

SPITALUL MUNICIPAL "ANTON CINCU" TECUCI

PROIECT DE MANAGEMENT

**Managementul calității serviciilor medicale
Procesul de acreditare la nivelul
Spitalului Municipal "Anton Cincu" Tecuci**

**Candidat,
Alina-Alberta PALADE**

- Mai 2021 -

Cuprins

1. Descrierea situației actuale a Spitalului Municipal ”Anton Cincu” Tecuci	3
Tipul și profilul spitalului	3
Caracteristici ale populației deservite	3
Structura organizatorică	5
Nivelul și sursele de finanțare	6
Resursele umane	7
2. Analiza SWOT a spitalului: puncte forte, puncte slabe, oportunități și amenințări	8
3. Identificarea problemelor critice	10
4. Selecționarea unei probleme prioritare cu motivarea alegerii făcute	12
5. Dezvoltarea planului de management pentru problema prioritară identificată	12
a) Scop	12
b) Obiective	15
c) Activități	15
Definire	15
Încadrare în timp. Grafic Gantt	19
Resurse necesare	19
Responsabilități	20
d) Rezultate așteptate	22
Indicatori – evaluare, monitorizare	23
e) Cunoașterea legislației relevante	23

1. Descrierea situației actuale a Spitalului Municipal "Anton Cincu" Tecuci

Tipul și profilul spitalului

Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci este unitate sanitară cu personalitate juridică, aflată în subordinea Consiliului Local Tecuci. După patologia pe care o tratează, Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci se clasifică în categoria spitalelor generale, de îngrijiri pentru acuți și cronici, organizat într-o structură de 5 secții cu specialitățile: medicină internă, chirurgie generală, A.T.I., pediatrie și obstetrică-ginecologie și 9 compartimente: neurologie, cardiologie, ortopedie-traumatologie, neonatologie, gastroenterologie, boli cronice, compartiment de primire urgențe (UPU), edoscopie digestivă și compartiment de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale. Tipul de spitalizare practicat este de spitalizare continuă și spitalizare de zi cu posibilitatea continuării supravegherii medicale prin consultații în ambulatoriul de specialitate, activitate medicală ce se desfășoară în clădire distinctă.

Servicii paraclinice sunt asigurate prin laboratorul clinic de analize medicale (funcțional 24/24) și Laboratorul de Radiologie și imagistica medicală.

Caracteristici ale populației deservite

Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci deservește o populație de peste 130 mii locuitori, întrucât este singurul spital pe o rază de aproximativ 60 de km, cele mai apropiate spitale se află la Bârlad - 52 km, Galați - 78 km, Adjud – 48 km.

Pacienții care se adresează Spitalului Municipal "Anton Cincu" Tecuci sunt pacienți de toate vârstele cu patologii diferite, dar majoritatea acestora sunt pacienți de peste 65 de ani, respectiv pensionari cu patologii complexe și venituri financiare mici.

Majoritatea pacienților provin din zone rurale cu nivel de trai scăzut, posibilități economice reduse, nivel de educație precar, familii numeroase și din zone unde rata șomajului este crescută.

Din totalul populației județului Galați de 627.530 locuitori, peste 20%, respectiv 131.320 locuitori¹ reprezintă populația deservită de Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci, repartizată conform tabelului de mai jos:

Tabelul 1. Populația stabilă a teritoriului deservit de Spitalului Municipal "Anton Cincu" Tecuci

Localități	Total	Masculin	Feminin
Teritoriul deservit	131.320	65.618	65.702
Urban - Municipiul Tecuci	45.432	21.962	23.470
Rural	85.888	43.656	42.232
Barcea	6.451	3.303	3.148
Brăhășești	9.777	4.807	4.970
Buciumeni	2.549	1.266	1.283
Corod	7.739	3.892	3.847
Corni	2.240	1.161	1.079
Cosmești	6.743	3.424	3.319
Drăgănești	6.598	3.409	3.189
Drăgușeni	5.849	3.084	2.765
Matca	12.535	6.446	6.089
Munteni	7.781	4.001	3.780
Nicorești	4.119	2.043	2.076
Țepu	2.537	1.296	1.241
Valea Mărului	3.684	1.875	1.809
Umbrărești	7.286	3.649	3.637

¹ Institutul Național de Statistică, Populația României pe localități 1 ianuarie 2016, disponibil la www.insse.ro

	2019	2020
<i>Cazuri asigurați din total cazuri prezentate</i>	93,14%	89,60%
<i>Cazuri din același județ</i>	97,07	95,96
<i>Pacienți de sex feminin</i>	41,31%	36,52%
<i>Pacienți de sex masculin</i>	58,69%	63,48%

Tabelul 2. Indicatori socio-demografici ai pacienților externai în perioada 2019-2020

Ponderea pe vârste a pacienților este în concordanță cu structura spitalului, majoritatea pacienților având vârsta de peste 65 de ani prezentându-se pentru manifestări acute ale afecțiunilor cronice sau controale periodice pentru monitorizare; Pacienții cu vârsta cuprinsă între 18-44 ani se prezintă în majoritate cazurilor pentru afecțiuni acute și probleme legate de travaliu și nașteri; Pacienții cu vârsta cuprinsă între 0-4 ani, cu excepția nou-născuților în spital reprezintă o prioritate pentru familie fiind aduși în majoritate la spital la primele semne de boală.

