comitet Director |

| Obiectiv strategic | Activitati | Indicatori de evaluare | Responsabili |
|---|---|--|---|
| I.Imbunatatirea continua a calitatii si siguintei serviciilor medicale oferite Obiective specifice: -_Constituirea unui grup de lucru_ pentru a revizui, completa si actualiza protocoalele de practica medicala -identificarea zonelor/activităților cu impact în siguranța | 1.Asigurarea unei ingrijiri corecte si adecvate privind examinarea si tratarea pacientului in functie de nevoile impuse de starea de sanatate, conform ghidurilor si protocoalelor terapeutice; 2. Depistarea precoce si controlul infectiilor asociate asistentei | -nr. protocoale medicale;aprobate/ nr.diagnostice principale la externare -nr. protocoale revizuite/ nr. total protocoale aprobate Rata IAAM /pe sectie/compartiment | Director medical, medici sefi sectie Director medical, medici sefi sectie Medic epidemiolog |

| | | | |
|---|---|---|---|
| pacienților -Raportarea voluntară a evenimentelor asociate asistentei medicale -Identificarea și evaluarea riscurilor clinice -Identificarea și evaluarea riscurilor neclinice | <p>medicale;</p> <p>3.Asigurarea - disponibilitățile serviciilor din punct de vedere al volumului și al gamei de servicii necesare;</p> <p>4.Cresterea eficacității serviciilor medicale și a eficienței;</p> | <p>Numar servicii medicale nou înființate/nr servicii medicale existente</p> <p>-Procent de realizare a serviciilor medicale /servicii medicale contractate (Nr. cazuri, ICM, DMS , zile spitalizare Rata de mortalitate/sectie Evoluția costului mediu pe diagnostic</p> | <p>Director medical, medici sefi sectie</p> <p>Director medical, medici sefi sectie</p> |
| | <p>5.Asigurarea unor servicii medicale care să garanteze siguranța pacienților din punct de vedere al riscurilor asociate.</p> <p>6. Identificarea deficiențelor structurale cu posibil risc neclinic</p> | <p>Pondere EAAM (evenimente asociate asistentei medicale) din total evenimente</p> <p>Evaluarea structurii constructive, planificarea reabilitărilor, reparațiilor, investițiilor</p> | <p>BMC</p> <p>Administrativ-Tehnic</p> |
| I.A Îmbunătățirea calității și a performanței actului medical | <p>Monitorizarea activității medicale prin indicatori de eficiență și eficacitate</p> <p>Monitorizarea activității medicale prin audit clinic</p> | <p>Număr protocoale medicale auditate din total protocoale utilizate</p> | <p>Director medical</p> <p>Medici sefi sectii</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| II. Asigurarea unui management performant | <p>1.Conformarea cu cerințele privind acreditarea Spitalului (ciclul II de acreditare)</p> | <p>Actualizarea documentelor calității –procent 100%</p> | <p>BMC</p> <p>Director medical, medici sefi sectie</p> |
| | <p>2.Conformarea cu cerințele privind managementul securității informației;</p> <p>3.Conformarea cu cerințele privind managementul securității și sănătății ocupationale;</p> <p>4.Conformarea cu cerințele privind managementul mediului.</p> | <p>Nr. incidentelor de Securitate a informației - 0</p> <p>Nr. accidentelor de muncă 0</p> <p>Nr. incidente privind MM:0</p> | <p>Statistica , RUNOS,DPO</p> <p>SSM</p> <p>Responsabil cu mediul</p> |
| III.Asigurarea și utilizarea eficientă a resurselor umane | <p>1.Asigurarea personalului competent corespunzător necesităților;</p> | <p>Realizarea planului de recrutare și angajare personal</p> | <p>RUNOS</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | 2.Asigurarea perfectionarii continue a personalului. | Realizarea planului de instruire si formare profesionala | RUNOS, Director medical, medici sefi sectie |
| <p>IV.Asigurarea resurselor financiare</p> <p>Obiective specifice:</p> <p>1. aprobarea BVC pe baza planului de servicii medicale contractate</p> <p>2.analiza veniturilor pe tipuri de servicii</p> <p>3.incadrarea cheltuielilor in functia de destinatia lor;</p> <p>4.planul anual de achizitii</p> <p>5.imbunatatirea resurselor financiare</p> <p>6.reducerea costurilor medii pe sectie</p> <p>7.repartizarea BVC pe sectii, compartimete pe baza propunerilor fundamentale ale sectiilor</p> <p>8.urmarirea executiei BVC</p> <p>9.identificarea surselor pentru cresterea</p> | <p>1. Intocmirea planului de servicii medicale contractate si a BVC</p> <p>2.asigurarea echilibrului bugetar;</p> <p>3.distributia echilibrata a resurselor finaciare;</p> <p>4.folosirea eficienta a resurselor financiare;</p> <p>5.atragerea de resurse;</p> <p>6.Controlul costurilor</p> <p>7. Controlul costurilor</p> <p>8. Analize semestriale ale cheltuielior/venituri pe structuri 90%</p> <p>9.Servici medicale noi – Analiza cost eficienta</p> | <p>1.executia bugetara fata de BVC aprobat; 94%</p> <p>2.procentul veniturilor proprii din total venituri spital 30%</p> <p>3.procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor 80%</p> <p>4.Ponderea cheltuielilor cu medicamente din totalul cheltuielior 2.3%</p> <p>5.cost mediu/zi spitalizare/pat bolnav Sectia I- 560 lei Sectia II- 540 lei</p> | Comitet Director |

