

**Creșterea performanței clinice și
financiare a activității
Spitalului Clinic Județean de Urgență
„Sf. Spiridon” Iași**

▲ Timofte Daniel Vasile

1. Descrierea situației actuale a spitalului

1.1 Tipul, profilul, amplasarea și dotarea spitalului

Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sfântul Spiridon” asigură asistență medicală de înaltă performanță pentru județul Iași, precum și pentru cele șapte județe ale Moldovei.

Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sfântul Spiridon” este o instituție sanitară cu paturi de utilitate publică, cu personalitate juridică, care este organizată și funcționează în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, sub autoritatea Ministerului Sănătății.

În conformitate cu prevederile *Ordinului 1408/2010* – privind aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor și a *Ordinului nr. 323/2011* – privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sfântul Spiridon” se clasifică în **categoria II**.

Clasificarea unității sanitare în categoria II de competență denotă faptul că spitalul are competență înaltă extinsă și asigură servicii medicale în mai multe specialități medico - chirurgicale.

Până la data de 01.03.2013 unitatea sanitară a fost clasificată în categoria I, dar întrucât nu a realizat obiectivele asumate în Planul de Conformare depus la DSP Iași a fost clasificat în categoria II.

În conformitate cu prevederile *Ordinului nr. 1764/2006* privind aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor de urgență locale, județene și regionale din punctul de vedere al competențelor, resurselor materiale și umane și a capacității lor de a asigura asistența medicală de urgență și îngrijiri medicale definitive pacienților aflați în stare critică, unitatea sanitară a fost încadrată în cadrul Unității Funcționale Regionale de Urgență Iași, împreună cu alte 5 spitale, în **categoria IA**. Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sfântul Spiridon” este un spital care, pe lângă funcția de asigurare de îngrijiri medicale populației, constituie un important centru regional de pregătire și formare profesională pentru studenți, medici rezidenți, doctoranzi.

Unitatea sanitară funcționează cu un număr de **1153** de paturi pentru spitalizare continuă și **25** paturi pentru spitalizare de zi, conform structurii organizatorice și autorizației sanitare emise.

Asistența spitalicească a fost înființată conform structurii organizatorice aprobate de MS prin ordinele: nr.239/25.03.2011; 383/05.05.2011; 956/01.06.2011; 97/01.02.2012; 1427/28.12.2012; 34/18.01.2012; 276/11.03.2015; 449/19.04.2017; nr 11/10.01.2020; 1728/08.10.2020.

Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sfântul Spiridon” își desfășoară activitatea, conform autorizației sanitare eliberată de DSP Iași, în mai multe locații și pavilioane.

Misiunea spitalului: Dezvoltarea unei națiuni de oameni sănătoși și productivi, prin asigurare accesului la servicii de prevenire, de urgențe, curative și de reabilitare de înaltă calitate, prin utilizarea eficientă a resurselor disponibile și prin realizarea serviciilor și a bunelor practici în materie de standarde în creștere.

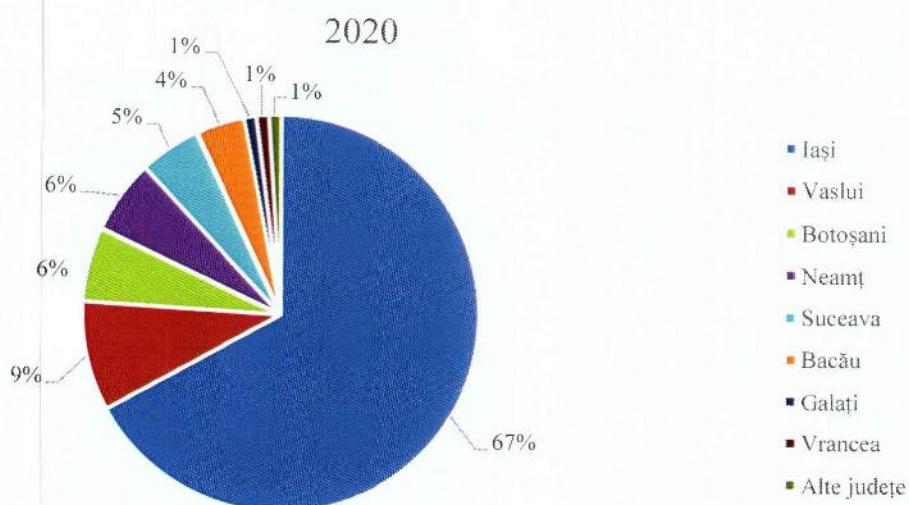
1.2 Caracteristici relevante ale populației deservite

Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Spiridon” deservește întreaga zonă a Moldovei, aproximativ 67% dintre pacienți provenind din județul Iași, aici fiind internați pacienți cărora li se oferă servicii medicale la un standard ridicat în ceea ce privește complexitatea și calitatea actului medical.

Populația deservită are următoarele caracteristici:

- *Populație îmbătrânită*, se constată o tendință constantă de îmbătrânire;
- *Preponderent rurală*, cu un nivel redus de educație sanitară și acces local limitat la servicii medicale de specialitate;
- *Morbiditatea prin boli respiratorii și digestive* în creștere;
- *Mortalitatea specifică sistemului circulator*;
- *Morbiditatea specifică sistemului respirator*;

▪ **Morbiditatea specifică sistemului digestiv.**

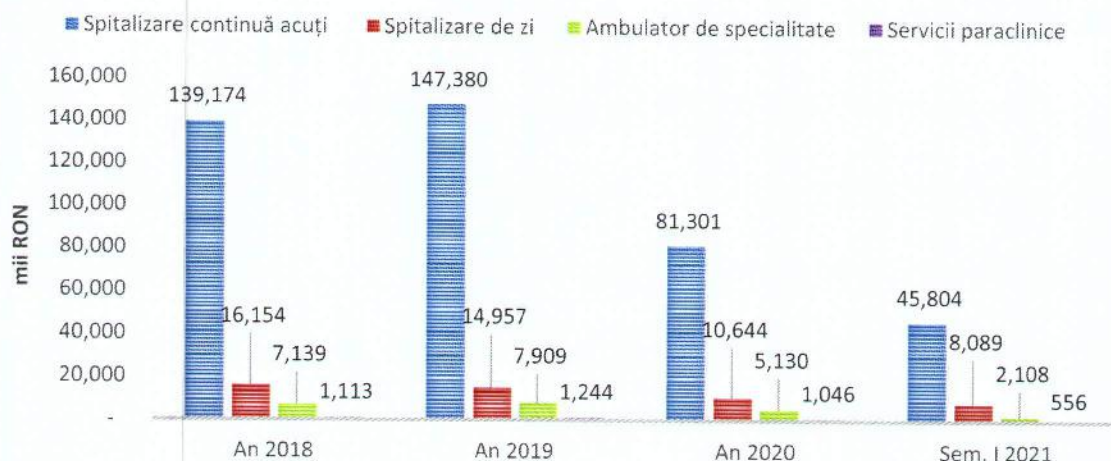


Grafic 1* Serviciul de Statistică a Spitalului Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași

1.3 Situația derulării contractelor de servicii medicale încheiate cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate în perioada 2018-2021 (6 luni)