Pacienți externai pe grupe de vârstă	Media 2019-2020
0-4 ani	23,04%
5-17 ani	12,58%
18-44 ani	23,09%
45-65 ani	17,67%
peste 65 ani	23,62%
Total pacienți	100,00%

Figura 1. Pacienți externai în sistem DRG pe grupe de vârstă în perioada 2019-2020

Majoritatea pacienților externai în perioada analizată sunt persoane din zona rurală, respectiv peste 64% din totalul pacienților externai în perioada 2019-2020.

Secție/Compartiment	Media pacienților din mediul rural externai în perioada 2019-2020
Medicină internă	59,28%
Cardiologie	56,26%
Chirurgie Generală	62,44%
Ortopedie Traumatologie	65,43%
Pediatrică	71,69%
Obstetrică-Ginecologie	72,45%
Neonatologie	79,66%
Neonatologie Prematuri	73,41%
Cronici	39,14%
Gastroenterologie	64,59%
Neurologie	61,19%
Total pacienți din mediul rural	64,13%

Tabelul 3. Pacienți din zona rurală externai în perioada 2019-2020.

Secție/Compartiment	Pacienți internați	Rata de utilizare a paturilor		Durata medie de spitalizare	Rata mortalității în spital	Bolnavi rulați pe pat
		(zile)	%			
Total	7067	162,87	44,50	5,77	0,87	28,22
Medicină internă	1262	212,26	57,99	7,46	3,96	28,43
Cardiologie	99	116,80	31,91	4,95	0,88	23,60
Chirurgie Generală	669	121,00	33,06	3,88	0,88	31,21
Ortopedie Traumatologie	436	190,19	51,96	4,03	0,45	47,19
Pediatrie	1662	155,11	42,38	4,15	0	37,36
Obstetrică-Ginecologie	1890	288,71	78,88	4,44	0	65,03
Neonatologie	818	202,95	55,45	4,92	0	41,25
Neonatologie Prematuri	48	64,50	17,62	5,3 8	0	12,00
ATI	0	124,87	34,12	2,09	0	59,80
Cronici	29	14,43	3,94	12,24	12,12	1,18
Gastroenterologie	135	108,33	29,60	4,74	0	22,83

Tabelul 4. Activitatea spitalului - Anul 2020

Procent fișe chirurgicale		Durata medie spitalizare preoperatorie	Durata medie spitalizare postoperatorie
2019	52,12	1,09	4,36
2020	60,64	0,93	4,15

Tabelul 5. Indicatori ai activității chirurgicale în sistem DRG 2019-2020

	Număr fișe	Număr cazuri ATI	Număr zile	Durata medie spitalizare	Durata medie de spitalizare în ATI	ICM
2019	11961	924	51125	4,27	1,52	0,9616
2020	6875	697	32932	4,79	1,13	0,9085

Tabelul 6. Indicatori generali de volum și intensitate în sistem DRG 2019-2020

Structura organizatorică

Spitalului Municipal "Anton Cincu" Tecuci cu un total de 253 de paturi, repartizate astfel:

<u>Secția/compartiment</u>	<u>Număr de paturi</u>
Secția Medicină Internă	46
- Compartiment Neurologie	5
- Compartiment Cardiologie	5
Secția Chirurgie Generală	28
Secția Obstetrică – Ginecologie	35
Secția A.T.I.	15
- din care A.T.I. Obstetrică-Ginecologie	5
Secția Pediatrie	45
Compartiment Neonatologie	24
- din care Compartiment Prematuri	4
Compartiment Ortopedie și Traumatologie	16
Compartiment Boli Cronice	28
Compartiment Gastroenterologie	6
Total număr de paturi	253

- Spitalizare de zi	5
- Însoțitori	10

Pe lângă secțiile și compartimentele enumerate, în structura spitalului mai sunt incluse și următoarele:

- Compartiment de primire urgențe (CPU)
- Camera de gardă
- Bloc operator
- Sterilizare
- Farmacie
- UTS
- Ambulatoriu integrat al spitalului cu cabinete de chirurgie generală, pediatrie, medicină internă, obstetrică-ginecologie, ORL, oftalmologie, neurologie, dermatovenerologie, psihiatrie, ortopedie și traumatologie, cardiologie, gastroenterologie, compartiment explorări funcționale, fișier.
- Laborator analize medicale
- Laborator anatomie patologică, prosectură
- Laborator radiologie și imagistică medicală
- Compartiment endoscopie digestivă
- Compartiment de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale
- Serviciul de evaluare și statistică medicală
- Cabinet diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
- Cabinet planificare familială
- Cabinet boli infecțioase

Laboratoarele și compartimentele de investigații și tratament, deservește atât pacienții internați, cât și pe cei din ambulatoriu.

Nivelul și sursele de finanțare

Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci este o instituție publică finanțată integral din venituri proprii în baza contractului de furnizare servicii medicale încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate Galați.