| | | | |
|--|---|--|------------------|
| veniturilor | | | |
| V.Asigurarea unei infrastructuri corespunzatoare necesitatilor | 1.imbunatatirea continua a spatiilor de cazare 2.imbunatairea dotarilor cu echipament 3.imbunatatirea infrastructurii spitalului (modernizare, extindere, constructii, reabilitare instalatii de utilitati) | 1.Procent realizare plan de investiti- 100% 2.Procent realizare lista de investitii -100% 3.Procent realizare plan de reabilitare, reparatii, investitii 95% | Comitet director |

Perioada de evaluare : Anual

Interval de monitorizare : Trimestrial (pentru indicatorii financiari), semestrial (pentru ceilalti indicatori)

Analize –Semestriale /anuale

Raport de analiza : Semestriale (pentru indicatorii financiari), anual (pentru ceilalti indicatori)

VII. GRAFICUL GANTT arata desfasurarea in timp a activitatilor pe care le vom intreprinde pentru indeplinirea obiectivelor.

| Obiective | Anul 2020 | | | | Anul 2021 | | | | Anul 2022 | | | | Anul 2023 | | | |
|--|-----------|---------|----------|---------|-----------|---------|----------|---------|-----------|---------|----------|---------|-----------|---------|----------|---------|
| | Trim I | Trim II | Trim III | Trim IV | Trim I | Trim II | Trim III | Trim IV | Trim I | Trim II | Trim III | Trim IV | Trim I | Trim II | Trim III | Trim IV |
| Implementarea procedurilor de lucru, a protocolelor terapeutice si a ghidurilor de practica | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imbunatatirea calitatii serviciilor medicale | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dotarea cu aparatura si echipamente medicale specifice | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dezvoltarea resurselor umane prin identificarea unor facilitati de atragere si fidelizare a personalului medical | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Organizarea activitatii compartimentului BMC, conform Ordinului nr.974/2012 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cresterea sigurantei pacientilor | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imbunatatirea calitatii serviciilor medicale prin instruirea si formarea continua | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Defalcarea bugetului de venituri si cheltuieli pe sectii medicale. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Modernizarea infrastructurii spitalului si dotarea cu aparatura si echipamente medicale | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cresterea eficientei si imbunatatirii calitatii actului medical | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imbunatatirea si cresterea calitatii serviciilor oferite de biroul resurse umane | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imbunatatirea si cresterea calitatii serviciilor de supraveghere si control IAAM | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reparatii capitale, cladire pentru personalul administrativ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Certificare conform ISO 9001/2015, ISO 15185/2007 | | | | | | | | | | | | | | | | |

VIII. RISCURI

În procesul de implementare a obiectivelor specifice propuse pot apărea riscuri de decalare în timp sau nerealizare, datorate mediului intern sau extern, după cum urmează :

Mediu intern:

- slaba cointeresare (motivare) a personalului în realizarea sarcinilor și indicatorilor;
- scaderea disponibilității la efort suplimentar datorita suprasolicitații în activitatea de baza;

Mediu extern:

- modificarea frecvența a legislației în domeniul sanitar;
- întârzieri legate de regimul terenurilor și cladirilor;
- subfinanțarea de către Ordonatorul principal de credite a cursurilor de formare profesionala a personalului.
- subfinanțarea de către Ordonatorul principal de credite a investițiilor planificate prin lipsa de predictibilitate a alocațiilor bugetare.