	An 2018	An 2019	An 2020	Sem. I 2021
Spitalizare continuă acuti				
Cazuri contractate	41,503	42,363	41,350	21,390
Cazuri validate	44,404	42,793	20,717	11,238
Cazuri invalidate	691	691	482	356
ICM	1.7156	1.884	2.1325	2.1861
Valoare realizată	139,174,137	147,379,762	81,301,177	45,804,169
Valoare realizată validată	136,768,967	144,700,477	79,278,064	44,078,237
Valoare invalidată	2,405,171	2,679,285	2,023,113	1,725,932
Spitalizare de zi				
Cazuri validate	44,256	40,060	28,452	21,782
Cazuri / servicii invalidate	181	314	350	233
Valoare realizată	16,154,325	14,957,322	10,643,701	8,089,244
Valoare realizată validată	16,090,153	14,772,362	10,495,225	7.957.175
Ambulator de specialitate				
Nr. consultații realizate	132,110	135,980	92,355	42,202
Puncte realizate	2,693,251	2,824,813	1,832,314	843,785
Valoare realizată	7,138,517	7,909,475	5,130,479	2,107,676
Servicii paraclinice				
Nr. Servicii	82,872	90,779	78,006	39,435
Valoare realizata	1,113,404	1,244,397	1,046,404	555,586

EVOLUȚIA VALORILOR REALIZATE



Din analiza situației de mai sus au reieșit următoarele aspecte:

- efectuarea unei analize comparative în anii 2020 și 2021 cu anii precedenți la spitalizare continuă nu este relevantă, având în vedere situația existentă în contextul epidemiologic și ținând cont de legislația specifică în decontarea acestor servicii de către CAS;
- invalidările de cazuri din cauza codificării eronate sau a depășirii numărului de cazuri contractate: **2018** – 691 cazuri în valoare de 2.405.171 lei; **2019** – 691 cazuri în valoare de 2.679.285 lei; **2020** – 482 cazuri în valoare de 2.023.113 lei; **2021** – 356 cazuri în valoare de 1.725.932 lei;
- în condițiile în care în anii **2020** și **2021** decontarea serviciilor de spitalizare de zi s-a efectuat la nivelul realizat de către CAS Iași, spitalul a înregistrat un număr semnificativ de cazuri invalidate (350/2020 și 233/2021);
- în contextul actual epidemiologic, s-a diminuat și numărul serviciilor / consultațiilor în ambulatoriu (92.355/2020; 42.202/2021 față de 135.980/2019).

Este o provocare pentru sistemul sanitar recâștigarea *încrederii populației* în spitale și implicit creșterea adresabilității.

1.4 Situația dotării spitalului

Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sfântul Spiridon” înregistrează conform anexei 1 la situația financiară, întocmită pentru 30.06.2021 active fixe corporale constând în: aparatură medicală, dispozitive medicale și instalații în valoare de **83.865.469** lei (valoare rămasă neamortizată).

În perioada 2019-2021, situația derulării activităților de investiții (achiziționarea de aparatura medicală, dispozitive și reparații capitale) se prezintă astfel:

Nr. crt	Anul	Total valoare aprobată prin buget	Din care: Transfer de la bugetul de stat	Din care: Venituri proprii	Valoare contractată/ achiziție
1	2019	10.289.000	9.989.000	300.000	10.270.986
2	2020	13.889.000	10.342.000	3.547.000	12.816.996
3	2021	12.883.000	11.883.000	1.000.000	11.877.985
	TOTAL	37.061.000	32.214.000	5.547.000	34.965.967

În perioada 2019 – 2021, unitatea sanitară a înregistrat intrări de aparatură medicală, echipamente și dispozitive medicale, din cele două surse de finanțare în valoare de **33.741.229** lei.

În cursul anului 2021, s-au efectuat achiziții constând în: *Computer Tomograf, Angiograf monoplan pentru intervenții de tip cardiac, Aparat de radiologie cu scopie și grafie digital.* În perioada imediat următoare se va achiziționa și un *Microscop electronic* pentru clinica O.R.L. Dotarea unității sanitare cu aparatură medicală și dispozitive medicale de ultimă generație în perioada următoare va constitui un obiectiv primordial, având ca scop înlocuirea celor uzate fizic și moral, **creșterea calitatii serviciilor medicale, scăderea duratei medii de spitalizare, diminuarea cheltuielilor de întreținere și reparații.**

Prin accesarea, în perioada următoare, de fonduri europene disponibile pentru dotarea spitalelor se creează condițiile ca Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sfântul Spiridon” să beneficieze de o baza materială constând în aparatură medicală și dispozitive medicale de ultimă generație.

1.5 Situația resurselor umane

La data de 30.06 2021, spitalul avea o structură organizatorică aprobată de Ministerul Sănătății, pentru **1153** de paturi în secțiile cu *spitalizare continuă* și **25** paturi pentru *spitalizare de zi*.

În cadrul spitalului funcționează **37** linii de gardă, după cum urmează: ATI – **5**; Chirurgie generală – **4**; Chirurgie plastică – microchirurgie constructivă – **2**; Chirurgie orală și maxilofacială – **1**; Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice – **1**; Gastroenterologie – **2**; Medicină internă – **2**; Cardiologie – **2**; Oftamologie – **1**; ORL – **1**; Ortopedie și traumatologie – **2**; Chirurgie vasculară – **1**; Medicină de laborator – **3**; Radiologie și imagistică medicală – **3**; UPU-SMURD – **6**; Dermatovenerologie – **1** (gardă la domiciliu – suspendată temporar).

Conform statului de funcții structura de personal este evidențiată separat pentru salariații ale căror cheltuieli de personal sunt finanțate integral din venituri proprii prin sistemul de asigurări sociale de sănătate și separat pentru cei de la bugetul de stat (Unitatea de Primire a Urgențelor și medicii rezidenți).

1.6 Evoluția personalului 2018 – 2020:

La data de 30.06.2021 încadrarea cu personal pe surse de finanțare se prezintă astfel:

Nr. crt.	Categoria de personal	Normat / Aprobat conform Ord.1224/2010: din care	Normat/ Aprobat fond asigurări	Normat/ Aprobat fond buget	Total posturi ocupate din care:	Total posturi asigurări	Total posturi buget
1	Medici	2430	492	1938	2217	286.5	1930.5
2	Personal superior sanitar	65	62	3	40	37	3
3	Personal mediu sanitar	1838	1704	134	1278	1154	124
4	Personal auxiliar sanitar	1066	922	144	683	599	84
5	Personal TESA (culte+comitetul director)	119	116	3	93	90	3
6	Muncitori	116	116	0	91	91	0
	Total	5634	3412	2222	4402	2257.5	2144.5

Încadrarea personalului s-a făcut cu respectarea prevederilor legale privind aprobarea normativelor de personal (OMS 1224/2010, OMS 1500/2009, OMS 1706/2007). Conform situației de mai sus, la data de 30.06.2021 numărul posturilor ocupate per total unitate este de **4.402** din **5.634** posturi normate. Situația posturilor a căror cheltuieli sunt finanțate integral din venituri proprii prin

sistemul de asigurări sociale de sănătate se prezintă astfel: *posturi normate* – **3.412**; *posturi ocupate* – **2.257,5**; *posturi vacante* – **1.154,5**.

Raportând numărul angajaților la numărul paturilor finanțate de CAS Iași, rezultă un o medie de 2 angajați / pat finanțat, fapt care denotă că normarea / respectiv aprobarea s-a efectuat la maximum prevăzut în OMS 1224/2010 și celelate acte normative.

Din situația întocmită de SRUNOS – privind evoluția posturilor normate, posturilor ocupate și vacante în perioada 2019-2021, se constată o creștere de la un an la altul, creștere datorată numărului de medici rezidenți anii I-VII. Dacă se scade numărul medicilor rezidenți din posturilor ocupate, se constată că personalul angajat s-a menținut în mod constant în jurul cifrei de **2500**.

1.7 Analiza financiară și a indicatorilor specifici serviciilor medicale

În cele ce urmează, vom prezenta rezultatul financiar al spitalului între anii 2018 – 2021. După cum se poate vedea, spitalul a înregistrat la finele anilor 2018, 2019 și 2020 excedent bugetar.

