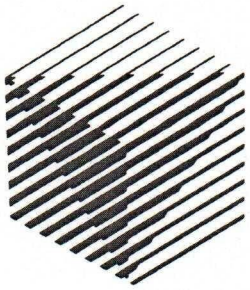


MANAGEMENTUL CALITĂŢII SERVICIILOR MEDICALE

SUMAR

ARGUMENT.....2

CAPITOLUL 1
SITUAŢIA ACTUALĂ A INSTITUŢIEI.....3

CAPITOLUL 2
ANALIZĂ DIAGNOSTIC.....6

CAPITOLUL 3
IDENTIFICAREA PROBLEMELOR CRITICE.....11

CAPITOLUL 4
PRIORITĂŢI SECTORIALE.
SELECŢIONAREA UNOR PROBLEME PRIORITARE CU MOTIVAREA ALEGERII FĂCUTE.....11

CAPITOLUL 5
DEZVOLTAREA PROIECTULUI DE MANAGEMENT
OBIECTIVE ŞI DIRECŢII DE ACŢIUNE.....14

PROIECT 1.....16
PROIECT 2.....17
PROIECT 3.....99

MONITORIZARE. EVALUARE. RAPORTARE.....22

62

«A descoperi lipsurile nu este suficient,
dacă nu propui şi mijloace de îndreptare »
J.W. Goethe

ARGUMENT

MANAGEMENT ÎN MEDIU INCERT

Realităţile economice şi sociale actuale demonstrează că evenimentele de mică probabilitate dar cu impact mare - ce sunt aproape imposibil de prevăzut - numite în literatura de specialitate "*lebede negre*" (Black Swan events), domină tot mai mult economicul şi socialul.

Până şi cele mai sofisticate metode de previziune se dovedesc neputincioase în faţa acestei proliferări a "*lebedelor negre*", care a luat prin surprindere pe toţi specialiştii în management.

Implicând riscuri mari - care merg până la probleme de supravieţuire ale organizaţiilor - fenomenul nu poate fi ignorat.

Privaţi de instrumentele importante ale prospectivei, ale anticipării viitorului, managerii sunt constrânşi la adoptarea unei noi paradigme de management, în care să abordeze cu prioritate *problema supravieţuirii organizaţiei* într-un mediu turbulent, nesigur, uneori chiar haotic, dominat de "*lebede negre*".

Având în vedere raţiunea spitalului de a exista, specificul şi atribuţiile care revin prin lege instituţiei, acesta nu-şi poate limita strategia evolutivă numai la nivel de supravieţuire. Ca ofertant de servicii diversificate pentru pacienţii cu aşteptări noi, *calitatea serviciilor medicale* - în toate componentele - va fi cu siguranţă cea care va asigura în chip decisiv trăinicia spitalului.

CONSOLIDAREA INSTITUŢIONALĂ. În condiţii de mare volatilitate a mediului, o strategie eficientă apare ca fiind cea în care *reducerea vulnerabilităţii* în faţa evenimentelor cu probabilitate redusă şi impact mare se face prin sporirea eforturilor pentru *consolidarea instituţională,* aceasta fiind singura cale prin care s-ar putea reduce impactul acestor fenomene pe care, la acest moment, nu le putem înţelege şi explica pe deplin.

Astfel, perpetuarea ca organizaţie şi succesul în activitate sunt condiţionate de formularea şi punerea în practică a unei astfel de viziuni privind *consolidarea instituţională,* împărtăşită şi acceptată de către membrii organizaţiei.

Viziunea asupra consolidării şi dezvoltării instituţionale pe perioada 2017-2022 a reprezentat aşadar reacţia top-managementului spitalului la *influenţa şi condiţionarea* factorilor specifici de mediu.

Parte a managementului general al instituţiei, strategia de consolidare şi dezvoltare instituţională pe perioada 2017-2022 oferă *un cadru de evoluţie în conformitate cu misiunea asumată* a Spitalului Clinic de Boli Infecţioase Iaşi pe această perioadă de planificare strategică, misiune formulată prin luarea în calcul atât a specificului activităţii, resurselor existente şi potenţiale, cât şi a necesităţii armonizării nevoilor stakeholderilor / factorilor interesaţi.

COERENŢĂ ŞI CONTINUITATE. Apreciem că în fundamentarea şi elaborarea proiectului de management este imperios necesar să se ţină cont de *contextul oferit de acest cadru de consolidare-dezvoltare* prefigurat de strategie. Pentru a asigura *coerenţă şi continuitate* în activitatea de management, acţiunile de îmbunătăţire trebuie să se circumscrie *direcţiilor strategice* convenite.

63

Pe de o parte, spitalul îşi desfăşoare activitatea într-un mediu operaţional plin de restricţii şi constrângeri: de la subfinanţarea prelungită a serviciilor prestate, lipsa fondurilor de investiţii pentru continuarea lucrărilor de consolidare-modernizare, modificări frecvente legislative, inerţia personalului la schimbare, etc.

Pe de altă parte, analizele preliminare efectuate au condus la identificarea principalilor factori care generează nevoia de schimbare: *nevoile crescânde de îngrijire de sănătate ale pacienţilor, calitatea serviciilor* oferite populaţiei deservite, precum şi *resursele disponibile şi potenţiale* identificate.

Aceste restricţii şi constrângeri au condus la formularea prezentului proiect de management, proiect care are la bază o atentă înţelegere a modului în care Spitalul poate acoperi anumite necesităţi sociale, şi totodată, a modului în care acesta se poate individualiza pe piaţa serviciilor medicale pe care acţionează.

Articularea prezentului proiect de management s-a sprijinit pe punctele forte identificate ale instituţiei iar acţiunile preconizate sunt *integrabile* în strategia instituţiei, asigurându-se astfel o continuitate în politica de modernizare instituţională.

CAPITOLUL 1 SITUAŢIA ACTUALĂ A INSTITUŢIEI

DOMENIUL DE ACTIVITATE. Provocările contemporane ale fenomenului infecţios impun o atentă monitorizare a circulaţiilor germenilor cu patologie patogenă şi respectiv, cu potenţial sever pentru sănătatea publică. *Evoluţiile actuale ale hepatitelor virale, infecţiei HIV, tuberculozei*, constituie motive temeinice de vigilenţă, fapt ce conferă domeniului de activitate al Spitalului Clinic de Boli Infecţioase Iaşi o importanţă deosebită. *Dinamica cu totul particulară a potenţialelor evoluţii epidemice contemporane* subliniază această *dimensiune.*

COERENŢA STRUCTURALĂ A INSTITUŢIEI. Structura organizatorică a spitalului, aprobată în condiţiile legii, cuprinde 6 secţii clinice, laboratoare, farmacie, ambulator de specialitate, cabinete medicale şi aparat funcţional.

MOD DE ORGANIZARE ŞI FUNCŢIONARE

TIP: Spital de monospecialitate - monoprofil Boli Infecţioase.

STATUT de clinică universitară, majoritatea medicilor spitalului fiind cadre didactice ale Universităţii de Medicină şi Farmacie "Gr. T. Popa" Iaşi.

CAPACITATE: 310 paturi de spitalizare.

CATEGORIA II M, conform Ordinul Ministrului Sănătăţii nr. 1408/2010 privind clasificarea spitalelor, având un nivel înalt de competenţă, dotare şi încadrare a resurselor umane.

ACTIVITĂŢI DESFĂŞURATE

ASISTENŢĂ MEDICALĂ

Spitalul Clinic de Boli Infecţioase Iaşi participă potrivit competenţelor stabilite, la asigurarea stării de sănătate a populaţiei judeţului Iaşi precum şi din judeţele limitrofe, (proporţia bolnavilor internaţi care au domiciliul în alte judeţe fiind de peste 20%) prin servicii medicale cu grad mare de complexitate. Spitalul asigură asistenţă medicală corespunzător prevederilor indicatorilor de performanţă stabiliţi în contractul de management, cu SISTEM DE GARDĂ 24 ORE / 24 ORE, 7 ZILE PE SĂPTĂMÂNĂ, inclusiv pentru urgenţele de profil din judeţele arealului de Nord-Est (meningite, encefalite, leptospiroză, sepsis, etc.).