În funcție de ponderea lor în buget și în măsura în care pot fi alocate, resursele financiare ale spitalului sunt:

- venituri din contractul încheiat cu CAS Galați pentru servicii medicale spitalicești;
- venituri din contractul încheiat cu DSP Galați din sume alocate de la bugetul de stat pentru finanțarea unor acțiuni de sănătate (finanțarea cheltuielilor de personal pentru medicii rezidenți și pentru medicii din cabinetele de planificare familială);
- subvenții din bugetele locale pentru finanțarea cheltuielilor curente și de capital din domeniul sănătății;
- venituri proprii, respectiv din prestări de servicii medicale la cerere (efectuarea de analize medicale, pacienți fără asigurare), alte venituri din prestări de servicii și alte activități, venituri din concesiuni și închirieri.

Anul	Anul 2019		Anul 2020	
Venituri	Mii lei	Pondere	Mii lei	Pondere
Venituri din contractul încheiat cu CAS	48257	90%	51665	74%
Venituri din contractul încheiat cu DSP	4413	8%	2738	4%
Subvenții din bugetele locale	446	1%	2619	4%
Venituri proprii si donatii	586	1%	684	1%
excedent/deficit,sume primite de la UE	18	0%	12273	18%
Total	53720	100%	69979	100%
Cheltuieli	Mii lei	Pondere	Mii lei	Pondere
Cheltuieli de personal	41475	77%	44910	64%
Bunuri și servicii, din care:	9662	18%	11519	16%
- Medicamente și materiale sanitare	4262	8%	6020	9%
Alte cheltuieli	420	1%	420	1%
Cheltuieli de capital	2163	4%	13130	19%
Total	53720	100%	69979	100%

Tabelul 7. Structura bugetului în perioada 2019-2020

Denumire	Total	Plăți restante peste 30 de zile	Plăți restante peste 60 de zile	Plăți restante sub 30 de zile
	Lei			
Furnituri de birou	12,136.15	7,394.15	2,145.00	2,597.00
Materiale pentru curățenie	56,434.58	14,158.78	13,854.72	28,421.08
Încălzit, iluminat și forță motrică	409,928.52	227,904.96	96,720.60	85,302.96
Apă,canal și salubritate	56,705.09	15,031.32	13,187.07	28,486.70
Piese de schimb	16,223.27	5,420.45	0.00	10,802.82
Transport	672.84	68.04	361.80	243.00
Materiale și prestări de servicii cu caracter funcțional	51,213.10	12,613.75	11,448.41	27,150.94
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	252,064.16	36,759.24	31,231.37	184,073.55
Reparații curente	46,801.82	9,139.03	23,178.50	14,484.29
Alimente	48,557.93	19,020.20	993.83	28,543.90
Medicamente	255,965.66	77,338.30	44,547.40	134,079.96
Materiale sanitare	415,793.67	158,648.29	124,895.59	132,249.79
Reactivi	158,595.44	47,636.29	22,768.99	88,190.16
Alte obiecte de inventar	21,560.08	10,099.71	5,164.40	6,295.97
Materiale de laborator	10,693.57	7,335.16	1,971.24	1,387.17
Total	1,813,345.88	646,567.67	392,468.92	772,309.29

Tabelul 8. Plăți restante la 30.04.2021

Resursele umane

Din punct de vedere al încadrării cu personal, spitalul se confruntă cu deficit de personal medical cu studii superioare, având încadrat un număr de 25 de medici din 43 posturi aprobate.

În prezent spitalul are 441 de posturi aprobate prin statul de funcții, din care 378 sunt ocupate și 63 sunt vacante.

Denumirea unității sanitare	Total posturi	DIN CARE:		CATEGORII DE PERSONAL					
		Personal sanitar (medici, alt personal superior sanitar și personal sanitar mediu)	Personal auxiliar sanitar tehnic, economic, adm. muncitori	Medici	Alt personal sanitar superior și farmaciști	Personal mediu sanitar	Personal auxiliar sanitar	Personal TESA	Muncitori
Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci și Ambulatoriu	Aprobate 441	273	168	43	8	222	129	24	15
	Ocupate 378	223	155	25	8	190	120	20	15

Tabelul 9. Structura de personal

2. Analiza SWOT a spitalului: puncte forte, puncte slabe, oportunități și amenințări

Analiza SWOT este o metodă eficientă care poate fi utilizată în planificarea strategică pentru a determina potențialele, prioritățile și pentru a crea o imagine de ansamblu asupra strategiei de dezvoltare a spitalului.

Analiza continuă a mediului extern este specifică managementului strategic pentru a prevedea sau observa schimbările în timp și condițiile interne pentru a evalua capacitatea de a răspunde la schimbări. Conducerea spitalelor apreciază că managementul spitalelor publice ocupă o poziție specială, deoarece implică gestionarea activităților complexe, consum mare de resurse și serviciile medicale furnizate să fie de înaltă calitate. Aceste activități încep cu servicii medicale furnizate pacienților (activități clinice), apoi continuă cu servicii hoteliere (cazare și hrană), gestionare eficientă a resurselor (medicamente, materiale sanitare, reactivi de laborator etc.) în condițiile în care resursele financiare sunt extrem de limitate. Pentru îmbunătățirea calității actului medical se va investi în pregătirea profesională a personalului, echipamente medicale performante, precum și implementarea standardelor de management al calității. Prin urmare, conducerea spitalului ar trebui să ia decizii pe baza unei înțelegeri depline a factorilor interni și externi, care pot afecta activitățile și obiectivele strategice desfășurate.