Venituri/ Cheltuieli	31.12.2018	31.12.2019	31.12.2020	30.06.2021
Total venituri	385.958.078	441.968.863	489.847.425	254.400.047
Total cheltuieli	383.506.070	421.725.290	489.054.198	269.673.154
Excedent / Deficit	+2.452.008	+20.243.573	+793.227	-15.273.107

La data de 30.06.2021 unitatea sanitară înregistrează un deficit în suma de 15.273.354 lei. Analizând situațiile financiare la 30.06.2021, balanțele de verificare pentru perioada 01.01.2021-30.06.2021, am constatat că în luna iunie nu figurează înregistrate veniturile realizate din spitalizare continuă, spitalizare de zi, ambulatoriul integrat, servicii paraclinice – în valoare totală de 11.470.458 lei. Prin rectificarea erorii din evidența contabilă, unitatea sanitară va înregistra un deficit de 3.802.896 lei.

În primele 6 luni ale anului **2021**, *veniturile realizate* sunt într-un procent de **51.93%** față de cele realizate în anul **2020**, în schimb *cheltuielile totale* sunt realizate într-un procent de **55.14%** din cele realizate în anul **2020**. O creștere semnificativă pe primele 6 luni ale anului 2021 se înregistrează la cheltuielile cu salariile care sunt în procent de 58.9% față de cele înregistrate în anul 2020 (208.954.380 lei/ 6 luni /**2021** și 354.759.085/12 luni/**2020**).

La data de 30.06.2021 cheltuielile de personal reprezintă **77%** din totalul cheltuielilor, în creștere față de anii precedenți (71.26%/**2020** și 71.43%/**2019**).

Cheltuielile materiale și cu serviciile sunt în procent de **20%** din totalul cheltuielilor, în scădere cu aproximativ **5** procente față de anii precedenți. La aceeași dată, cheltuielile cu medicamentele, materialele sanitare și reactivii sunt în valoare de **40.577.231** lei (**15%** din totalul cheltuielilor și **75%** din totalul cheltuielilor materiale și cu serviciile).

În comparație cu anii precedenți, aceste cheltuieli *au scăzut* semnificativ față de **2020** (101.800.000 lei) și **2019** (82.166.000 lei).

Creșterea ponderii cheltuielilor de personal în anul 2021 este determinată de faptul că s-au acordat drepturi salariale aferente anului precedent (sporul de COVID).

Cheltuielile de personal reprezintă o pondere însemnată în totalul cheltuielilor. O politică de personal necorespunzătoare poate conduce la dezechilibre financiare și implicit afectarea activității curente a spitalului (diminuarea resurselor alocate pentru medicamente, materiale sanitare, piese de schimb, reactivi și dezinfectanți).

Din analiza situației privind structura veniturilor și ponderea acestora pentru perioada 2019 – 2021 au reieșit următoarele:

- 1) Veniturile din contractele cu CAS Iași pentru *spitalizare continuă* au **scăzut** în anii 2020 și 2021 față de anul 2019, motivat de contextul epidemiologic.
- 2) Veniturile din contractul cu CAS *spitalizare de zi* au **creșcut** în anul 2021 față de anul precedent și chiar față de anul 2019.

3) Veniturile din activitatea *ambulatoriului* au **scăzut** în anii 2020 și 2021 față de perioada anterioară apariției virusului SARS-CoV-2. Veniturile realizate în ambulatoriu sunt sub nivelul celor posibile de realizat, având în vedere baza materială de care dispune spitalul, numărul de specialități, numărul de medici și numărul normelor din ambulatoriu contractate cu CAS Iași.

4) Veniturile proprii suplimentare ale spitalului reprezintă o pondere nesemnificativă în totalul veniturilor în perioada analizată (2019-2021).

Din analiza situațiilor financiare a reieșit faptul că unele secții înregistrează cheltuieli mai mari decât veniturile, inclusiv cheltuielile de personal depășesc veniturile realizate.

Pentru a îmbunătăți rezultatele financiare ale secțiilor, trebuie maximizate veniturile și eficientizate cheltuielile, cu accent pe indicatorii de rulaj, care determină veniturile și cheltuielile (cazuri externate, ICM, DMS, rata de ocupare a paturilor), care vor fi prezentați în cele ce urmează.

1.8 Evoluția indicatorilor spitalicești în perioada 2018 – 2021

Indicatorul	2018	2019	2020	30.06.2021
Pacienți externați	45095	43484	21200	11594
Zile de spitalizare	291.523	282.819	154.897	80.519
Durata medie de spitalizare	6.46	6.50	7.31	6.94
ICM	1.7156	1.8840	2.1325	2.1861
Indicele de utilizare a paturilor % *	282.21	271.94	147.80	156.28
Rulajul pe pat	43.51	42.08	20.19	11.35
Decese la 100 externați % (% Mortalitate)	2,72%	2,90%	5,33%	5,07%
Rata de utilizare a paturilor % *	76.71%	74.50%	39.51%	42.29%
Rata infecțiilor asociate asistenței medicale		2.54%	4.79%	5.05%

În perioada **01.01.2019 – 31.12.2019**, activitatea medicală desfășurată la nivel de spital a înregistrat **43,484 cazuri externate**, cu **3.57%** mai puține decât în anul **2018**, totalizând un număr de **282,819 zile de spitalizare** cu o durată medie de spitalizare (DMS) de **6.50** zile, cu până la **0.61%** mai mare decât în anul precedent. Indicele de utilizare a paturilor (IUP) a înregistrat o *scădere* comparativ cu anul 2018 de **3.63%**, atingând valoarea de **271.94**, rezultând o rata de utilizare a paturilor de **74.50%**. Pe categorii de servicii medicale au fost înregistrați următorii indicatori: **43,484** cazuri raportate în *spitalizare continuă acuti* care au realizat un ICM de **1.8840** și DMS de **6.50** zile; **40,372** servicii raportate în *spitalizare de zi*; **135,980 consultații** și **47,556** servicii în *ambulatoriul de specialitate* – raportate către CJAS și **90,779 servicii paraclinice**.

Din punct de vedere al serviciilor medicale oferite în *spitalizare continuă acuti*, în anul 2019 numărul de cazuri externate a scăzut comparativ cu anul 2018, concomitent cu o creștere a valorii ICM de la **1.7156** la **1.8840** și o creștere a duratei medii de spitalizare de la **6.46** zile la **6.50** zile.

În ceea ce privește serviciile medicale în *spitalizare de zi*, acestea au înregistrat o scădere de la **44,433** servicii raportate în anul 2018 la **40,372** servicii în anul 2019. În cazul *ambulatoriului*, numărul consultațiilor a crescut până la **2.92%** în anul 2019 comparativ cu anul 2018, concomitent cu creșterea numărului de servicii oferite.

Activitatea medicală desfășurată în perioada **01.01.2020 – 31.12.2020** a fost influențată din cauza pandemiei generate de virusul SARS-CoV-2 și a măsurilor legislative ca urmare a acesteia, înregistrând la nivel de spital doar **21,199** cazuri externate, totalizând un număr de **154,897** zile de spitalizare cu o durată medie de spitalizare (DMS) de **7.31** zile. Spitalul a realizat un indice de utilizare a paturilor (IUP) de doar **147.80**, rezultând o rata de utilizare a paturilor de **40.38%**. Pe categorii de servicii medicale au fost înregistrați următorii indicatori: **21,199** cazuri raportate în *spitalizare continuă acuti* care au realizat un ICM de **2.1325** și DMS de **7.31** zile; **28,802** servicii

raportate în *spitalizare de zi*; **92,355 consultații** și **27,864 servicii în ambulatoriu de specialitate** – raportate către CJAS și **78,006 servicii paraclinice** – raportate către CJAS.