64

COMPARTIMENT DE TERAPIE INTENSIVĂ. Pentru pacienţii în stare critică în spital funcţionează în cadrul secţiei clinice I - aprobat în organigrama unităţii prin Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 800/2010 - un compartiment de terapie intensivă format din 9 paturi. Fiecare pat are în dotare *aparatură de terapie intensivă de ultimă generaţie* (monitoare, defibrilatoare, ventilatoare, injectoare automate pentru administrarea tratamentului, aparat de radiologie portabil). Compartimentul de terapie intensivă asigură primirea urgenţelor medicale trimise - - de regulă - de către compartimentele UPU Iaşi, dar şi de secţiile de Boli infecţioase din aria judeţelor Moldovei, urgenţe aparţinând patologiei infecţioase atât la adult cât şi la copil (sepsis, meningită, engefalită, gripă, tetanos, boltulism, leptospiroză etc), precum şi urgenţele pentru pacienţii HIV-pozitivi de pe teritoriul Modovei.

SERVICII MEDICALE

SPITALIZARE CONTINUĂ. Serviciile spitaliceşti acordate prin spitalizare continuă cuprind: consultaţii, investigaţii, stabilirea diagnosticului, tratament medical, îngrijire, recuperare, medicamente şi materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare şi masă. Acţiunea terapeutică propriu-zisă este susţinută prin celelalte facilităţi integrate ale spitalului: laborator, radiologie şi imagistică medicală, consultaţii interdisciplinare, asistenţă psihologică, ş.a.

SPITALIZARE DE ZI. Serviciile medicale furnizate prin internarea de zi includ: consult clinic de specialitate, analize de laborator, imagistică (ecografii, radioscopii, radiografii), stabilire diagnostic şi tratament, recomandări medicale.

SPITALIZARE DE ZI PACIENŢI HIV-SIDA: consilierea şi terapia pacienţilor infectaţi cu virusul HIV, din arealul de Nord-Est.

CENTRU REGIONAL HIV-SIDA IAŞI. MONITORIZAREA INFECŢIEI CU HIV. În spital funcţionează CENTRUL REGIONAL HIV-SIDA IAŞI unde are loc evaluarea clinică şi imuno-virusologică a bolnavilor confirmaţi cu infecţie HIV din teritoriul arondat centrului regional, în regim de spitalizare şi care asigură monitorizarea evoluţiei clinice şi paraclinice pentru pacienţii cu HIV din Arealul de Nord-Est al României. Prin activitatea sa de CENTRU REGIONAL HIV / SIDA, spitalul acoperă o arie largă de circulaţie microbiană din teritoriul României având astfel posibilitatea monitorizării circulaţiilor germenilor cu patologie patogenă şi respectiv, cu potenţial sever pentru sănătatea publică.

Spitalul Clinic de Boli Infecţioase Iaşi este Filială Ştiinţifică şi de Cercetare a Institutului Naţional De Boli Infecţioase "*Prof. dr. Matei Balş*" Bucureşti şi parte integrantă a ACADEMIEI EUROPENE HIV / SIDA ŞI DE BOLI INFECŢIOASE.

MONITORIZAREA PACIENŢILOR CU HEPATITĂ CRONICĂ B ŞI C Spitalul are dotarea necesară şi desfăşoară activităţi de monitorizare a pacienţilor cu hepatită cronică B şi C, pentru toată zona de Nord-Est. Acestea constau în supravegherea pacientului aproximativ 2 ani, evaluându-se starea de sănătate la intervale de 2-3 luni, prin controale clinice şi examene de laborator (TGP, bilirubina, teste de disproteinemie, electroforeza). Sunt corectate astfel - în funcţie de caz - tendinţele evolutive nefavorabile.

CENTRU AUTORIZAT pentru urmarirea şi instituirea profilaxiei antirabice. Spitalul Clinic de Boli Infecţioase Iaşi este singurul centru autorizat din judeţul Iaşi pentru urmarirea şi instituirea acestei profilaxii.

SERVICII PARACLINICE: servicii laborator analize medicale; servicii de imagistică medicală.

CONTINUITATEA ASISTENŢEI MEDICALE este asigurată de medici de specialitate şi personal sanitar mediu şi auxiliar, cu 3 linii de gardă, în conformitate cu normativele de personal în vigoare.

ÎNDRUMARE ŞI COORDONARE METODOLOGICĂ. ÎNVĂŢĂMÂNT ŞI CERCETARE ŞTIINŢIFICO-MEDICALĂ. CENTRU DE PREGĂTIRE A MEDICILOR REZIDENŢI. În afara sarcinilor spitaliceşti proprii, Spitalul Clinic Boli Infecţioase Iaşi are atribuţii în învăţământul medical superior (universitar şi postuniversitar), de cercetare ştiinţifică şi de îndrumare metodologică în unităţi sanitare din judeţul Iaşi şi din alte judeţe ale Moldovei arondate U.M.F. Iaşi. Constituie, de asemenea, bază de învăţământ pentru elevii şcolilor postliceeale sanitare şi pentru cursantele şcolilor de infirmiere.

ACTIVITĂŢI COMPLEMENTARE. Structuri implicate în activităţile de suport:

- resurse umane - Biroul Resurse Umane.
- resurse financiare - Biroul Finaciar-Contabil.
- resurse materiale - Compartimentul Tehnic; Biroul Achiziţii.
- resurse informaţionale - Serviciul Statistică-Informatică Medicală.

DOTAREA CU ECHIPAMENTE ŞI APARATURĂ MEDICALĂ. Spitalul are în dotare şi în stare de funcţionare, echipamente şi aparate medicale (aparatură de radiodiagnostic şi imagistică medicală; instrumentele şi echipamentele necesare pentru efectuarea analizelor medicale de hematologie, biochimie, microbiologie, imunologie şi toxicologie), corespunzător volumului de activitate şi la nivelul calitativ prevăzut de reglementările legale în vigoare, precum şi alte aparate specifice necesare pentru furnizarea serviciilor medicale corespunzătoare specialităţii Boli Infecţioase, aprobate în structura organizatorică, în condiţiile legii. În cadrul spitalului funcţionează cel mai performant laborator de biologie moleculară din arealul Nord-Est, care permite justificarea germenilor implicaţi în infecţii la nivel de serotip (de exemplu, meningococ) şi cu ajutorul căruia se poate monitoriza terapia şi modifica viremia în infecţiile HIV, VHC, şi VHB.

ECHIPA DE SPECIALIŞTI din Spitalul Clinic de Boli Infecţioase "*Sfânta Parascheva*" Iaşi – infecţionişti, microbiologi, epidemiologi – a deţinut şi deţine un rol hotărător în faţa provocărilor fenomenului infecţios din arealul Nord-Est al României. Domeniul lor de responsabilitate include diagnosticul etiologic, tratamentul şi profilaxia specifică bolilor infecţioase, activitate ştiinţifică de cercetare medicală aplicată şi activitate didactică. În contextul creşterii ponderii şi gravităţii bolilor pentru care se apelează la serviciile complexe oferite de spital, echipa este constituită şi configurată pentru a răspunde nevoilor complexe ale tuturor pacienţilor cu patologii infecţioase cronice şi acute, inclusiv pacienţilor infectaţi cu virusul HIV.

ACREDITAREA INSTITUŢIONALĂ. Spital acreditat - Certificat de acreditare ANMCS Nr. 603/29.09.2016. Raportul de evaluare al comisiei de evaluare CoNAS a menţionat un *grad de conformare* de peste 85%.

CERTIFICĂRI ISO. Spitalul este certificat ISO pe Sistemul de Managment Integrat *Calitate-Mediu-Securitate Ocupaţională*. Laboratorul de analize este certificat RENAR.

Prin competenţa personalului, prezenţa continuă şi notabilă în viaţa medicală, ştiinţifică şi didactică ieşeană, Spitalul Clinic de Boli Infecţioase Iaşi este considerat un adevărat *for metodologic* în ceea ce priveşte patologia infecţioasă.