Prin tehnica SWOT, pentru o analiză a situației generale actuale a Spitalului Municipal "Anton Cincu" Tecuci, prezentăm punctele forte și oportunitățile pe care le poate exploata spitalul, punctele slabe, dar și eventualele amenințări cu care s-ar putea confrunta.

Evaluarea internă

Puncte forte

- ⇒ Sistem Informatic Medical Integrat performant și avansat, care a informatizat integral activitatea spitalului (clinică, administrativă și financiară);
- ⇒ Implementarea Sistemului Integrat de Management a Calității ISO 9001 și ISO 14001 Cerințe particulare pentru calitate și certificare sisteme de management de mediului;
- ⇒ Spitalul se află în ciclul II de acreditare ANMCS;
- ⇒ Secții și compartimente dotate cu cele mai performante echipamente hardware conectate la internet de mare viteză prin rețea LAN;
- ⇒ Personal sanitar superior și mediu cu experiență și competent;
- ⇒ Motivarea personalului prin existența planului de formare și perfecționare a personalului, participarea la cursuri și conferințe;
- ⇒ Condiții de spitalizare corespunzătoare, confortabile și sigure pentru pacienți: stocuri suficiente și constante de medicamente și materiale sanitare, meniu variat și de calitate, cu

respectarea standardelor nutriționale, atitudine deschisă și caldă a personalului, ambient confortabil;

- ⇒ Consiliere psihologică și asistență spirituală pentru pacienți;
- ⇒ Nucleu de anestezie și terapie intensivă dotat conform standardelor;
- ⇒ Dotarea cu aparatură medicală performantă a laboratorului de analize;
- ⇒ Dotarea cu Roentgendiagnostic Digital, aparat de radiologie Siemens, ecografe doppler color moderne, multe ecografe portabile, electrocardiografe, monitoare funcții vitale, trusă chirurgie laparoscopică, etc..
- ⇒ Fonduri de la bugetul de stat pentru acțiunile de sănătate (salarii medici rezidenți și medici planificare familială);
- ⇒ Adresabilitatea foarte ridicată a pacienților, fapt care subliniază utilitatea spitalului în zonă;
- ⇒ Existența Laboratorului de analize medicale cu program 24/24 și a Laboratorului de radiologie și imagistică medicală;

Puncte slabe

- ⇒ Infrastructură pavilionară, majoritatea clădirilor sunt foarte vechi, de peste 100 de ani, pentru care s-au făcut eforturi foarte mari de întreținere și reparație, acestea necesitând investiții majore pentru a se asigura respectarea normelor actuale din domeniul sanitar;
- ⇒ Număr mare de aparatură medicală învechită și uzată moral;
- ⇒ Clădirea în care funcționează ambulatoriul de specialitate și laboratorul de radiologie și imagistică medicală necesită reparații capitale;
- ⇒ Lipsa stimulentei financiare pentru motivarea personalului medical și administrativ;
- ⇒ Finanțarea slabă a sectorului sanitar;
- ⇒ Lipsa și retenția de personal medical superior din ce în ce mai mică, fapt care generează un management deficitar al volumului de muncă (suprasolicitare), abilități și competențe insuficiente și accesul redus la serviciile de sănătate;
- ⇒ Lipsa personalului în Compartimentul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- ⇒ Concurența cu sistemul medical privat;
- ⇒ Finanțarea slabă a sectorului sanitar, cel mai scăzut nivel de finanțare din țările Uniunii Europene, 814 euro per capita;
- ⇒ Existența datoriilor;

Evaluarea externă

Oportunități

- ⇒ Asigurarea echitabilă a serviciilor medicale prin identificare și implementarea de intervenții sustenabile de atragere și reținere a medicilor, cu participarea financiară a autorităților locale;
- ⇒ Locația strategică a spitalului - o mare oportunitate pentru pacienții din Municipiul Tecuci și localitățile limitrofe (pe o rază de 60 km nu există niciun spital și niciun laborator de analize medicale);
- ⇒ Creșterea nivelului de salarizare din domeniul sănătății, cu impact asupra personalului medical;
- ⇒ Posibilitatea obținerii de aparatură medicală performantă prin solicitări fundamentate către ONG-uri;
- ⇒ Posibilitatea accesării de proiecte cu finanțare europeană și transfrontalieră nerambursabilă pentru construcția, reabilitarea și modernizarea unităților sanitare;
- ⇒ Posibilitatea decontării serviciilor efectuate în România, de pacienți ai Uniunii Europene (Directiva UE nr. 24/2011);