Comparativ cu anul precedent, activitatea medicală a fost diminuată, numărul de cazuri externe în *spitalizare continuă acuti* înregistrând o scădere cu până la **50%**. Cu toate acestea, valoarea ICM-ului a înregistrat o creștere semnificativă, de la **1.8840** în anul 2019 la **2.1325** în anul 2020. Serviciile medicale oferite în *spitalizare de zi* și *ambulatoriu de specialitate* au înregistrat, de asemenea, o scădere față de anul precedent cu până la **28.65%**, respectiv **32.08%**.

În perioada **01.01.2021 – 30.06.2021** activitatea medicală desfășurată a înregistrat la nivel de spital **11,594** cazuri externe, totalizând un număr de **80,519** zile de spitalizare cu o durată medie de spitalizare (DMS) de **6.94** zile. Spitalul a realizat un indice de utilizare a paturilor (IUP) de **156.28**, rezultând o rată de utilizare a paturilor de **42.82%**. Pe categorii de servicii medicale au fost înregistrați următorii indicatori: **11,594** cazuri raportate în *spitalizare continuă acuti* care au realizat un ICM de **2.1861** și DMS de **6.94** zile; **22,015** servicii raportate în *spitalizare de zi*; **42,202 consultații** și **13,643 servicii în ambulatoriu de specialitate** – raportate către CJAS și **39,435 servicii paraclinice** – raportate către CJAS.

Principalele servicii medicale oferite de Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sfântul Spiridon” Iași, din punct de vedere al valorii lor, sunt reprezentate de *servicii medicale de spitalizare continuă acuti*, cu o valoare realizată de **139,174,137 RON** în anul 2018 și **147,379,762 RON** în anul 2019, cu până la **5.89%** mai mare decât în anul precedent. În anul 2020, având în vedere contextul epidemiologic, valoarea realizată a fost de **81,301,177 RON** înregistrând o scădere de **44.84%** comparativ cu anul 2019. Activitatea desfășurată în semestrul I al anului 2021, în spitalizare continuă acuti, a generat o valoare realizată de **45,804,169 RON** cu până la **12.68%** mai mare decât media semestrială a anului precedent.

Indicatorii ICM și DMS și RUP trebuie monitorizați periodic, deoarece au impact direct în formula de contractare a serviciilor de spitalizare continuă, determinând suma maximală posibilă de contractat, astfel o analiză a indicatorilor de rulaj (IUP, rulajul / pat și R.U.P) pentru anii 2020 și 2021 comparativ cu anii precedenți este nerelevantă, având în vedere situația epidemiologică din ultimii doi ani.

Din acest motiv voi face o analiză a principalilor indicatori calitativi și de rulaj pentru anul 2019 pe toate secțiile spitalului cu paturi în vederea stabilirii numărului optim de paturi.

SECȚIE	Nr. paturi		ICM		DMS		RUP	RUP cu DMS optim
	active	optim	realizat	specialitate grupă	realizat	optim		
Arsi - Urgente	5	12	5.6779	4.4830	14.07	15.40	182.74%	199.99%
Cardiologie	60	79	2.5358	1.7392	5.72	7.38	104.10%	134.41%
Chirurgie generală I	75	70	2.5347	2.0077	8.18	8.36	74.12%	75.69%
Chirurgie generală II	42	41	2.1818	2.0077	7.51	7.74	76.08%	78.40%
Chirurgie generală III	60	70	2.2675	2.0077	7.94	7.46	92.82%	87.19%
Chirurgie generală IV	50	51	2.5467	2.0077	7.93	8.15	81.07%	83.27%
Chirurgie laparoscopică II	15	1	3.9028	1.9314	5.47	12.17	3.60%	8.00%
Chirurgie maxilo-facială	55	46	2.3810	2.4039	7.20	5.60	66.50%	51.75%
Chirurgie plastică, reparatorie	20	19	1.0475	1.5649	3.47	4.84	74.60%	104.13%

SECȚIE	Nr. paturi		ICM		DMS		RUP	RUP cu DMS optim
	active	optim	realizat	specialitate grupă	realizat	optim		
Chirurgie vasculară	25	42	3.2066	2.7903	10.67	7.40	132.89%	92.12%
Dermatovenerologie	28	31	1.3286	1.6197	6.83	6.94	88.02%	89.47%
Diabet zaharat, nutriție, boli metabolice	35	31	1.2823	1.2748	9.23	6.10	69.84%	46.21%
Endocrinologie	40	28	1.1581	1.1625	4.74	4.44	54.73%	51.22%
Endocrinologie copii	3	3	0.9181	0.9271	4.22	4.21	88.31%	88.13%
Gastroenterologie I	58	69	1.6916	1.6370	5.68	6.02	94.67%	100.27%
Gastroenterologie II	62	77	1.7996	1.6370	5.67	6.30	98.50%	109.50%
Hematologie	30	27	2.1526	2.2457	7.28	5.70	72.38%	56.69%
Imunologie clinică și alergologie	19	15	1.3174	1.3184	5.42	5.48	64.54%	65.21%
Medicina internă I	50	36	1.3418	1.6547	7.16	6.38	57.96%	51.66%
Medicina internă II	55	45	1.6702	1.6547	5.83	6.94	65.69%	78.25%
Medicina internă III	50	36	1.7656	1.6547	6.13	7.42	56.75%	68.66%
Neurologie	10	5	1.8702	1.8774	6.44	8.71	43.42%	58.71%
Oftalmologie adulți	35	33	0.7235	0.6379	5.15	3.16	74.89%	46.05%
Oftalmologie copii	5	2	0.9390	0.9396	4.10	4.17	35.73%	36.31%
ORL adulți	41	42	1.6494	1.8048	5.71	5.69	81.02%	80.64%
Ortopedie și traumatologie	60	65	1.6241	1.7234	6.67	7.40	85.42%	94.72%
Total acuti	988	976	1.8840	-	6.50	6.59	78.42%	79.44%

Din situația de mai sus reiese faptul că indicatorii de rulaj au fost calculați la un număr de 988 paturi active, în loc de 1003 paturi din structura unității sanitare repartizate pe secțiile care au intrat în contract cu CAS.

După cum se poate observa în tabelul de mai sus, există secții și compartimente, care au avut o **rată de utilizare a paturilor foarte mare** (de exemplu, Ortopedie și traumatologie -85%; Gastroenterologie I - 94%; Gastroenterologie II - 98%; Chirurgie vasculară - 133%; Cardiologie - 104%; Arși-urgente - 182% și Chirurgie generală III - 93%) și secții / compartimente cu o rată de utilizare a paturilor **foarte mică** (de exemplu Neurologie - 43%; Oftalmologie copii - 36%; Medicină internă I - 57%; Chirurgie laparoscopică II - 3.60% și Endocrinologie - 54.7%). Acest indicator trebuie analizat cu atenție și monitorizat în timp, întrucât rata de utilizare scăzută a paturilor poate însemna tăierea paturilor pe viitor, la următoarea contractare cu CJAS.

Totodată, unele secții au avut în perioada analizată, o **durată medie de spitalizare mai mare** decât durata medie de spitalizare la nivel național, în încercarea de a crește rata de utilizare a paturilor. Prelungirea duratei de spitalizare în mod nejustificat, pe lângă faptul că generează cheltuieli suplimentare (în primul rând cheltuieli hoteliere - utilități, hrană etc.), nu aduce niciun venit suplimentar spitalului. Creșterea ratei de utilizare a paturilor trebuie realizată prin creșterea rulajului pacienților și nu artificial, prin prelungirea DMS-ului.