CAPITOLUL 2 ANALIZĂ DIAGNOSTIC. Furnizarea actului medical este o activitate complexă. Gradul de complexitate creşte proporţional cu nivelul de asistenţă medicală. Din perspectiva precocupărilor în domeniul îmbunătăţirii calităţii activităţii spitaliceşti şi eficientizării proceselor ce stau la baza furnizării serviciilor spitaliceşti, a fost necesară o *analiză de situaţie* în ceea ce priveşte modul de organizare, funcţionare şi reglementare a domeniului calităţii serviciilor şi îmbunătăţirea proceselor implicate în acordarea serviciilor de îngrijiri spitaliceşti. Prezenta analiză a avut drept scop identificarea nivelului de aplicare a *metodelor specifice managementului calităţii* şi *evaluarea nevoii de îmbunătăţire a proceselor din sistemul de îngrijiri de sănătate* al Spitalului Clinic de Boli Infecţioase Iaşi, la momentul actual. Analiza s-a bazat şi pe rezultatele prelucrării:

- chestionarelor de satisfiabilitate *pacienţi* (2016-2017);
- chestionarelor de satisfiabilitate *angajaţi* (2016-2017);
- chestionarelor privind opinia personalului medical cu rol în coordonarea / implementarea proceselor care stau la baza furnizării serviciilor medicale - difuzate în 16.01.2017;
- Rapoartelor statistice (2016-2017)

şi consultarea standardelor de acreditare A.N.M.C.S. - EDIŢIA a II-a.

Analiza a relevat următoarele aspecte:

MODELUL DE FUNCŢIONAL

PUNCTE TARI

- Preocuparea instituţiei pentru securitatea şi întreţinerea echipamentelor, instalaţiilor şi a clădirilor şi dezvoltarea şi modernizarea bazei materiale – infrastructură;
- Sprijinul substanţial acordat de către CONSILIUL JUDEŢEAN IAŞI pentru proiectele de dezvoltare-modernizare ale spitalului, prin alocarea, în perioada 2010-2016, de fonduri importante pentru consolidarea, reabilitarea şi refuncţionalizarea unor pavilioane din componenţa spitalului, achiziţionarea de aparatură medicală şi dotarea cu utilaje specifice;
- Punerea în siguranţă a fondului construit (întreţinerea curentă a clădirilor);
- Existenţa documentaţiilor de avizare a lucrărilor de intervenţie (consolidare, reabilitare, refuncţionalizare) pentru PAVILIONUL ADMINISTRATIV: PROIECT TEHNIC DE EXECUŢIE şi PAC - Proiect de Autorizare de Construire.

PUNCTE SLABE

Clădirile în care spitalul îşi desfăşoară activitatea medicală sunt construcţii ce datează din perioada anilor 1930-1940, concepute după modelele de funcţional de spital *specifice perioadei de început a secolului XX*. Aceste construcţii, nu mai întrunesc condiţiile impuse de normativele în vigoare şi sunt total insuficiente ca spaţiu şi structură funcţională pentru nevoile actuale.

PAVILIONUL ADMINISTRATIV este clasificat conform expertizei tehnice în CLASA DE RISC SEISMIC I. În acest pavilion îşi desfăşoară activitatea administraţia spitalului. La nivelele inferioare se află blocul alimentar al spitalului (depozite de alimente şi bucătăria spitalului).

- *Instalaţiile electrice, termice şi sanitare* ale clădirii sunt îmbătrânite, depăşite din punct de vedere tehnic şi moral, necesitând redimensionarea şi înlocuirea lor în totalitate.
- La interior sunt necesare lucrări de reparaţii la pereţi, zugrăveli, vopsitorii, placaje, finisaje interioare şi exterioare.
- Pardoselile existente sunt în mare parte dislocate, degradate.

COMPARTIMENTE DEFICITARE ALE SPITALULUI. O serie de compartimente importante ale spitalului funcţionează în spaţii extrem de mici, total improprii activităţilor respective, care nu pot asigura circuitele funcţionale necesare:

- SERVICIUL PRIMIRE, ÎNREGISTRARE ŞI EXTERNARE PACIENŢI este amenajat într-o clădire veche, cu spaţiu insuficient pentru primirea şi înregistrarea pacienţilor.
- AMBULATORULUI INTEGRAT. 4 CABINETE DE CONSULTAŢII funcţionează într-un spaţiu de 30 mp !
- LABORATORUL DE BIOLOGIE MOLECULARĂ, dotat cu aparatură performantă - funcţionează într-o clădire clădire veche, deteriorată, separată de sectorul de microbiologie şi biochimie într-un cu spaţiu de lucru ce nu acoperă necesităţile funcţionale actuale şi nu corespunde necesitaţilor unui diagnostic virusologic modern.
- SERVICIUL CENTRAL DE STERILIZARE - funcţionează în aceeaşi clădire cu laboratorul de biologie moleculară, într-o singură încăpere de 10 mp astfel încât nu se pot asigura circuitele funcţionale ale serviciului şi desfăşurarea activitaţii în mod corect. Astfel, pregătirea în vederea utilizării a dispozitivelor şi echipamentelor medicale nu se desfăşoară în condiţii de înaltă siguranţă infectocontagioasă.
- SERVICIUL DE ANATOMIE PATOLOGICĂ (citologie, histopatologie, prosectura) în prezent componentele de citologie, histopatologie şi prosectură sunt amplasate şi funcţionează în clădiri diferite la mare distanţă între ele.

OPORTUNITĂŢI

- Măsuri de îmbunătăţire a siguranţei mediului intraspitalicesc: intervenţii urgente de consolidare, reabilitare, refuncţionalizare PAVILION ADMINISTRATIV, în vederea exploatării în condiţii de siguranţă a clădirii şi ridicării gradului de confort şi igienă.
- PROIECTARE-CONSTRUIRE PAVILION NOU - spaţii suplimentare care să permită asigurarea circuitelor şi extinderea spaţiului pentru servicii medicale şi asigurarea rezervei de apă obligatorie pentru PSI şi consum.

NOTĂ. *Intervenţiile asupra unor clădiri pentru consolidare, reabilitare şi refuncţionalizare sunt mult mai costisitoare decât construirea unui pavilion nou, pavilion care – pe lângă oferirea unui grad de confort şi igienă corespunzătoare – să asigure condiţii de siguranţă în exploatare şi acoperirea necesităţilor funcţionale actuale, conform normativelor în vigoare.*

- REORGANIZAREA COMPARTIMENTELOR DEFICITARE ale spitalului, pentru creşterea calităţii şi a nivelului de performanţă al activităţilor desfăşurate şi a gradului de satisfiabilitate a pacienţilor şi aparţinătorilor şi eficientizarea economico-financiară şi administrativă, generată de posibilitatea monitorizării corecte a cheltuielilor şi a modului de utilizare şi distribuire a resurselor (energie electrică, încălzire, întreţinerea spaţiilor).
- îmbunătăţirea condiţiilor oferite angajaţilor pentru desfăşurarea unei activităţi în acord cu cerinţele fişelor de post privind normele şi standardele în vigoare.

AMENINŢĂRI

STANDARDE ŞI NORME ÎN VIGOARE. Materializarea riscurilor asociate

- nerespectării prevederilor legale privind condiţiile de organizare şi funcţionare a unităţilor spitaliceşti. În contextul dat, nu este posibilă modificarea spaţiilor astfel încât

68

aceasta să conducă la respectarea cerinţelor Ordinului Nr. 914 / 2016 privind condiţiile obţinerii autorizaţiei sanitare de funcţionare.

- ❖ neacoperirii necesităţilor funcţionale actuale şi a condiţiilor de siguranţă în exploatare – conform normativelor în vigoare privind autorizarea funcţionării;
- ❖ neasigurării rezervei de apă obligatorie pentru PSI şi consum.

MEDIUL DE ÎNGRIJIRE

PUNCTE TARI

- ❖ Măsuri de ameliorare şi modernizare a spaţiilor de cazare pacienţi, fiind eliminate astfel principalele motive de insatisfacţie ale pacienţilor;
- ❖ Transformările din ultimii ani au contribuit esenţial la îmbunătăţirea activităţii medicale, creşterea satisfiabilităţii pacienţilor şi acoperirea unor riscuri generate de echipamente, instalaţii şi clădiri, la acordarea conformităţii pentru acest domeniu deosebit de important ce priveşte SIGURANŢA pe care spitalul o conferă pacienţilor şi angajaţilor săi.

PUNCTE SLABE

PAVILONUL 7: 108 paturi, distribuite în saloane de câte 4, 6, 11 şi chiar 20 paturi (copii), nedecomandate; spaţiul alocat pentru fiecare pat este cu mult mai mic decât cel normat

- grupurile sanitare sunt insuficiente;
- spaţiile de lucru pentru asistente (săli de tratament) sunt subdimensionate.
- Accesul la acest pavilion este dificil pentru *persoanele cu handicap şi nevoi speciale şi a bolnavilor critici,* întrucât pavilionul se află la distanţă mare faţă de clădirea Triaj (peste 300 m) iar accesul spre clădire presupune coborârea unor scări pe o pantă mare, neexistând posibilitatea transformării în rampă pentru targă sau căruţ transport bolnavi.
- Nu există nicio posibilitate tehnică de modificare şi extindere a spaţiului pentru a corespunde cerinţelor legislative actuale.