Amenințări

- ⇒ Concurența cu sistemul medical privat în atragerea pacienților; deja există un număr mare de spitale și clinici private performante, care beneficiază de FNUASS;
- ⇒ Instabilitatea legislativă și financiară; cadru legislativ incoerent și schimbările frecvente ale legislației pot genera interpretarea în mod eronat a acesteia.
- ⇒ Migrarea personalului calificat din cadrul sectorului sanitar;
- ⇒ Procesul de acreditare va duce la creșterea cheltuielilor în special pentru îndeplinirea indicatorilor ce țin de infrastructura spitalului.
- ⇒ Apariția unui decalaj social între persoanele care își pot permite o asigurare suplimentară de sănătate și persoanele defavorizate;
- ⇒ Odată cu îmbunătățirea nivelului de informare al pacientului, precum și cu avansarea și diversificarea tehnologiei de diagnostic și tratament, aceasta va duce la creșterea așteptărilor oamenilor și implicit la creșterea cererilor de servicii medicale complexe;
- ⇒ Libera circulație a personalului face posibil ca utilizatorii să ia legătura cu furnizorii de servicii medicale din diferite țări și să își schimbe așteptările;
- ⇒ Creșterea nivelului de sărăcie a populației poate afecta nivelul de consum al serviciilor de sănătate de calitate, cu accent pe accesarea tardivă a serviciilor medicale (servicii specializate și costisitoare);
- ⇒ Abordare neuniformă a conceptului de management al calității, noțiunea fiind utilizată fie în sensul formal, de structură în cadrul unității sanitare, fie în sensul funcțional, de activitate organizată în cadrul unității sanitare, și mai puțin operațional, ca activitate care privește întreaga organizație;

3. Identificarea problemelor critice

Urmare analizei SWOT au fost identificate problemele critice ale spitalului în vederea stabilirii unei strategii de dezvoltare.

- ***Începerea și finalizare procesului de acreditare ANMCS în cel de-al II-lea Ciclu de acreditare al spitalelor.***

În prezent, Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci se află în curs de acreditare pentru cel de-al II-lea Ciclu de acreditare ANMCS, având programată vizita de evaluare în primul trimestru al anului 2022, conform Anexei la Ordinul nr. 109 din data de 29.04.2021 pentru modificarea Anexei la Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 660/2016 pentru aprobarea Planului multianual de acreditare. Acreditarea spitalului reprezintă cel mai important obiectiv al conducerii. Prin procesul de acreditare se urmărește creșterea performanțelor actului medical, a siguranței asistenței medicale și a calității serviciilor asociate asistenței medicale. Lipsa acreditării va afecta posibilitatea încheierii contractului cu Casa de Asigurări de Sănătate, obținerea acreditării unui spital determinând încheierea acestuia.

- **Situația financiară deficitară.**

Procesul de reabilitarea financiară a spitalului va începe cu stoparea cheltuielilor nejustificate și plata datoriilor. Achitarea datoriilor se va efectua eşalonat pentru a se evita intrarea în incapacitate de plată, situație care ar bloca complet activitatea spitalului.

Achitarea datoriilor nu se efectuează în detrimentul calității actului medical.

Pentru economisirea fondurilor spitalului se vor avea în vedere următoarele:

- a) utilizarea resurselor materiale și bănești pentru cheltuieli oportune și strict necesare;
- b) reducerea cheltuielilor materiale, de funcționare și administrare prin stabilirea de norme proprii de consum;
- c) aprovizionarea cu materiale sanitare, medicamente pentru asigurarea tratamentului adecvat, în limita cerințelor actelor medicale, evitându-se formarea de stocuri;

d) stabilirea la nivelul spitalului de proceduri pentru actele medicale furnizate la nivelul secțiilor, stabilirea listelor proprii de medicamente, materiale sanitare și reactivi, aprobate de comitetul director;

e) stabilirea necesarului de lucrări de întreținere pe bază de studii și documentații tehnice în cadrul unor strategii de îmbunătățire a calității actului medical;

f) evaluarea produselor din gestiuni și eliberarea acestora în funcție de cerințele actelor medicale și de respectarea scopului pentru care au fost achiziționate;

g) întărirea controlului intern asupra consumurilor pe secții și compartimente;

h) reducerea cheltuielilor ca urmare a externalizării unor servicii și activități, potrivit normelor legale.

Se va reanaliza întreaga activitate a spitalului, a fiecărui contract și se va renunța la ce nu este necesar funcționării spitalului. O atenție sporită necesită și efectuarea unui studiu de piață în vederea contractării cu societăți comerciale care nu practică adaosuri comerciale foarte mari.

Pentru obținerea de fonduri se vor efectua demersuri către Consiliul Local în vederea sprijinirii spitalului pentru achitarea datoriilor, către Ministerul Sănătății pentru finanțarea obiectivelor noi de investiții, a proiectelor aflate în derulare, nominalizate în listele de investiții, anexă la bugetul Ministerului Sănătății din legea bugetului, dotarea cu aparatură medicală, reparații capitale, obiective de modernizare, transformare și extindere a construcțiilor existente și expertizare, proiectare și consolidare a clădirilor, astfel încât spitalul să nu fie nevoit să aloce fonduri din veniturile proprii pentru aceste obiective, precum și către ONG-uri pentru dotarea spitalului cu aparatură performantă.