Făcând corelarea acestor indicatori cu rezultatele financiare de la nivelul secțiilor prezentate anterior, se va observa interdependența acestora. Cu alte cuvinte, secțiile cu un rezultat financiar negativ vor avea indicatori de rulaj slabi, respectiv o rată de ocupare a paturilor mică, un ICM mai mic decât ICM specialitate și un DMS realizat mai mare decât DMS-ul optim. Aceste secții trebuie fie relocalate, restructurate sau dotate cu aparatură medicală pentru a îmbunătăți indicatorii medicali,

lucru care se va rasfrange în partea financiară. Câteva soluții, pe lângă monitorizarea periodică a acestor indicatori de rulaj, ar fi:

–corelarea gradului de ocupare al paturilor cu gradul de ocupare al posturilor; cu alte cuvinte, personalul mediu și auxiliar de pe secțiile cu grad mic de ocupare al paturilor să fie relocalate către secții unde există adresabilitate

–creșterea numărului de paturi pentru secții care au adresabilitate, prin relocalarea paturilor de la secțiile unde RUP este scăzut, acolo unde infrastructura permite.

1.9 Analiza evenimentelor adverse asociate asistenței medicale

Nr. crt	Categoria EAAAM	2018	2019	2020	2021
1	Eveniment santinelă	0	1	0	1
2	Eveniment pre-santinelă	0	0	0	0
3	Accident	21	9	9	4
4	Eveniment near-miss	9	14	11	4
5	Incident	7	9	17	8
TOTAL Evenimente adverse		37	33	37	17

Din analiza categoriilor de EAAM raportate, se constată un număr mic de evenimente raportate, cu accent pe evenimentele prevenibile. Nu s-au înregistrat evenimente adverse cu afectarea gravă a pacienților. Evenimentele adverse asociate asistenței medicale (EAAAM) trebuie identificate și analizate de către toți profesioniștii din domeniul sănătății, indiferent de domeniul lor de practică. Informațiile permit specialiștilor din domeniul sănătății să înțeleagă și să participe la acest management al riscului activității lor. Colectarea informațiilor și analiza despre EAAAM trebuie să fie un proces anonim, fără caracter acuzator, în scopul învățării din erori. Astfel, pe baza acestor raportări, conducerea unității poate identifica cele mai frecvente cauze de apariție și cele mai bune practici de prevenire a apariției și limitare a efectelor acestora.

2. Analiza SWOT a spitalului

EVALUARE INTERNĂ	
Puncte forte	Puncte slabe
<ul style="list-style-type: none"> - spitalul este acreditat în conformitate cu standardele de acreditare ANMCS. - Este acreditat pentru prelevare de organe și transplant hepatic, cornee și celule stem. - adresabilitate crescută în regiunea N-E; - aparatură medicală de înaltă performanță În perioada 2019-2021 unitatea sanitară a înregistrat intrări de aparatură medicală, echipamente și dispozitive medicale în valoare de 33.741.229 lei (Computer tomograf, Angiograf monoplan pentru intervenții de tip cardiac, Aparat radiologic cu scopie și grafie digital, turnuri laparoscopie, mese de operații, lămpi scialitice, ecografe, etc) - laboratoare de analize medicale acreditate RENAR 	<ul style="list-style-type: none"> - dependența spitalului față de CJAS Iași pentru finanțarea creșterilor salariale (ponderea mare a subvențiilor pentru salarii din totalul cheltuielilor de personal). - spitalul își desfășoară activitatea în mai multe locații și în sistem pavilionar, fapt ce duce la creșterea cheltuielilor de funcționare și întreținere; - autorizație sanitară de funcționare pentru activitatea spitalicească cu Plan cadru de conformare. (ASF eliberată în baza referatului de evaluare nr. 41/27.01.2020. Valabilitatea ASF a fost prelungită în baza OUG 70/2020 până la 31.12.2022; Până la data de 30.06.2021 obiectivele din Planul Cadru de conformare au fost realizate cu excepția celor prevăzute la ob.7 și 8.

<ul style="list-style-type: none"> - numărul mare de rezidenți care au încheiat contracte de muncă cu spitalul (1805 de rezidenți la 30.06.2021) - personal medical bine pregătit și competent, cheia rezultatelor ce se pot obține de spital. - ICM-ul bun reflectă capacitatea spitalului de a trata cazurile cu patologii complexe. - sistem informatic medical integrat – conform standardelor U.E. - implementarea sistemului integrat de management al calității ISO 9001. - existența contractelor de colaborare încheiate cu UMF Iași și cu unitățile de învățământ privat care pregătesc personalul medical superior și mediu. - prezența cadrelor didactice universitare UMF cu experiență și cu un înalt grad de profesionalism; - în cadrul spitalului sunt integrați un număr de 178 medici (42,18% din totalul medicilor) care sunt și cadre didactice universitare. - activitate de cercetare cu largi posibilități de dezvoltare de noi specialități (bancă de țesuturi și celule Stem); - desfășurarea de studii clinice cu impact științific, medical dar și cu rezultate financiare pentru spital. - percepție bună și imagine pozitivă a spitalului, în rândul opiniei publice. - personal mediu sanitar înalt calificat, cu studii superioare; - contacte personale cu lumea medicală mondială (congrese internaționale, conferințe, lucru în echipă); - înființarea Compartimentului de Cardiologie Intervențională în cadrul Secției Clinice de Cardiologie; - unitatea funcțională de arsuri – corp de clădire reabilitat și modernizat, complet utilat 	<ul style="list-style-type: none"> - existența unor imobile din locația de pe Bd. Independentei nr. 1 care au statut de monument istoric și sunt în proprietatea Primăriei Iași – fapt ce conduce la îngreunarea accesării de fonduri pentru extindere sau modernizare. - ineficiența unor secții/ compartimente, care au realizat indicatori de rulaj nesatisfăcători. - insuficiența colaborare interdisciplinară pentru cazurile complexe. - existența unor pavilioane care nu sunt autorizate de către ISU (2). - ponderea foarte mare a cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor de funcționare și din veniturile încasate de la CAS Iași (normarea personalului pe cele mai multe secții s-a făcut la minim de paturi), - circuitele funcționale (circuitul pacienților, circuitul vizitatorilor, circuitul personalului, circuitul deșeurilor) sunt realizate cu dificultate, ținând cont de particularitățile structurale ale clădirilor în care se desfășoară activitatea medicală. - rezultatele negative înregistrate de mai multe secții (cheltuielile mai mari decât veniturile). - comunicare necorespunzătoare între secțiile clinice, între acestea și sectorul administrativ precum și între serviciile, birourile și compartimentele spitalului; - nu se respectă în totalitate procedurile operaționale emise și aprobate – de către angajații din cadrul secțiilor, serviciilor / compartimentelor; - o rată mare a infecțiilor asociate asistenței medicale 4.79% în 2020 și 5.05% în 2021 - ambulatoriul integrat nu corespunde exigențelor actuale în vederea desfășurării de activități medicale de înaltă calitate și care să satisfacă pacienții; insuficiența dotare cu aparatură medicală a cabinetelor duce la imposibilitatea realizării unor servicii medicale contractate sau posibil de contractat cu CAS Iași.
--	--