COMPARTIMENTUL HIV-SIDA. SEPARAREA PATOLOGIILOR. Compartimentul HIV-SIDA organizat în Pavilionul 3, are alocat un număr de 20 paturi în cadrul Secţiei V. Modelul funcţional existent nu asigură optim separarea patologiei HIV de patologia non-HIV, fapt care sporeşte riscurile privind contractarea unor infecţii prin mecanisme de transmitere a infecţiei corelabile cu agresiuni ale mediului spitalicesc.

OPORTUNITĂŢI

Extinderea mediului de îngrijire prin construirea unui PAVILION NOU, pe lângă îmbunătăţirea componentei hoteliere, ar aduce cu sine creşterea calităţii şi a nivelului de performanţă al activităţilor desfăşurate, prin posibilitatea reorganizării unor compartimente deficitare ale spitalului. **NECESITATE ŞI OPORTUNITATE.** *Întrucât proiectul pentru SPITALUL REGIONAL DE URGENŢE nu acoperă necesităţile pacienţilor cu HIV-SIDA sau cu BOLI CRONICE PROGRESIVE şi nici potenţialele evoluţii epidemice contemporane din arealul de Nord-Est al României, această investiţie este necesară şi oportună pentru tratamentul şi monitorizarea de lungă durată a acestor pacienţi.*

AMENINŢĂRI

- ❖ reducerea adresabilităţii dacă nu vor fi asigurate condiţii optime de cazare şi masă.

SERVICII MEDICALE

PUNCTE TARI

- Spital ACREDITAT ANMCS (CoNAS);
- nivel de competenţă înalt - SPITAL DE CATEGORIA II M: servicii medicale cu grad mare de complexitate şi tratament pentru o patologie vastă;
- serviciile prestate acoperă necesităţile zonei deservite (proporţia bolnavilor internaţi care au domiciliul în alte judeţe este de peste 20%);
- adresabilitate crescută a unei comunităţi bine conturate;
- COMPARTIMENT SPITALIZARE HIV/SIDA - specialităţi unice la nivelul judeţului Iaşi;
- ICM raportabil la nivelul judeţului şi la mediile pe ţară.

PUNCTE SLABE

- variaţii ale performanţei practicii medicale şi ale rezultatelor acesteia în secţiile spitalului;
- modalitatea în care angajaţii spitalului abordează conceptul de calitate diferă mult în funcţie de experienţă şi pregătire.

OPORTUNITĂŢI

- posibilităţi de extindere a setului de sevicii medicale oferite pentru acoperirea necesităţilor şi satisfacerea aşteptărilor pacientului;
- creşterea accesului la servicii medicale performante;
- creşterea competenţelor, eficienţei şi calităţii actului medical;
- creşterea satisfacţiei pacienţilor;
- creşterea satisfacţiei personalului medical.

AMENINŢĂRI

- îmbătrânirea populaţiei ca urmare a scăderii natalităţii, scăderea speranţei de viaţă;
- presiunea socială exercitată de nivelul de trai scăzut şi lipsa posibilităţilor proprii ale pacienţilor de tratament sau îngrijire la domiciliu;
- concurenţa reprezentată de spitalele publice şi private cu secţii de profil.

STANDARDE ŞI NORME ÎN VIGOARE

Materializarea riscurilor asociate:

- nerespectării prevederilor legale privind condiţiile de organizare şi funcţionare a unităţilor spitaliceşti. În contextul dat, nu este posibilă modificarea spaţiilor astfel încât aceasta să conducă la respectarea cerinţelor Ordinului Nr. 914 / 2016 privind condiţiile obţinerii autorizaţiei sanitare de funcţionare;
- unei activităţi medicale care nu respectă normele şi standardele în vigoare;
- neacoperirii necesităţilor funcţionale actuale şi a condiţiilor de siguranţă în exploatare – conform normativelor în vigoare privind autorizarea funcţionării;
- neasigurării rezervei de apă obligatorie pentru PSI şi consum;
- nerespectării metodologiilor naţionale de supraveghere şi combatere a bolilor transmisibile cu potenţial nosocomial.

MANAGEMENTUL CALITĂŢII

PUNCTE TARI

- orientarea componentelor sistemului de management (informaţional, organizatoric, decizional, uman şi metodologic - managerial) către *calitate, eficienţă şi performanţă.*
- STRATEGIA şi POLITICA privind CALITATEA au obiective precise, cuantificabile, stabilite în ordinea priorităţilor;
- Unitatea de Management al Calităţii şi-a definit responsabilităţile iar persoanelor din structură au stabilite clar a atribuţiilor;
- există personal cu rol în evaluarea calităţii serviciilor spitaliceşti;
- există un PROGRAM ANUAL de îmbunătăţire a calităţii serviciilor furnizate;
- sunt utilizate tehnici / instrumente pentru îmbunătăţirea calităţii serviciilor: protocoale de practică medicală, bazate pe ghiduri medicale naţionale; evaluarea satisfacţiei pacientului – sistem funcţional; evaluarea satisfacţiei personalului – sistem funcţional; monitorizarea şi analiza situaţiilor critice; managementul riscurilor, siguranţa pacientului; managementul resurselor umane; managementul informaţiilor / îmbunătăţirea comunicării.

PUNCTE SLABE

- adoptarea parţială a unor STANDARDE şi norme interne de bună practică;
- diseminarea standardelor de calitate în furnizarea serviciilor spitaliceşti în rândul personalului cu rol în evaluarea calităţii serviciilor spitaliceşti şi a personalului cu rol în îmbunătăţirea calităţii serviciilor spitaliceşti;
- diseminarea stategiei de îmbunătăţire a calităţii serviciilor furnizate, a programului privind calitatea pe anul în curs; a tehnicilor / instrumentelor utilizate pentru îmbunătăţirea calităţii serviciilor.

OPORTUNITĂŢI

- asigurarea CALITĂŢII şi PERFORMANŢEI în domeniile de competenţă şi asigurarea EFICIENŢEI funcţionării în conformitate cu legile, regulamentele şi politicile interne.
- eficientizarea utilizării resurselor şi responsabilizarea personalului pe activităţi;
- creşterea satisfacţiei pacienţilor şi personalului, a sentimentului de siguranţă;
- obţinere sprijin mai mare din partea comunităţii / autorităţilor locale;
- creşterea calităţii actului medical şi a reputaţiei profesionale;
- simplificarea muncii şi o mai bună cunoaştere a sarcinilor individuale;
- evidenţierea aspectelor structurale care influenţează direct sau indirect calitatea îngrijirilor; evidenţierea aspectelor pozitive care trebuie menţinute;
- promovarea OPTICII "ameliorarea calităţii şi nu controlul";
- analiza modului de funcţionare a propriilor zone de responsabilitate;
- implementarea STANDARDELOR DE ACREDITARE - EDIŢIA a II-a.

AMENINŢĂRI

- imagine defavorabilă instituţiei, generată de insatifiabilitatea pacienţilor.
- reducerea adresabilităţii dacă nu vor fi asigurate condiţii optime de cazare şi masă.
- concurenţă reprezentată de spitalele publice şi private cu secţii de profil.
- tendinţa migrării personalului medical către ţările UE cu standard de viaţă ridicat;
- inerţia personalului la schimbare.

CAPITOLUL 3 IDENTIFICAREA PROBLEMELOR CRITICE

Sinteza dovezilor (date, fapte, etc.) aduse în procesul de autoevaluare a reprezentat baza de pornire pentru planificarea unor acţiuni în domenii ce se cer îmbunătăţite cu prioritate:

a. **MANAGEMENTUL ÎNGRIJIRILOR** (activităţi de planificare, organizare, coordonare, evaluare);

b. **MANAGEMENTUL CALITĂŢII** (activităţi coordonate pentru atingerea obiectivelor politicii de calitate);

c. **MANAGEMENTUL RISCURILOR** (activităţi de planificare, organizare, coordonare şi control-evaluare, în vederea asigurării şi garantării securităţii personalului şi pacienţilor).

CAPITOLUL 4 PRIORITĂŢI SECTORIALE - Selecţionarea unor probleme prioritare cu motivarea alegerii făcute.