- **Obținerea acreditării RENAR pentru Laboratorul de analize medicale.**

Prin acreditarea laboratorului de analize medicale se certifică, de către organismul competent, că laboratorul și personalul ce-și desfășoară activitatea sunt competenți să efectueze determinări corespunzător cerințelor europene și internaționale în domeniul calității.

Obținerea certificatului de acreditare, prezența siglei RENAR pe buletinul de analize eliberat conferă încredere în competență tehnică a laboratorului de analize medicale, credibilitate asupra rezultatelor obținute, minimizarea riscului de rezultate eronate furnizate pacienților.

Acreditarea laboratorului de analize medicale conform SR EN ISO 15189:2007 este cerință obligatorie pentru a contracta servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate. În plus, punctajul obținut ce derivă din aceste certificate de acreditare este decisiv pentru dimensiunea plafonului de decontare oferit de către casele de asigurări de sănătate – în mod evident, un laborator care are toate analizele acreditate RENAR va avea un plafon de decontare net mai mare decât laboratoarele care nu au toată gama de analize acreditate, putând astfel deservi un număr crescut de pacienți.

- **Dezvoltarea și reorganizarea infrastructurii spitalului.**

Spitalul își desfășoară activitatea în sistem pavilionar cu o vechime a clădirilor de peste 100 de ani, ceea ce creează o dificultate în realizarea și respectarea circuitelor funcționale.

Având în vedere faptul că indicatorii critici precum și indicatorii – 10 din listele de verificare ale ANMCS fac referire în mare parte la infrastructura spitalului (spațiile nu prezintă deteriorări sau infiltrații de la instalațiile de apă, grupurile sanitare sunt funcționale și curate, saloanele au grup sanitar propriu, există sisteme de elevare și transport mecanizat pentru pacienți, etc.), considerăm că este imperios necesar ca infrastructura spitalului să fie dezvoltată, modernizată și reorganizată în funcție de necesități și cu respectarea indicatorilor conform cerințelor ANMCS.

Dotarea și/sau modernizarea infrastructurii se va efectua prin:

- Dotarea/extinderea/modernizarea/reabilitarea infrastructurii spitalului și a ambulatoriului.

Soluția constă în:

- accesarea de fonduri prin Programul Operațional Sănătate 2021-2027 Creșterea eficacității sectorului medical prin investiții în infrastructură și servicii.
- sprijinirea spitalului prin finanțarea totală sau parțială privind dotarea/extinderea/modernizarea/reabilitarea infrastructurii spitalului de către ordonatorul principal de credite.

- **Deficitul de medici**

În ceea ce privește atragerea de specialiști, Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci se confruntă cu un grav deficit de medici.

O soluție o constituie modernizarea și dotarea spitalului cu aparatură medicală performantă precum și subvenționarea salariilor medicilor din fondurile autorității publice locale prin acordarea unui stimulent financiar.

O soluție suplimentară pentru atragerea de medici o poate constitui asigurarea locuințelor, cu sprijinul ordonatorului principal de credite, astfel se pot coopta și medici care nu sunt din Municipiul Tecuci.

4. Selecționarea unei probleme prioritare cu motivarea alegerii făcute

Scopul fundamental al Spitalului Municipal "Anton Cincu" Tecuci îl constituie satisfacerea așteptărilor pacienților prin organizarea serviciilor de sănătate la nivelul spitalului în așa fel încât îmbunătățirea permanentă a calității actului medical să reprezinte misiunea spitalului.

Prin urmare, vom selecționa în vederea analizării următoarea problemă prioritară: **«Finalizarea procesului de acreditare ANMCS în cel de-al II-lea Ciclu de acreditare al spitalelor»**

Principalele motivații care stau la baza selecționării acestei probleme prioritare se referă la următoarele aspecte:

- Pacienții au dreptul legal la servicii de cea mai bună calitate;
- Obținerea acreditării implementarea și menținerea standardelor de calitate, cât și achitarea taxei aferente activităților de evaluare, implică costuri ridicate;
- Standardele și certificările obținute pot îmbunătăți imaginea spitalului în fața comunității și a instituțiilor cu care cooperează;
- Implementarea și menținerea standardelor de calitate favorizează:
 - ✓ crearea și menținerea unui climat stabil pentru angajați și propice pentru dezvoltarea lor profesională;
 - ✓ identificarea deficiențelor și a metodelor de rezolvare a acestora;
 - ✓ limitarea riscurilor asumate, într-un mediu controlat riscurile pot fi gestionate mai eficient;

5. Dezvoltarea planului de management pentru problema prioritară identificată

a) Scop

Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS) este o instituție publică cu personalitate juridică, organ de specialitate al administrației publice centrale în domeniul managementului calității în sănătate, care funcționează în subordinea Guvernului și coordonarea prim-ministrului.

ANMCS își propune să dezvolte societatea românească pentru maximizarea calității sectorului sănătății, proceduri și rezultate pentru sănătatea oamenilor prin implementarea conceptului de calitate în sectorul sănătății.