EVALUARE EXTERNĂ	
Oportunități	Amenințări
<p>- o comunicare permanentă cu Ministerul Sănătății, prezentarea necesităților spitalului în vederea obținerii subvențiilor necesare finanțării achizițiilor de aparatură și realizarea de noi obiective de investiții;</p> <p>- accesarea de fonduri europene disponibile pentru aparatură medicală și construcții noi sau modernizări;</p> <p>- relația contractuală cu CJAS ar trebui să reprezinte un real ajutor pentru a oferi servicii medicale bazate pe nevoile pacienților</p> <p>- modernizarea și dotarea cu aparatură medicală a Ambulatoriului integrat având în vedere politica actuală de modernizare a sistemului sanitar;</p> <p>- efectuarea de investiții în aparatură modernă, având ca scop creșterea calității serviciilor medicale și rezolvarea mai multor cazuri chirurgicale cu complexitate ridicată;</p> <p>- restructurarea secțiilor și compartimentelor medicale ale spitalului, ținând cont de indicatorii spitalicești specifici și de performanță economică;</p> <p>- asigurarea unui echilibru financiar a spitalului prin:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Creșterea veniturilor, inclusiv din activitatea de ambulatoriu; 2. Optimizarea cheltuielilor specifice activităților spitalicești 3. O politică de personal corespunzătoare; 4. Îmbunătățirea indicatorilor spitalicești (ICM, RUP , DMS), scopul fiind de a obține o finanțare mai bună de la CAS Iași; <p>- posibilitatea personalului care are experiență, expertiză și este bine instruit în domeniul medical de a profesa în viitorul Spital Regional de Urgență care va funcționa la cele mai înalte standarde medicale.</p>	<p>- relația cu CJAS poate reprezenta cea mai mare amenințare, din mai multe puncte de vedere, astfel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reducerea finanțării, respectiv reducerea numărului de paturi contractabile • neacordarea în viitor a subvențiilor de la bugetul de stat pentru majorările salariale. <p>- instabilitatea legislativă, care poate aduce surprize sistemului DRG: reguli noi, restrictive, reducerea valorilor DRG, schimbarea formulei de contractare prin introducerea IUP realizat etc.</p> <p>- concurența spitalelor și clinicilor private din regiune, din mai multe puncte de vedere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. migrarea fondurilor CJAS către furnizorii privați 2. reducerea numărului de pacienți și, implicit, scăderea veniturilor spitalului 3. preluarea cazurilor ușoare și rentabile, cele costisitoare rămânând pentru spitalul public. <p>- rezistența personalului la schimbare.</p> <p>- procesele de malpraxis venite din partea pacienților nemulțumiți pun presiune pe spital, care trebuie să fie pregătit pentru a oferi servicii de calitate ridicată și garantată.</p> <p>- dezvoltarea într-un ritm susținut a spitalelor de urgență din județele învecinate</p>

Consider că toate obiectivele, acțiunile și Planul Strategic al Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sfântul Spiridon” din perioada următoare trebuie să țină cont de înființarea Spitalului Regional de Urgențe Iași.

Se estimează că viitorul SRU va funcționa începând cu anul 2027. Am participat la majoritatea întâlnirilor de lucru cu partenerii din acest proiect: MS, BEI, PMI, CJ Iași la sediul MS sau al BEI. Conform Strategiei Naționale de Sănătate, SRU Iași va avea **850** paturi, prin translarea acestora de la SCJU Sf. Spiridon, precum și a personalului aferent.

SRU Iași va asigura asistență medicală pentru Județul Iași și fiind un centru medical cu cea mai mare expertiză medicală din regiune va deservi și celelalte județe limitrofe pentru cazurile complexe, care depășesc nivelul de competență și expertiză a spitalelor județene din regiune.

3. Identificarea problemelor critice

Din analiza situațiilor financiare, statistice, evoluției indicatorilor, a stării de fapt și a măsurilor dispuse de instituțiile cu rol de îndrumare și control am identificat următoarele probleme critice:

3.1 Veniturile din activitatea ambulatoriului integrat sunt mult sub nivelul celor posibil de realizat.

Conform situațiilor financiare ale spitalului, veniturile realizate de ambulatoriu integrat reprezintă un procent nesemnificativ din totalul veniturilor încasate de la CAS Iași (6.35%/2019; 3.02%/2020 și 3.27%/2021). În situația actuală, se pot obține venituri lunare de aproximativ 750.000 lei, având în vedere numărul cabinetelor medicale; specialitățile; gradul profesional al medicilor; numărul consultațiilor, valoarea punctului contractat prin norme.

3.2 Structura organizatorică actuală a spitalului (secții și administrativ)

În perioada următoare se impune reorganizarea structurii de paturi după o analiză detaliată deoarece există o rată scăzută de utilizare a paturilor pe unele secții ale spitalului în timp ce pe alte secții rata de utilizare a patului depășește procentul de 100%.

3.3 Efectuarea de servicii medicale (spitalizare continuă) peste valoarea contractată cu CJAS Iași.

Mai mult, aici sunt incluse și servicii nevalidate în creștere (spitalizare continuă, spitalizare de zi, ambulatoriu). Această situație este detaliată la pct.1.3 din prezentul proiect.

3.4 Locația

Spitalul își desfășoară activitatea în mai multe pavilioane din bd. Independenței nr.1, imobile care sunt în proprietatea Primăriei Iași și care sunt încadrate în categoria monumente istorice. Aceste pavilioane vechi nu pot asigura condițiile cele mai bune pentru desfășurarea activității medicale (secții care activează pe două nivele – fapt care conduce la creșterea numărului de personal necesar). Intervențiile (reparații curente și capitale) asupra acestor imobile sunt greu de realizat și necesită aprobări speciale.

3.5 Pavilioane moderne, dar fără autorizare I.S.U.

În cadrul unității sanitare există 2 pavilioane care au beneficiat de lucrări de modernizare însă nu sunt autorizate de către I.S.U Iași.

3.6 Responsabilitatea șefilor de secții/laboratoare/servicii medicale

Șefilor de secții de laboratoare sau servicii medicale nu li se repartizează anual indicatorii de realizat prin act adițional la contractul de administrare. După aprobarea bugetului de venituri și cheltuieli a spitalului nu s-a repartizat bugetul pe secțiile spitalului, situație în care lunar nu se întocmește nici execuția bugetului de venituri și cheltuieli.

3.7 Infecții asociate asistenței medicale

Rata ridicată a infecțiilor asociate asistenței medicale: în anul 2021, rata a fost de **5.05%** în creștere față de anul 2020 (**4.79%**) și de anul 2019 (**2.54%**). În aceste condiții, în perioada următoare, trebuie întreprinse toate demersurile în vederea scăderii semnificative a infecțiilor asociate asistenței medicale (creșterea frecvenței dezinfectiei și curățeniei; alocarea de fonduri suplimentare pentru autocontrol în vederea prevenirii și depistării la timp a infecțiilor asociate asistenței medicale; rectificarea BVC / 2021 în sensul creșterii sumelor alocate pentru dezinfectați și

materiale de curățenie; funcționarea în mod corespunzător a *Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale*; monitorizarea permanentă a implementării precauțiilor standard – măsuri minime obligatorii pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate).

3.8 Implementarea parțială și formală a sistemului de management al calității și implicit al riscurilor

Nerespectarea în totalitate a Procedurilor Operaționale emise și aprobate la nivelul unității sanitare.

3.9 Autorizație sanitară cu Program cadru de conformare cu obiective având termen de finalizare 31.12.2020 și prelungite până la 31.12.2022

Obiectivele care nu au fost realizate până în prezent:

- 1) Organizarea spațiilor și circuitelor funcționale pentru structura spitalizare de zi, conform OMS 1096/30.09.2016
- 2) Dotarea cu stație de tratare a apelor uzate, conform OMS 914/2006 completat cu modificările ulterioare.
- 3) Asigurarea unei locații unice pentru secția Chirurgie Plastică și Microchirurgie Reconstructivă.
- 4) Asigurarea rezervei de apă pentru 1-3 zile în conformitate cu prevederile OMS 914/2006

4. Selecționarea unor probleme prioritare, cu motivarea alegerii făcute

Urmare a analizării tuturor problemelor critice identificate, ținând cont de stadiul înființării Spitalului Regional de Urgențe Iasi, consider că problema prioritară de rezolvat o constituie organizarea activităților, asigurarea resurselor materiale în vederea creșterii eficienței și îmbunătățirii calității actului medical având ca rezultat creșterea siguranței și gradului de satisfacție a pacientului.