Analizele preliminare efectuate au condus la identificarea domeniilor prioritare:

DOMENIU	MANAGEMENTUL RISCURILOR
PROBLEME PRIORITARE	
• PAVILIONUL ADMINISTRATIV. • AUTORIZAŢIA SANITARĂ DE FUNCŢIONARE. • REZERVA DE APĂ.	
PAVILIONUL ADMINISTRATIV	este clasificat - conform expertizei tehnice - în CLASA DE RISC SEISMIC I.
MOTIVARE	
Acoperirea riscurilor legate de necesităţile funcţionale actuale şi a condiţiilor de siguranţă în exploatare, conform normativelor în vigoare privind autorizarea funcţionării. Ordonanţa nr. 20/1994 privind punerea în siguranţă a fondului construit existent. Asigurare CALITATE şi SIGURANŢĂ pentru serviciile suport.	
AUTORIZAŢIA SANITARĂ DE FUNCŢIONARE	În contextul dat, nu este posibilă modificarea spaţiilor astfel încât să fie respectate cerinţele Ordinului Nr. 914 / 2016 privind condiţiile obţinerii autorizaţiei sanitare de funcţionare.
MOTIVARE	
Acoperirea riscurilor asociate nerespectării prevederilor legale privind condiţiile de organizare şi funcţionare a unităţilor spitaliceşti.	
REZERVA DE APĂ	*Ordinul Nr. 914 din 26 iulie 2006 pentru aprobarea normelor privind conditiile pe care trebuie sa le indeplineasca un spital in vederea obtinerii autorizatiei sanitare de functionare, Art. 14.*
MOTIVARE	
Acoperirea riscurilor asociate rezervei de apă obligatorii pentru PSI şi consum.	

DOMENIU	MANAGEMENTUL ÎNGRIJIRILOR

PROBLEME PRIORITARE

- CONDIŢII DE CAZARE ŞI ÎNGRIJIRE PACIENŢI.
- SEPARAREA PATOLOGIILOR.
- COMPARTIMENTE DEFICITARE.

CONDIŢII DE CAZARE ŞI ÎNGRIJIRE	**PAVILONUL 7.** Spaţiul alocat pentru fiecare pat este cu mult mai mic decât cel normat; grupurile sanitare sunt insuficiente; sălile de tratament sunt subdimensionate. În prezent paturile pentru spitalizarea de zi sunt distribuite pe pavilioane, neexistând posibilitatea fizică de a le grupa conform legislaţiei în vigoare.

MOTIVARE

NORMELE ŞI STANDARDELE ÎN VIGOARE. Ordinul Nr. 914/26.07.2006 pentru aprobarea normelor privind conditiile pe care trebuie sa le indeplineasca un spital in vederea obtinerii autorizatiei sanitare de functionare. Asigurarea unui spaţiu unic pentru spitalizarea de zi.

SEPARAREA PATOLOGIILOR	**COMPARTIMENTUL HIV-SIDA.** Modelul funcţional existent nu asigură optim separarea patologiei HIV de patologia non-HIV, fapt care sporeşte riscurile privind contractarea unor infecţii prin mecanisme de transmitere a infecţiei corelabile cu agresiuni ale mediului spitalicesc.

MOTIVARE

Acoperirea riscurilor privind contractarea unor infecţii prin mecanisme de transmitere a infecţiei corelabile cu agresiuni ale mediului spitalicesc.

COMPARTIMENTE DEFICITARE	O serie de compartimente importante ale spitalului funcţionează în spaţii extrem de mici, total improprii activităţilor respective, care nu pot asigura circuitele funcţionale necesare.

MOTIVARE

Reorganizarea COMPARTIMENTELOR DEFICITARE din perspectiva respectării normelor şi standardelor în vigoare (Ordinul Nr. 914 din 26 iulie 2006 pentru aprobarea normelor privind condiţiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obţinerii autorizaţiei sanitare de funcţionare).

DOMENIU	MANAGEMENTUL CALITĂŢII

PROBLEME PRIORITARE

- SMCS - Sistemul de management al calităţii serviciilor.
- Funcţionalitatea UMCS – Unitatea de Management al Calităţii Serviciilor.
- Implementarea standardelor A.N.M.C.S. - Ediţia a II-a.
- Autoevaluarea.

Sistemul de management al calităţii serviciilor	Implementarea SMCS ca instrument de management care combină politici, persoane şi mijloace, vizând îmbunătăţirea continuă a performanţei unei organizaţii în domeniul calităţii. Asigurarea complianţei personalului la sistemul calităţii.

MOTIVARE

Spitalele neacreditate nu pot supravieţui. Acreditarea nu se poate obţine în absenţa unui sistem de management al calităţii serviciilor. Absenţa sistemului de management al calităţii serviciilor conduce la excuderea treptată de pe piaţa serviciilor de sănătate.

Funcţionalitatea UMCS	Regulament de organizare şi funcţionare propriu UMCS (capitol distinct în ROF-ul spitalului) cu menţionarea procedurilor proprii de lucru (pregătirea, implementarea şi monitorizarea Planului anual de îmbunătăţire a calităţii şi siguranţei pacientilor, monitorizarea calităţii serviciilor, comunicarea cu ANMCS, etc)

MOTIVARE

UMCS este veriga de legătură şi liantul între echipa de management a spitalului şi domeniul calităţii serviciilor. Ordinul nr. 975/2012 privind organizarea structurii de management al calităţii serviciilor medicale în cadrul unităţilor sanitare cu paturi din reţeaua Ministerului Sănătăţii şi a autorităţilor administraţiei publice locale.

Implementarea standardelor A.N.M.C.S. Ediţia a II-a	PROGRAM DE CONFORMARE - remedierea neconformităţilor întregistrate prin raportarea la EDIŢIA a II-a a STANDARDELOR A.N.M.C.S.

MOTIVARE

Asigurarea conformităţii în vederea obţinerii acreditării în noul ciclu de acreditare, conform ORDIN Nr. 446/2017 din 18 aprilie 2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii şi metodologiei de evaluare şi acreditare a spitalelor. EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂŢII. PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 300 din 27 aprilie 2017.

AUTOEVALUAREA	Autoevaluarea trebuie să fie un *proces permanent* la nivelul spitalului. Autoevaluarea are un caracter reglator ! Scopul autoevaluării este *fundamentarea deciziei* privind reglarea acţiunilor şi a proceselor în vederea obţinerii unui serviciu spitalicesc optim adresat pacientului şi siguranţei acestuia (rezultatul!).

MOTIVARE

Integrarea activă în activitatea de autoevaluare a unor instrumente şi metode ale managementului calităţii totale. Creşterea performanţei organizaţionale prin formularea unui diagnostic asupra modului de funcţionare şi identificarea rapidă a ariilor şi acţiunilor de îmbunătăţire.

CAPITOLUL 5 DEZVOLTAREA PROIECTULUI

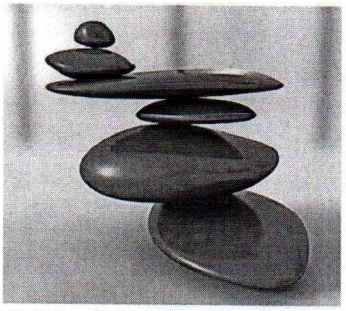
OBIECTIVE ŞI DIRECŢII DE ACŢIUNE ÎN DOMENIUL CALITĂŢII

POLITICA PRIVIND CALITATEA. Elaborarea politicii în domeniul calităţii este o problemă internă a fiecărei organizaţii, ce revine în sarcina managerilor. Rolul acesteia este de menţinere a atenţiei angajaţilor asupra unor aspecte ale problematicii calităţii, prin stabilirea principalelor repere şi valori promovate pe perioada de planificare strategică la care acestea se referă.

Prin politica în domeniul calităţii, spitalul şi-a definit atât poziţia pe care doreşte s-o menţină pe piaţa serviciilor medicale prin calitate, cât şi poziţia pe care doreşte să o ocupe în domeniul calităţii. Ea se circumscrie politicii de modernizare instituţională şi a instituit ca preocupare centrală *modelarea proceselor şi serviciilor* astfel încât acestea să răspundă permanent nevoilor principalilor factori interesaţi.