IX. PLANIFICARE ACTIVITATI

Planificarea activităților se face în mod individual , de către șefii/ Responsabilii de structuri medicale si nemedicale ținând cont de următoarele :

- bugetul alocat
- prioritățile Spitalului
- volumul de servicii contractat cu CJAS
- resursele necesare pentru indeplinirea activităților

Etapile planificării :

- șefii/ Responsabilii de structuri medicale si nemedicale funcție de obiectivele strategice, alcătuiesc un draft al activităților previzionate
- Prioritare sunt activitățile care nu sunt consumatoare de resurse financiare necesară fiind doar organizarea activității cu evidențierea resurselor umane necesare
- Pentru constituirea Listei de investiții , se va colabora cu biroul achiziții care va estima necesarul financiar achiziției de aparatură medicală
- Pentru lucrări de reparații se va apela la experți externi

X. CONCLUZII

Accasta strategie de dezvoltare a Spitalului de Pneumoftiziologie Leordeni, va deveni document de lucru, care va fi actualizat ori de cate ori este necesar, deoarece:

- Reflecta dezvoltarea noastra organizationala la un nivel superior, intentia de a crea o baza pentru a sustine gandirea strategica si a dezvolta capacitatile noastre manageriale;
- Delimiteaza clar prioritatile entitatii pentru anii 2020 – 2023, in concordanta cu specificul national;
- Ia in calcul modificarile mediului extern la nivel local, regional si national;
- Recunoaste rolul cheie pe care personalul il joaca in atingerea obiectivelor strategice.

Evaluarea de etapa se va face prin analiza tuturor indicatorilor stabilit pe fiecare obiectiv in parte.

Periodicitate: O data la 3 luni

Documente emise: Raport de evaluare de etapa

Responsabil: Comitetul Director

REVIZUIREA STRATEGIEI DE DEZVOLTARE

Revizuirea strategiei de dezvoltare se va face in urma analizei rapoartelor de etapa in cazul in care Comitetul Director propune modificarea sa.

XI. DEZVOLTAREA PLANULUI DE IMPLEMENTARE

Procese pentru implementarea strategiei

Conducerea spitalului are responsabilitatea de a implementa aceasta strategie. Planul de implementare va fi folosit pentru a urmări evoluția și pentru a permite atingerea obiectivelor strategiei.

Grupul de implementare a strategiei (comitet director în special) se va reuni o dată la trei luni, pentru a studia progresele realizate.

Strategia stabilește o direcție ambițioasă pentru spitalul nostru.

Pentru a putea fi implementată eficient și cu succes, am identificat o serie de factori esențiali pentru implementarea acestei strategii:

1. Comunicarea intraspitalicească.

Comunicarea eficientă este esențială pentru succesul implementării acestei strategii. Dezvoltarea unei strategii de comunicare eficientă trebuie să înceapă de la nivelul conducerii și trebuie să includă fiecare membru al personalului. Comunicarea de la nivelul Managerului spitalului este vitală pentru:

- Asigurarea ca strategia să fie transparentă și comunicată tuturor membrilor personalului din spital;
- Clarificarea rolului și responsabilităților persoanelor menționate în planul de implementare

2. Timp și efort

Punerea în aplicare și dezvoltarea acțiunilor menționate în planul de implementare vor necesita timp și efort semnificativ din partea spitalului și din partea conducerii. Credem că va fi necesară crearea a multiple grupuri de lucru pentru a împărtăși sarcinile de lucru.

3. Resurse umane și de management

Resursele umane vor trebui identificate pentru a susține conducerea spitalului și personalului în implementarea acestui plan strategic. Vor fi necesare resurse de management dedicate pentru a conduce activitățile variate legate de această strategie.

4. Fonduri materiale

Majoritatea acțiunilor precizate depind vital de fonduri adecvate, de venituri, de capital și uneori de ambele. De aceea, gradul în care acțiunile vor fi implementate și timpul necesar pentru această implementare va fi determinat în mare măsură de fondurile disponibile.