5. Dezvoltarea proiectului de management

A) SCOP:

- Creșterea calității serviciilor medicale acordate pacienților, îmbunătățirea condițiilor oferite pacienților, diminuarea numărului de infecții asociate asistenței medicale.
- Creșterea veniturilor din activitatea din ambulatoriu integrat.
- Obținerea acreditării spitalului cu un nivel superior celui actual.
- Obținerea autorizației sanitare de funcționare fără plan de conformare.

B) OBIECTIVE :

Q1. Organizarea sistemului de management al riscurilor în conformitate cu Metodologia de aplicare a Standardului de control intern „Managementul riscurilor”

Managementul riscurilor presupune concentrarea resurselor pentru îndeplinirea obiectivelor ierarhizate din punct de vedere al priorității.

Q2. Creșterea și maximizarea performanței clinice și financiare a activității spitalului, cu scopul de a asigura buna funcționare a spitalului și de a asigura un echilibru financiar.

Acest lucru trebuie să fie realizat în corelare cu regulile de finanțare, care se schimbă de la o perioadă la alta, stabilirea unei strategii de contractate cu CJAS astfel încât venitul obținut de spital să fie maximizat, ținând cont de structurile existente la nivel de spital, de necesitățile populației și, nu în ultimul rând, de rentabilitatea diferitelor servicii medicale. Totodată, un aspect foarte important, care privește funcționarea spitalului în echilibru financiar, de care voi ține cont, este acela de a nu înregistra plăți restante respectiv arierate. Funcționarea eficientă și echilibrată din punct de vedere financiar a spitalului nu este un obiectiv în sine, ci o condiție pentru a putea îndeplini obiectivele medicale, profesionale și sociale. A planifica și monitoriza activitatea medicală și a transpune această activitate într-una economică nu este deloc ușor pentru managementul spitalului.

Q3. Creșterea gradului de siguranță și satisfacție a pacienților și angajaților

Siguranța pacienților este cheia calității asistenței medicale. Este un termen, care include acțiunile orientate către eliminarea, reducerea și atenuarea rezultatelor adverse ca o consecință a procesului de îngrijire, precum și promovarea acelor practici cu rezultate mai sigure.

C) ACTIVITĂȚI

Obv	Activitati	Responsabil	Resurse	Termen realiz.
QI.1	Identificarea riscurilor clinice	șefi de secții		Permanent
QI.2	Elaborarea unei hărți a riscurilor prin stabilirea zonelor din spital expuse fiecărui tip de risc	șeful structurii de management		Anual
QI.3	Evaluarea riscurilor	SMC+ Echipa de gestionare a riscurilor		Anual
QI.4	Revizuirea și raportarea riscurilor	SMC+ Echipa de gestionare a riscurilor		Anual
QI.5	Informarea angajaților, pacienților și vizitatorilor cu privire la riscurile care le pot afecta siguranța.	SMC+ Echipa de gestionare a riscurilor		Permanent
QI.6	Elaborarea/ revizuirea procedurilor și protocoalelor pentru toate procesele derulate în fiecare secție/ compartiment.	Consiliul medical +SMC		Permanent
QI.7	Evaluarea procedurilor și protocoalelor implementate, stabilirea eficienței și eficacității proceselor și a măsurilor de îmbunătățire	Consiliul medical +SMC		Anual
QI.8	Auditul clinic pentru identificarea riscurilor clinice și a evenimentelor santinelă, adverse, măsuri de prevenire a acestora.	Consiliul medical +SMC		Trimestrial
QI.9	Informarea și încurajarea personalului în identificarea și raportarea evenimentelor adverse și raportarea în vederea învățării din erori – fără caracter acuzator	Consiliul medical +SMC		Permanent
QII.1	1.Monitorizarea modului de derulare a contractelor încheiate cu CAS Iași, realizarea serviciilor și a indicatorilor calitativi și de rulaj	șefii de secții/ compartimente Serv. statistică Comitetul Director		Permanent
QII.1.1	Repartizarea indicatorilor de realizat (nr. cazuri DRG, nr cazuri spitalizare de zi, nr. servicii / consultații în ambulatoriu) – șefilor de secții/ compartimente	Serv. statistică Manager		Permanent (lunar)

Obv	Activitati	Responsabil	Resurse	Termen realiz.
QII.1.2	Analiza realizării serviciilor pe spital, pe fiecare secție și inclusiv pe fiecare medic. Concomitent se vor analiza indicatorii calitativi și de rulaj, inclusiv cazurile/ serviciile invalidate	Comitetul Director în baza raportul transmis de SMC și Statistica		Permanent (lunar)
QII.1.3	Notificarea secțiilor privind serviciile realizate, indicatorii realizați și cazurile/ serviciile invalidate	SMC+ Statistică		Permanent (lunar)
QII.1.4	Analiza indicatorilor repartizați / realizați pe fiecare secție / compartiment (gradul de realizare a serviciilor, indicatorii realizați / fiecare medic, inclusiv invalidările)	Șefii de secție/ compartimente Medicii curanți		Permanent (lunar)
QII.1.5	Analiza cazurilor / serviciilor invalidate în vederea revalidării	Comisia de analiză și de revalidare		Permanent (lunar)
QII.1.6	Analiza raportului întocmit de Comisia de reevaluare	Comitetul Director		Permanent (lunar)
QII.2	2. Îmbunătățirea indicatorilor de rulaj și calitativi	Medicii curanți Șefii de secții SMC , Comitetul Director		Permanent
QII.3	3. Monitorizarea procedurilor de achiziții, scopul fiind de a efectua achiziții de calitate cu prețuri minime	Șef serv. achiziții; Comitetul D		Permanent
QII.4	4. Monitorizarea consumului de medicamente și materiale sanitare, astfel încât să nu fie consumate medicamente scumpe, dacă acestea au un substitut mai ieftin, cu aceeași substanță activă. În permanență trebuie verificat dacă consumul de medicamente scumpe are justificare medicală, iar acolo unde este cazul, trebuie să fie implementate reguli de aprobare pe trei nivele (șef de secție, director medical, manager).	Directorul medical Comisia medicamentului		Permanent
QII.5	5. O politică de personal corespunzătoare. Trebuie pus accent pe eficientizarea cheltuielii de personal, prin corelarea gradului de ocupare al paturilor cu gradul de ocupare al posturilor. Deoarece cheltuielile de personal reprezintă o pondere însemnată din cheltuielile totale ale spitalului (77% din total cheltuieli în anul 2020), se recomandă o atenție sporită asupra acestui tip de cheltuială	S.R.U.N.O.S Manager Șefii de secții		Permanent