Stakeholderi
INTERNI

- ☐ Consiliul de administraţie
- ☐ Comitetul Director
- ☐ Salariaţii



Stakeholderi
EXTERNI

- ☐ Pacienţii
- ☐ Furnizorii
- ☐ Sindicatele
- ☐ Administraţia publică
- ☐ Autorităţile locale
- ☐ Concurenţii
- ☐ Opinia publică

Acest demers reclamă îmbunătăţirea continuă atât a *calităţii serviciilor furnizate* cât şi a *modalităţilor de a produce aceste servicii.*

PRACTICA MEDICALĂ
CALITATE SERVICII - MODELARE SERVICII în sensul îmbunătăţirii continue a calităţii serviciilor furnizate.

MANAGEMENT SANITAR
CALITATE SISTEM - MODELARE SISTEM în sensul îmbunătăţirii continue a modalităţilor de a produce serviciile medicale.

Direcţia, intenţiile generale şi obiectivele privind calitatea, au fost exprimate şi asumate oficial prin *Declaraţia Managerului* în cadrul Sistemului de Management Integrat:

1. *Consolidarea poziţiei instituţiei prin desfăşurare de servicii la un nivel de calitate care să satisfacă cerinţele şi aşteptările pacienţilor şi aparţinătorilor;*
2. *Dezvoltarea competenţelor profesionale şi a gradului de conştientizare ale angajaţilor;*
3. *Creşterea competitivităţii prin utilizarea de tehnologii şi echipamente performante pentru realizarea serviciilor.*

Prin formularea politicii în domeniul calităţii, spitalul a răspuns la întrebările:

- ► Ce reprezinta calitatea pentru spital?
- ► De ce este importanta calitatea pentru spital?
- ► Care este răspunderea conducerii pentru calitate?
- ► Care sunt principiile de bază ale spitalului referitoare la calitate?

MANAGEMENTUL CALITĂŢII SERVICIILOR

Pentru realizarea obiectivele asumate prin declaraţie în domeniul calităţii, este necesară asigurarea de condiţii optime în care angajaţii pot dezvolta oportunităţi de inovare şi modernizare.

Se impune astfel dezvoltarea şi implementarea unui *sistem de management al calităţii* - SMC, structurat şi adaptat tipului specific de activitate pe care instituţia o desfăşoară, ţinând seama şi de considerentele referitoare la beneficii, costuri şi riscuri.

SMC devine astfel un instrument de management care combină *politici, persoane şi mijloace*, vizând *îmbunătăţirea continuă* a performanţei în domeniul calităţii.

Astfel OBIECTIVUL FUNDAMENTAL în domeniul calităţii este implementarea SMC. Pentru atingerea acestui obiectiv este necesară:

- ***alocarea de resursele umane adecvate*** necesare proiectării, implementării şi menţinerii SMC;
- ***alocarea de resursele materiale adecvate;***
- ***desfăşurarea de activităţi adecvate.***

Un rol deosebit de important în implementarea SMC îl joacă UMCS (Unitatea de Management al Calităţii Serviciilor) care are responsabilitatea şi autoritatea pentru a se asigura că procesele necesare SMC sunt stabilite, implementate şi menţinute.

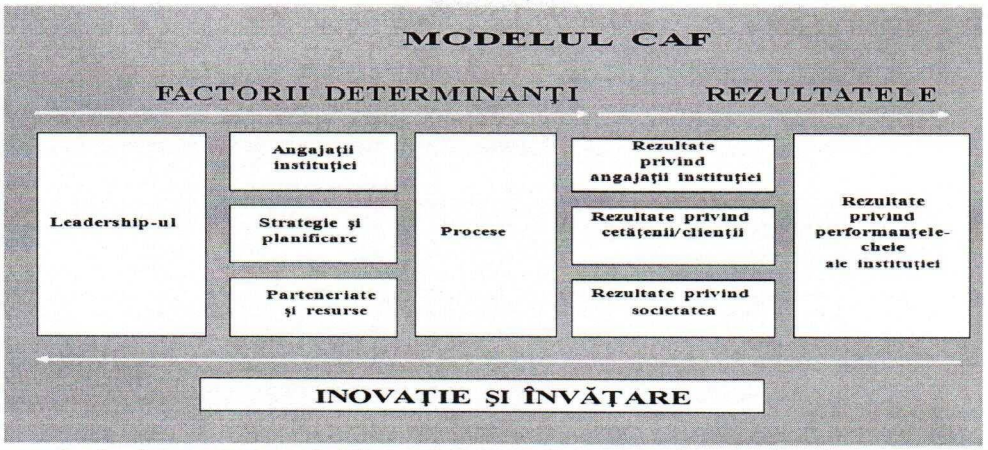
Ulterior implementării şi monitorizării SMC, UMCS raportează periodic managerului despre funcţionarea sistemului de management al calităţii şi despre orice necesitate de îmbunătăţire. Anual Comitetul director va evalua performanţa şi rezultatele SMC implementat.

PROBLEMA EVALUĂRII. În demersul de a aplica *instrumente şi metode ale managementului calităţii*, în scopul creşterii performanţei organizaţionale, un instrument modern şi uşor de utilizat este CAF (*Common Assessment Framework*) = Cadrul Comun de Autoevaluare a modului de Funcţionare a instituţiilor publice. Acest instrument de management are rolul de a facilita *procesul de autoevaluare în instituţiile publice* cu scopul de a obţine un *diagnostic al modului de funcţionare* al acestora şi de a identifica *acţiuni de îmbunătăţire*.

Ca instrument al managementului calităţii totale, CAF subscrie la conceptele fundamentale de excelenţă, aşa cum sunt definite de Fundaţia Europeană a Managementului Calităţii (EFQM):□ *orientarea spre rezultate;* □ *accentul pus pe client;*□ *leadership şi consistenţa obiectivelor;*□ *management bazat pe procese şi acţiuni;* □ *implicarea angajaţilor;* □ *îmbunătăţirea continuă şi inovare;* □ *parteneriate avantajoase;*□ *responsabilitatea socială.*

Cadru solid pentru demararea unui proces de îmbunătăţire continuă, CAF vizează creşterea performanţei instituţiilor publice pe baza acestor concepte.

CAF face parte din domeniul public şi *folosirea lui este gratuită*. Instituţiile îl pot aplica aşa cum doresc. *Identificarea punctelor tari şi a ariilor de îmbunătăţire*, este cel mai important rezultat al diagnosticării prin CAF.



În concluzie, integrarea activă în *activitatea de autoevaluare* a instrumentului CAF poate oferi organizaţiilor şansa de a învăţa mai multe despre propriile activităţi.

* * *

Printr-un cluster de 3 proiecte, strategia de management aleasă îşi propune să imprime Spitalului Clinic de Boli Infecţioase Iaşi o suită de acţiuni eficiente şi rapide, orientate spre consolidare instituţională cât şi spre dezvoltare, în sensul asigurării unor servicii medicale la standarde.

PROIECT 1	**2018**
Consolidare, reabilitare şi refuncţionalizare PAVILION ADMINISTRATIV	
DOMENIU	MANAGEMENTUL RISCURILOR CALITATE ŞI SIGURANŢĂ - SERVICII SUPORT
RESPONSABILI	• COMITETUL DIRECTOR • UNITATEA DE MANAGEMENT AL CALITĂŢII • ECHIPA DE GESTIONARE A RISCURILOR
OBIECTIVE POLITICA Q	*Consolidarea poziţiei instituţiei prin desfăşurare de servicii suport la un nivel de calitate şi siguranţă care să satisfacă cerinţele*
OBIECTIVE DE PROCES	Siguranţa personalului spitalului şi acoperirea necesităţilor funcţionale actuale şi a condiţiilor de siguranţă în exploatare - conform normativelor în vigoare privind autorizarea funcţionării.
ACŢIUNE	Execuţie lucrări consolidare, reabilitare şi refuncţionalizare.
TERMEN	2018
INDICATORI	Proces verbal de recepţie.
RESURSE	Fonduri C. J. Iaşi / Ministerul Dezvoltării + Fonduri proprii.
REZULTATE SCONTATE	
1. SIGURANŢĂ ŞI STABILITATE ÎN EXPLOATARE - Consolidarea structurii de rezistenţă a clădirii în conformitate cu concluziile şi recomandările indicate de expertiza tehnică, respectiv, aplicarea de măsuri maximale de consolidare, care vor conduce ca structura să poată fi încadrată în clasa de risc seismic RsIV.	