5. Monitorizarea planului de implementare

Comitetul Director al spitalului va fi responsabil de monitorizarea procesului obiectivelor și acțiunilor strategice. Pentru fiecare acțiune va fi numită o anumită persoană, care va fi responsabilă pentru:

- ❖ Procesul acțiunii;
- ❖ Sedinte pentru a discuta evoluția acțiunii;
- ❖ Garantarea finalizării în intervalul de timp stabilit.

La fiecare 3 luni, responsabilul strategiei va realiza un raport al stării obiectivului strategic.

● se vor identifica indicatori ai performanței generale a spitalului, în legătură cu obiectivele strategice, care vor juca un rol important în menținerea concentrării atenției asupra procesului și performanței;

● se vor identifica cai suplimentare de furnizare și extindere a serviciilor prin monitorizarea și evaluarea performanței financiare;

● se vor face recomandări pentru utilizarea judicioasă a fondurilor;

● se va dezvolta sistemul pentru monitorizarea și evaluarea performanței financiare;

● se va stimula permanent personalul pentru a fi inovativ în identificarea căilor de a furniza servicii de calitate cât mai eficiente în raport cu costurile;

● se va dezvolta un sistem de recompensare pentru personalul care identifică oportunități legate de utilizarea judicioasă a fondurilor;

● se va dezvolta un sistem de costuri per pacient bazat pe resurse și consum, introducerea de taxe pentru anumite servicii;

● se va dezvolta un sistem care să compare cheltuieli per pacient cu media pe departament/sectie/spital (exbuget);

● se va pune in functiune mecanismul potrivit pentru a obtine un buget per spital adapta la activitate si servicii medicale, dar si la planurile de extindere si dezvoltare.

PLANUL DE IMPLEMENTARE se va proiecta anual si va cuprinde atat actiunile planificate pentru anul in curs cat si echipa de implementare (persoane responsabile de fiecare activitate, nominal, cu un lider de echipa) ca si perioada de realizare prezentata in **diagrama Gantt**.

Elaborarea planului strategic

1. Consultarea interna si analizele echipei de elaborare a strategiei;
2. Analiza SWOT
3. Identificarea prioritatilor
4. Identificarea obiectivelor strategice si a prioritatilor de implementare
5. Dezvoltarea planului de implementare
6. Consultarea cu Consiliul Medical si acceptarea propunerilor acestuia
7. Aprobarea strategiei de catre Consiliul de Administratie.

Vor fi identificate riscurile si solutionate potrivit metodologiei de management al riscului, cuprinse in planul de management.

Prioritati

Pornind de la principala preocupare a echipei de conducere si a personalului spitalului de a veni in intampinarea nevoilor pacientilor, de a imbunatati starea de sanatate au fost definite directiile strategice majore:

1. Dezvoltarea spitalului din punct de vedere al gamei de servicii medicale, oferite de spital;
2. Dezvoltarea capacitatii spitalului din punct de vedere al managementului calitatii, resurselor umane, financiare;
3. Dezvoltarea infrastructurii corespunzatoare a spitalului;

Aprobarea strategiei de catre Consiliul de Administratie.

Acest plan strategic a fost elaborat prin consultarea sefilor de sectii/compartimente/birouri si a fost prezentat pentru consultare si aprobare Comitetului Director al Spitalului de Pneumoftiziologie Leordeni.

Acest **PLAN DE IMPLEMENTARE** va deveni un document de lucru, care va fi actualizat ori de cate ori este necesar, deoarece strategia echipei manageriale:

- Este abia initiata si este departe de a fi perfecta
- Reflecta dezvoltarea noastra organizationala la un nivel superior in cadrul spitalului, intentia de a crea o baza pentru a sustine gandirea strategica si a dezvolta capacitatile noastre manageriale
- Delimiteaza clar prioritatile spitalului pentru urmatoorii 4 ani, in concordanta cu serviciile regionale si specificul national
- Ia in calcul modificarile mediului extern la nivel local, regional si national (obiective care necesita ajustari sau modificari-revizuirea si actualizarea continua a procedurilor de lucru, a deciziilor, etc);
- Recunoaste rolul cheie pe care personalul il joaca in succesele noastre viitoare, identifica si rezolva majoritatea problemelor de resurse umane cu care se confrunta spitalul nostru in prezent.

Comitetul Director conduce implementarea acestui plan, raspunde de evaluarea periodica conform planificarilor si urmareste activitatea comisiilor interne, cu privire la responsabilitatile acestora.

Manager,
Ec.Clipici Marian