Acreditarea este modalitatea prin care se demonstrează că o unitate medicală face eforturi să acorde îngrijiri medicale care să satisfacă așteptările pacienților, atât din punct de vedere al rezultatelor cât și din punct de vedere al condițiilor în care se acordă. Acreditarea este valabilă 5 ani. În acest interval ANMCS colaborează cu personalul din unitatea acreditată în cadrul unui proces de monitorizare continuă a activității, stimulând astfel preocuparea profesioniștilor din unitățile medicale acreditate să fie consecvenți în respectarea regulilor pentru îmbunătățirea continuă a calității serviciilor oferite. Lipsa acreditării nu interzice funcționarea, deci unitățile sanitare neacreditate vor putea funcționa în baza Autorizației Sanitare de Funcționare, dar fără a primi finanțare din fonduri publice.

Scopul ANMCS constă în asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului, prin standardizarea și evaluarea serviciilor de sănătate și acreditarea unităților sanitare.

Scopul acreditării constă în implementarea conceptelor de calitate în sănătate și îmbunătățirea cadrului organizatoric și de reglementare națională pentru asigurarea serviciilor de sănătate conforme cu așteptările și exigențele populației, ale profesioniștilor din sănătate și ale autorităților.

Principiile calității sunt următoarele:

- **Orientarea organizației către pacient** - Acest principiu constă în capacitatea organizației de a înțelege și satisface nevoile pacienților;
- **Asigurarea „leadership-ului”** – Principiul constă în asigurarea angajamentului personal, al managerului și al structurii de conducere, de a se implica în aplicarea abordării integrate a calității;
- **Implicarea întregului personal în luarea deciziilor** - Principiul constă în dezvoltarea capacităților tuturor pentru a fi posibilă decizia individuală în rezolvarea problemelor de zi cu zi și de a se implica în proiecte de îmbunătățire a calității;
- **Abordarea bazată pe proces** - Toate activitățile din organizație trebuie abordate ca procese documentate și controlate și toți angajații trebuie să înțeleagă misiunea și viziunea organizației și trebuie să participe la monitorizarea procesului;
- **Abordarea managementului ca sistem** - Identificarea, înțelegerea și conducerea unui sistem de management al calității compus din procese interdependente poate îmbunătăți eficiența organizației. Integrarea managementului clinic și financiar creează un sistem de management care asigură luarea celor mai bune decizii pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale.
- **Îmbunătățirea continuă a performanțelor și a calității** - Acest principiu constă în implicare tuturor sectoarele de activitate, în privința creșterii performanțelor organizației, depunerea unor eforturi ample și susținute pentru îmbunătățirea continuă a calității serviciilor furnizate, cu accent pe individ și comunitate;
- **Siguranța pacienților prioritară** - Îmbunătățirea siguranței pacienților și a calității asistenței medicale.

În principal, **scopul acreditării** constă în:

- Serviciile de sănătate să asigure condițiile de siguranță a pacientului, a personalului și a mediului;
- Serviciile de sănătate oferite să răspundă nevoilor colectivităților deservite;
- Preluarea pacienților de către unitățile sanitare să se facă în limita competențelor și a resurselor acestora.

Acreditarea unităților sanitare se focalizează pe *trei dimensiuni*:

1. Implementarea sistemului de management al calității
2. Organizarea proceselor în vederea acreditării serviciilor de sănătate
3. Îmbunătățirea practicilor profesionale

Standardele de acreditare a spitalelor sunt reglementate prin Standardele de acreditare a spitalelor sunt reglementate prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor:

Standard	Referința 1
	<i>MANAGEMENTUL STRATEGIC ȘI ORGANIZAȚIONAL</i>
01.03	Managementul resurselor umane asigură nevoile de personal conform misiunii asumate de către spital.
01.04	Managementul financiar și administrativ răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului.
01.05	Sistemul informațional răspunde necesităților de informații și stabilește utilizarea lor eficientă în spital.
01.06	Sistemul de comunicare existent la nivelul spitalului răspunde nevoilor organizației și ale beneficiarilor.
01.07	Sistemul de management al calității serviciilor este operațional și asigură desfășurarea tuturor proceselor legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității.
01.08	Managementul riscurilor neclinice previne apariția prejudiciilor și fundamentează procesul decizional.
01.09	Mediul de îngrijire asigură condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale.
02	<i>Referința 2</i>
	<i>MANAGEMENTUL CLINIC</i>
02.01	Preluarea în îngrijire a pacienților se face conform nevoilor acestora, misiunii și resurselor disponibile ale spitalului.
02.02	Evaluarea inițială urmărește identificarea nevoilor pacienților în contextul cunoașterii expunerii la factori de risc (mediu, sociali, economici, comportamentali și biologici) și stabilește necesarul de asistență și îngrijiri medicale pentru aceștia.
02.03	Practica medicală abordează integrat și specific pacientul, cu asigurarea continuității asistenței și a îngrijirilor medicale.
02.04	Spitalul promovează conceptul de "prieten al copilului".
02.05	Serviciile paraclinice corespund nevoilor de investigare.
02.06	Spitalul de nefrologie sau cu secții de nefrologie asigură continuitatea asistenței medicale pentru pacienții cu boală cronică de rinichi (BCR).
02.07	Radioterapia și/sau medicina nucleară asigură nevoile de tratament specifice.
02.08	Îngrijirile paliative și terminale se adresează pacienților cu boli cronice progresive și familiilor și urmăresc îmbunătățirea calității vieții acestora prin ameliorarea suferinței.
02.09	Managementul farmaceutic și al medicației asigură continuitatea tratamentului și siguranța pacientului.
02.10	Spitalul a implementat bunele practici de antibioticoterapie.
02.11	Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale respectă bunele practici în domeniu.
02.12	Spitalul dezvoltă și implementează o politică de asigurare și îmbunătățire a siguranței pacientului.
02.13	Spitalul a implementat bunele practici transfuzionale și de hemovigilență.
02.14	Auditul clinic evaluează eficacitatea și eficiența asistenței medicale.