2. CONFORMAREA CU NORMELE. Recompartimentarea zonei de preparare a hranei, astfel încât să fie asigurate fluxurile normale de circulaţie ale alimentelor şi preparare a hranei, în conformitate cu normele de igienă. Redimensionarea pentru refacerea în totalitate a instalaţiilor electrice, sanitare şi termice ce deservesc clădirea Pavilionului Administrativ.
3. CREŞTEREA GRADULUI DE SATISFIABILITATE AL ANGAJAŢILOR. Lucrări de reparaţii la părţile de construcţie de tip nestructural, respectiv înlocuire tâmplării, refacere finisaje interioare (zugrăveli, vopsitorii, placaje, pardoseli), refacere finisaje exterioare.
4. EFICIENTIZAREA SERVICIILOR SUPORT prin îmbunătăţirea condiţiilor de lucru.

BENEFICIARI

- Personalului spitalului, în special personalul din PAVILIONUL ADMINISTRATIV şi BLOCUL ALIMENTAR al spitalului.

PROIECT 2 2018 – 2019

CONSTRUIRE PAVILION SPITALICESC NOU - **PAVILION 8** *prin desfiinţare cabină poartă, sera, beci, gard din cărămidă, garaj si grajd-magazie* - cu o capacitate de 150 paturi, fără modificarea structurii aprobate a spitalului sau a numărului de paturi alocat.

DOMENIU	**MANAGEMENTUL ÎNGRIJIRILOR**
RESPONSABILI	• COMITETUL DIRECTOR • COSILIUL MEDICAL • STRUCTURA DE MANAGEMENT AL CALITĂŢII
OBIECTIVE POLITICA Q	*Consolidarea poziţiei instituţiei prin desfăşurare de servicii la un nivel de calitate care să satisfacă cerinţele şi aşteptările pacienţilor şi aparţinătorilor*
OBIECTIVE DE PROCES	DEZVOLTAREA RESURSELOR EXTINDERE - MODERNIZARE MEDIU DE ÎNGRIJIRE
ACŢIUNI	• Identificare parteneri / surse de finanţare. • Elaborare PROIECT TEHNIC şi DOCUMENTAŢIE TEHNICĂ DE AUTORIZARE A CONSTRUCŢIEI. • Execuţie obiectiv de investiţie.
TERMEN	2019
INDICATORI	• Buget proiect. • Proiect tehnic şi documentaţie tehnică. • Proces verbal de recepţie.
RESURSE	Fonduri C. J. Iaşi / Ministerul Dezvoltării - Proiecte structurale.

REZULTATE SCONTATE

ÎMBUNĂTĂŢIREA CAPACITĂŢII DE RĂSPUNS A SPITALULUI la cerinţele şi aşteptările pacienţilor şi aparţinătorilor prin asigurarea condiţiilor corespunzătoare pentru

78

spitalizarea continuă şi de zi şi asigurarea de condiţii corecte pacienţilor necesare vindecării / ameliorării în paralel cu sporirea gradului de igienă şi îmbunătăţirea componentei hoteliere şi ambientale:

- **CONDITII DE CAZARE ŞI ÎNGRIJIRE PACIENŢI** în rezerve de 1 pat şi saloane de 4 paturi
- **COMPARTIMENT HIV / SIDA** - îngrijire pacienţi în sistem de spitalizare continuă şi dispensarizare.
- **CABINET DE MONITORIZARE HIV/SIDA**
- **SERVICIU PRIMIRE, ÎNREGISTRARE ŞI EXTERNARE PACIENŢI** - reorganizarea serviciului pentru primirea, înregistrarea şi internarea pacienţilor, în vederea asigurării circuitelor şi a spaţiului necesar desfăşurării activităţii.
- **CAMERĂ DE GARDĂ** (primire bolnavi), spitalizarea de zi şi ambulatoriu integrat, cabinet antirabic;
- Desfăşurarea unei *ACTIVITĂŢI MEDICALE CORECTE* - cu respectarea prevederilor legale privind condiţiile de organizare şi funcţionare a unităţilor spitaliceşti

Eficientizarea şi *creşterea* calităţii şi a nivelului de performanţă al activităţilor desfăşurate prin reorganizarea COMPARTIMENTELOR DEFICITARE:

- LABORATOR CLINIC de înaltă performanţă;
- organizarea unui LABORATOR DE RADIOLOGIE ŞI IMAGISTICĂ MEDICALĂ de înaltă performanţă;
- AMBULATORULUI INTEGRAT. reorganizarea CABINETELOR DE CONSULTAŢII asigurare spaţiu minim necesar primirii şi consultului pacienţilor.
- LABORATORUL DE BIOLOGIE MOLECULARĂ - acoperirea necesităţilor funcţionale prin extinderea spaţiului de lucru.
- SERVICIUL CENTRAL DE STERILIZARE - reorganizarea serviciului pentru desfăşurarea în condiţii de înaltă siguranţă infectocontagioasă a pregătirii şi utilizării dispozitivelor şi echipamentelor medicale.
- SERVICIUL DE ANATOMIE PATOLOGICĂ - reorganizarea serviciului astfel încât componentele de citologie, histopatologie şi prosectură să fie amplasate şi să funcţioneze în aceeaşi clădire.

AUTORIZAŢIA SANITARĂ DE FUNCŢIONARE. NORMELE ŞI STANDARDELE ÎN VIGOARE. Modificarea spaţiilor destinate cazării şi îngrijirii pacienţilor (adulţi şi copii) astfel încât aceasta să conducă la respectarea cerinţelor Ordinului Nr. 914 / 2016 privind condiţiile obţinerii autorizaţiei sanitare de funcţionare; asigurarea rezervei de apă obligatorii; asigurarea unui spaţiu unic pentru spitalizarea de zi – în prezent aceste paturi sunt distribuite pe pavilioane, neexistând posibilitatea fizică de a le grupa conform legislaţiei în vigoare.

NOTĂ: prin renunţarea la Pavilionul 7 se va produce eficientizarea economico-financiară şi administrativă generată de posibilitatea monitorizării corecte a cheltuielilor şi a modului de utilizare şi distribuire a resurselor (energie electrică, încălzire, întreţinerea spaţiilor).

BENEFICIARI

PACIENŢII. Pavilionul nou ar urma să găzduiască *pacienţii HIV-SIDA* şi *pacienţii cu boli cronice progresive* din Arealul de Nord-Est al României.

NOTĂ. Proiectul pentru SPITALUL REGIONAL nu acoperă necesităţile PACIENŢILOR cu HIV-SIDA sau cu BOLI CRONICE PROGRESIVE şi nici a potenţialelor evoluţii epidemice contemporane din arealul de Nord-Est al României.

SĂNĂTATEA PUBLICĂ - reducerea impactului asupra sănătăţii publice a bolilor transmisibile cu impact major (HIV, infecţii cu transmitere sexuală, infecţii nosocomiale), precum şi al bolilor cronice, prin SEPARAREA PATOLOGIILOR HIV de non-HIV.

COMPARTIMENTE DEFICITARE ale spitalului: cabinet de monitorizare HIV / SIDA; compartiment HIV / SIDA cu îngrijire pacienţi în sistem de spitalizare continuă şi dispensarizare; cameră de gardă / serviciul de primire pacienţi; ambulatorul integrat; cabinetul antirabic; laboratorul de biologie moleculară; serviciul central de sterilizare; serviciul de anatomie patologică; laboratorul de radiologie şi imagistică medicală.

PROIECT 3 2018 – 2020

- Implementare SMCS (sistem de management al calităţii serviciilor) ca instrument de management care combină politici, personal şi mijloace, vizând îmbunătăţirea continuă a performanţei în domeniul calităţii;
- Implementare de instrumente şi metode ale MCT (Managementul Calităţii Totale).