Obv	Activitati	Responsabil	Resurse	Termen realiz.
QII.6	6. Modificarea structurii organizatorice a spitalului în funcție de indicatorii de rulaj și calitativi realizați	Comitetul Director		Noiembrie 2022 / Anual
QIII.1	I. Organizarea spațiilor și circuitelor funcționale pentru structura spitalizare de zi – conform OMS nr. 1096/2016			
QIII.1.1	1. Identificarea unei locații la parterul unui imobil care să asigure circuitele funcționale necesare pentru 25 paturi.	Comitetul Director		Octombrie 2021
QIII.1.2	2. Întocmirea referatului de necesitate, a notei conceptuale, a temei de proiectare și asigurarea finanțării pentru documentații / proiect tehnic de execuție și pentru execuția lucrărilor	Șef serv tehnic Directorul medical Directorul de îngrijiri	1.250.000 Lei	Februarie 2022
QIII.1.3	3. Contractarea unei firme specializate în vederea întocmirii D.A.L.I- și recepția documentației	Serv Achiziții Firma care a fost contractată Comisia de recepție		Aprilie-mai -2022 –
QIII.1.4	4. Întocmirea proiectului tehnic pentru autorizarea lucrărilor	Serv Achiziții Firma care a fost contractată Comisia de recepție		Mai 2022
QIII.1.5	5. Întocmirea proiectului tehnic de execuție	Serv Achiziții Firma care a fost contractată Comisia de recepție		Iunie 2022
QIII.1.6	6. Aprobarea P.T de execuție în cadrul Comisiei Tehnice	Manager Directorul financiar		Iulie 2022
QIII.1.7	7. Emiterea ordinului de începere a lucrărilor și execuția	Manager		August 2022- Noiembrie 2022
QIII.1.2	8. Recepția obiectivului de investiții	Comisia de recepție		Noiembrie 2022
QIII.2	II. Dotarea cu stație de tratare a apelor uzate, conform OMS 914/2006 completat cu modificările ulterioare	Șef serv tehnic Manager	1.000.000 lei	Aprilie - august 2022
QIII.3	III. Asigurarea rezervei de apă pentru 1-3 zile, conform OMS nr.914/2006 completat cu OMS 1096/2016.	Șef serv. tehnic Manager Directorul financiar	1.000.000 lei	Aprilie – august 2022

Resurse – umane, financiare și responsabilități

Planul de management are caracter tactic - operațional și la previzionarea activităților am luat în considerare resursele existente și cele posibil de realizat.

Resursele umane necesare: sunt asigurate de către personalul angajat și de angajarea de personal medical și nemedical necesar desfășurării activității medicale în condiții de siguranță.

Resursele financiare: se vor asigura din veniturile proprii ale spitalului, din subvențiile de la Ministerul Sănătății și prin accesarea de fonduri europene.

Resursele materiale: se regăsesc în patrimoniul unității sanitare ceea ce va permite ca obiectivele să fie atinse prin activitățile menționate.

Responsabilități: în vederea realizării activităților, responsabilitățile au fost stabilite pentru fiecare activitate, dar se vor realiza cu contribuția întregului personal.

D) REZULTATE AȘTEPTATE

- Îmbunătățirea rezultatelor economice ale secțiilor și compartimentelor.
- Optimizarea cheltuielilor și maximizarea veniturilor atât global la nivel de spital, cât și individual la nivel de secții.
- Păstrarea echilibrului financiar a spitalului / prevenirea acumulării datoriilor.
- Folosirea mai eficientă a infrastructurii.
- Asigurarea circuitelor funcționale.
- Reducerea costurilor de funcționare.
- Creșterea adresabilității și diminuarea fenomenului de migrare a pacienților în alte spitale.
- Creșterea gradului de siguranță și satisfacție a pacienților.
- Crearea unui climat de încredere și respect reciproc între pacienți și personalul spitalului.
- Îmbunătățirea capacității de răspuns a spitalului la nevoile pacienților.
- Obținerea acreditării spitalului (un nivel superior celui din anul 2018), prin îndeplinirea standardelor conform Ordinului nr.446/2017 privind aprobarea standardelor, Procedurilor și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalului.
- Reducerea costurilor tratamentelor suplimentare datorate incidentelor clinice / neclinice.

E) INDICATORI DE EVALUARE

INDICATORII	Ținte/ valori propuse
Indicatori de siguranță	
Nr. evenimente adverse/santinelă înregistrate	V=0
Nr. vătămări fizice pacienți/apărținători	V=0
Rata mortalității	V<
Rata infecțiilor asociate asistentei medicale	V<2.5%
Indicatori de satisfacție a pacienților/apărținătorilor	
Grad de satisfacție pacienți/apărținători privind condițiile hoteliere	V>70%
Grad de satisfacție pacienți/apărținători privind comunicarea cu personalul	V>80%
Grad de satisfacție pacienți/apărținători privind accesabilitatea	V.85%
Nr. reclamații/sesizări	V<20 sesizari
Indicatori de management clinic	
Nr. proceduri de sistem și operaționale evaluate/ Nr. proceduri de sistem și operaționale implementate	V=100%
Nr. protocoale de diagnostic și tratament implementate /Nr. de protocoale de diagnostic și tratament elaborate	V.80%

INDICATORII	Ținte/ valori propuse
Nr. secții /compartimente care și-au actualizat RR /Nr. secții/compartimente din structura unității	V>85%
Nr. misiuni de audit clinic realizate /Nr. de misiuni de audit clinic planificate	V=100%
Indicatori de utilizare a serviciilor	
Indicele de complexitate a cazurilor (TCM)	>2.200
Rata de utilizare a paturilor (RUP)	>79%
Durata medie de spitalizare (DMS)	6.5
Indicatori economici	
Gradul de realizare a veniturilor estimate în BVC	V=100%
Gradul de realizare a cheltuielilor prevăzute în BVC	V< 100%
Gradul de realizare a execuției BVC	V> 98%

Monitorizare

În perioada derulării proiectului, se va monitoriza trimestrial modul de implementare și realizare a obiectivelor și respectarea termenelor propuse, în vederea evaluării finale. Monitorizarea rezultatelor proiectului se face începând cu prima luna de la implementare. În primele trei luni, monitorizarea se face prin evaluări de etapă cu scopul de a sesiza o eventuală necesitate a intensificării eforturilor de realizare a obiectivelor propuse. La sfârșitul fiecărui an, se face evaluarea proiectului și, în funcție de rezultatele obținute, se va decide continuarea sau după caz modificarea acestuia.

Evaluarea

Rezultatele proiectului sunt evaluate lunar/ trimestrial. Evaluările lunare/ trimestriale sunt utilizate cu scopul de monitorizare a perioadei de început a proiectului, ele stând la baza unor măsuri de intensificare a eforturilor în cazul în care nu se obțin rezultatele așteptate. Evaluarea finală a proiectului se face la sfârșitul termenului prevăzut. Fiecare șef de secție/compartiment responsabil de realizarea obiectivelor și activităților periodice vor cuprinde în rapoartele de activitate, privind autoevaluarea activităților, și analiza gradului de realizare a activităților, vor analiza modul de îndeplinire a obiectivelor, a activităților, a indicatorilor de performanță asumați în concordanță cu resursele financiare acordate, și vor face propuneri de îmbunătățire a activității astfel ca întreaga activitate a unității să se desfășoare în condiții de transparență, comunicare și implicare efectivă.

Legislație/Bibliografie

- Școala Națională de Sănătate publică și Management sanitar - Managementul Spitalului, 2006
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul nr. 446/2017 din 18 aprilie 2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;
- Ordinul SGG nr. 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;
- Site-uri: <http://www.ms.ro> - site-ul oficial al Ministerului Sănătății; “Planul Strategie al Ministerului Sănătății pentru anii 2008 - 2010”; www.drg.ro - Centrul de cercetare și Evaluare a serviciilor de sănătate din cadrul Școlii Naționale de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București;

Încadrarea în timp – graficul Gantt -anexa nr. 1 parte componenta a prezentului proiect de management

Activități pentru obiectivul 1	2021		2022				2023				2024				2025		
	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3
QI.1																	
QI.2																	
QI.3																	
QI.4																	
QI.5																	
QI.6																	
QI.7																	
QI.8																	
QI.9																	
QII.1																	
QII.1.1																	
QII.1.2																	
QII.1.3																	
QII.1.4																	
QII.1.5																	
QII.1.6																	
QII.2																	
QII.3																	
QII.4																	
QII.5																	
QII.6																	

Activități pentru obiectivul 1	2021		2022				2023				2024				2025		
	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3
QIII.1																	
QIII.1.1																	
QIII.1.2																	
QIII.1.3																	
QIII.1.4																	
QIII.1.5																	
QIII.1.6																	
QIII.1.7																	
QIII.1.2																	
QIII.2																	
QIII.3																	