DOMENIU	**MANAGEMENTUL CALITĂŢII** - coordonarea activităţilor pentru atingerea obiectivelor politicii de calitate
RESPONSABILI	• COMITETUL DIRECTOR • CONSILIUL MEDICAL • UMCS - Unitatea de Management al Calităţii Serviciilor
OBIECTIVE POLITICA Q	1. *Consolidarea poziţiei instituţiei prin desfăşurare de servicii la un nivel de calitate care să satisfacă cerinţele şi aşteptările pacienţilor şi aparţinătorilor* 2. *Dezvoltarea competenţelor profesionale şi a gradului de conştientizare ale angajaţilor.* 3. *Creşterea competitivităţii prin utilizarea de tehnologii şi echipamente performante pentru realizarea serviciilor.*

OBIECTIVE DE PROCES	Asigurarea funcţionalităţii UMCS (Unităţii de Management al Calităţii Serviciilor)
RESPONSABILI	• COMITETUL DIRECTOR • CONSILIUL MEDICAL • UMCS - Unitatea de Management al Calităţii Serviciilor
ACŢIUNI	ROF propriu UMCS (capitol distinct în ROF-ul spitalului) cu menţionarea PROCEDURILOR DE LUCRU PROPRII (pregătirea, implementarea şi monitorizarea PROGRAMULUI ANUAL de îmbunătăţire a calităţii şi siguranţei pacienţilor, monitorizarea calităţii serviciilor, comunicarea cu ANMCS, etc).

REZULTATE SCONTATE	UMCS funcţională pentru implementarea SMCS, a politicii şi obiectivelor privind calitatea, asumate prin declaraţia managerului.
TERMEN	ianuarie 2018
INDICATORI	1. ROF UMCS aprobat; 2. PROCEDURI DE LUCRU proprii; 3. PROGRAM ANUAL de îmbunătăţire a calităţii şi siguranţei pacienţilor aprobat;
RESURSE	Birotică
OBIECTIVE DE PROCES	*Dezvoltare - implementare SMC.*
RESPONSABILI	• COMITETUL DIRECTOR • CONSILIUL MEDICAL • UMCS - Unitatea de Management al Calităţii Serviciilor
ACŢIUNI	1. Identificarea, definirea şi analiza principalelor procese ale spitalului în vederea determinării *proceselor critice* pentru calitatea rezultatelor, asigurarea mijloacelor şi metodelor de ţinere sub control şi îmbunătăţirea continuă a acestora. 2. Elaborarea DOCUMENTAŢIEI SMCS, în conformitate cu modelul de referinţă adoptat. 3. Creşterea *gradului de implicare al personalului* prin introducerea TEHNICILOR DE LUCRU ÎN GRUP în identificarea problemelor şi căutarea soluţiilor de îmbunătăţire a calităţii serviciilor medicale acordate. 4. Analiza PERIODICĂ a stadiului implementării SMCS pentru adoptarea măsurilor corective ce se impun. 5. EVALUAREA anuală a contribuţiei individuale a fiecărui angajat, ca măsură de întărire a responsabilităţii.
REZULTATE SCONTATE	• *SMCS implementat.* • *Asigurarea complianţei personalului la un* SMCS.
TERMEN	PERMANENT
INDICATORI	1. RAPORT UMCS privind identificarea şi evaluarea punctelor slabe, identificarea intervenţiilor necesare (măsuri) şi evaluarea capacităţilor de intervenţie (posibilităţi). 2. Nr. PROCEDURI DE SISTEM ŞI OPERAŢIONALE implementate. 3. MĂSURI de remediere a neconformităţilor adoptate. 4. MĂSURI de limitare a riscurilor generate adoptate. 5. Nr. chestionare privind complianţa angajaţilor aplicate. 6. Raport semestrial privind complianţa. 7. FIŞE DE ACTIVITATE – UMCS.
RESURSE	Birotică

OBIECTIVE DE PROCES	*Menţinerea certificării* A.N.M.C.S.
RESPONSABILI	• COMITETUL DIRECTOR • CONSILIUL MEDICAL • UMCS - Unitatea de Management al Calităţii Serviciilor
ACŢIUNI	Implementare-integrare STANDARDE A.N.M.C.S. - EDIŢIA a II-a
REZULTATE SCONTATE	Asigurarea conformităţii, în vederea obţinerii acreditării în noul ciclu de acreditare.
TERMEN	PERMANENT > 2020
INDICATORI	1. PROGRAM ANUAL DE CONFORMARE - remedierea neconformităţilor întregistrate prin raportarea la EDIŢIA a II-a a STANDARDELOR A.N.M.C.S. 2. RAPORT LUNAR UMCS - evaluare internă a conformităţii cu cerinţele standardelor ANMCS - Ediţia a II-a 3. RAPORT EVALUARE - AUDIT EXTERN ANMCS 4. CERTIFICAT ACREDITARE - CICLUL II.
RESURSE	Fonduri proprii + CJ pentru taxă reacreditare.

OBIECTIVE DE PROCES	Autoevaluarea modului de funcţionare
RESPONSABILI	• COMITETUL DIRECTOR • CONSILIUL MEDICAL • UMCS - Unitatea de Management al Calităţii Serviciilor
ACŢIUNI	Implementare CAF (Common Assessment Framework) - instrument modern de autoevaluare.
REZULTATE SCONTATE	1. Integrarea activă în activitatea de autoevaluare a unor instrumente şi metode actuale ale managementului calităţii totale (CAF implementat). 2. Creşterea performanţei organizaţionale şi fundamentarea deciziei privind reglarea acţiunilor şi a proceselor, prin formularea unui diagnostic asupra modului de funcţionare cu identificarea rapidă a ariilor şi acţiunilor de îmbunătăţire.
TERMEN	2018
INDICATORI	1. Diagnostic CAF 2018, 2019 - cu indicarea ariilor şi acţiunilor de îmbunătăţire. 2. ANALIZĂ DE MANAGEMENT.
RESURSE	Birotică

82

REZULTATE GENERALE SCONTATE
1. MODELARE SERVICII în sensul îmbunătăţirii continue a calităţii serviciilor furnizate. 2. MODELARE SISTEM în sensul îmbunătăţirii continue a modalităţilor de a produce serviciile medicale.

BENEFICIARI	
STAKEHOLDERI INTERNI	**STAKEHOLDERI EXTERNI**
□ Consiliul de administraţie	□ Pacienţii □ Administraţia publică
□ Comitetul Director	□ Furnizorii □ Opinia publică
□ Salariaţii	□ Sindicatele □ Autorităţile locale

MONITORIZARE. EVALUARE. RAPORTARE.

MONITORIZAREA implementării va furniza informaţia necesară evaluării proiectului. Aprecierea performanţelor în raport cu obiectivele stabilite se va face prin setul de indicatori ascociat fiecărui obiectiv. Monitorizarea va oferi posibilitatea:

□ *revizuirii* periodice;

□ *actualizării* şi corectarea termenilor avuţi în vedere la momentul planificării;

□ *anticipării* eventualelor probleme prin efectuarea de *corecţii şi ajustări.*

EVALUAREA rezultatelor se va face trimestrial şi/sau anual. Ea va măsura intrările, ieşirile şi rezultatele precum şi problemele legate de eficacitate, eficienţă şi relevanţă. Se va urmări justificarea resurselor folosite şi a efectelor aşteptate (eficacitate) şi neaşteptate (utilitate), precum şi eficienţa intervenţiilor. Se vor evalua factorii de succes sau de eşec cât şi durabilitatea rezultatelor şi impacturilor. Se vor formula concluzii ce pot fi generalizate pentru alte intervenţii.

RAPORTAREA. În vederea îndeplinirii cerinţelor prevăzute în prezenta strategie, managerii de proces /conducătorii compartimentelor nominalizate sunt solicitaţi să aibă în vedere indicatorii urmăriţi, termenele prescrise, obiectivele urmărite, resursele implicate din secţiunea de interes şi să ofere în RAPOARTELE PERIODICE descrieri sintetice atât ale stadiului în care se află procesul de implementare a proiectului din secţiunea de interes cât şi gradul de îndeplinire a setului de indicatori.

* * *

Formularea acestei serii de recomandări privind activitatea spitalului gravitează în jurul ideii că răspunsul la preocupările presante actuale trebuie plasat în zona creşterii CALITĂŢII, PERFORMANŢEI şi EFICIENŢEI, cu predilecţie în domeniul major de responsabilitate: serviciile medicale.

Prin stabilirea unui cadrul adecvat pentru procese şi structuri organizaţionale în concordanţă cu strategia de dezvoltare, proiectul - pe lângă asigurarea unei orientări privind *Managementul calităţii* - contribuie la operaţionalizarea strategiei.

Prin atitudinea şi acţiunile în concordanţă cu valorile propuse privind *Managementul calităţii*, modul de gestionare a competenţelor partajate, proiectul formulează *repere stabile* care pot motiva şi sprijini personalul instituţiei, venind în întâmpinarea nevoilor şi aşteptărilor stakeholderilor.

Prof. Dr. Carmen Mihaela DOROBĂŢ