02.15	Externarea și transferul pacientului se organizează specific, în funcție de starea acestuia.
03	Referința 3 <i>ETICA MEDICALĂ ȘI DREPTURILE PACIENTULUI</i>
03.01	Spitalul promovează respectul pentru autonomia pacientului.
03.02	Spitalul respectă principiul echității și justiției sociale și drepturile pacienților.
03.03	Spitalul promovează principiile binefacerii și nonvătămării.

Îmbunătățirea activităților prin implementarea standardelor de calitate sunt activități dinamice, periodice care au ca scop atingerea unor obiective mai înalte decât cele existente.

Îmbunătățirea calității serviciilor se referă nu numai la îndeplinirea atribuțiilor/obligățiilor legale, ci și la implementarea măsurilor de eficientizare a procesului, care adaugă valoare activităților desfășurate de spital.

b) Obiective

- ✓ *Finalizarea procesului de acreditare ANMCS în cel de-al II-lea Ciclu de acreditare al spitalelor*
- ✓ *Obținerea și menținerea acreditării Spitalului Municipal "Anton Cincu" Tecuci*

c) Activități

Definire

Obținerea și menținerea acreditării spitalului presupune parcurgerea mai multor activități desfășurate pe anumite etape. Până la momentul actual a fost parcursă etapa premergătoare de înscriere în procedura de evaluare și acreditare, Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci aflându-se deja în etapa I, de pregătire a evaluării.

I. Etapa de pregătire a evaluării

Etapa de pregătire a evaluării se desfășoară de la data înscrierii și până la data emiterii ordinului președintelui ANMCS de constituire a Comisiei de evaluare și necesită implicarea tuturor șefilor de compartimente, pentru desfășurarea următoarelor **activități**:

I.1. Încărcarea Fișelor de autoevaluare (FAE)

Pentru încărcarea Fișei de autoevaluare conducătorul fiecărui compartiment realizează o analiză obiectivă a compartimentului pentru identificarea și raportarea corectă a gradului de îndeplinire a cerințelor de calitate și asumarea deficiențelor existente la nivelul structurii.

Raportarea FAE se realizează de către fiecare șef de compartiment, în aplicația on-line, pe platforma CaPeSaRo pusă la dispoziție de ANMCS.

Completarea și raportarea FAE are ca rol comunicarea către ANMCS a nivelului de îndeplinire a standardelor de calitate și conștientizarea personalului cu privire la nivelul de conformitate raportat la cerințele ANMCS.

I.2. Încărcarea documentelor obligatorii, solicitate și a indicatorilor sensibili

Încărcarea documentelor care fac dovada îndeplinirii indicatorilor se realizează în format pdf cu semnături lizibile în platforma CaPeSaRo la secțiunea corespunzătoare indicatorului.

Documentele sunt împărțite în trei mari categorii, și anume:

- a) **Documente obligatorii solicitate (DOS)** – sunt documentele care se referă la avize, autorizații, și reglementările interne privind desfășurarea activităților cu impact major asupra siguranței pacienților și angajaților:
 - Procedura de internare a pacientului;

- Procedura de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale;
 - Procedura de recomandare și administrare a sângelui și produselor din sânge;
 - Procedura de predare a pacientului între ture;
 - Procedura privind dubla identificare a pacientului;
 - Procedura privind buna practică în antibioterapie;
 - Lista antibioticelor de rezervă;
 - Procedura privind externarea pacientului;
 - Procedura privind identificarea și raportarea evenimentelor adverse;
- b) Documentele suplimentare solicitate (DS):
- Autorizația de securitate la incendiu / prevenire și stingere a incendiului;
 - Planul Strategic, Planul de Management, Regulamentul de Ordine Interioară, Regulamentul Intern, Registrul de riscuri;
 - Certificări pentru furnizorii de servicii externalizate;
 - Lista reglementărilor în vigoare, lista coordonatorilor de activități;
 - Indicatorii cantitativi;
 - Formularele pentru Chestionarele pacienților și angajaților și analiza rezultatelor.
- c) Documentele care dovedesc îndeplinirea indicatorilor sensibili.

Unitatea spitalicească care nu încarcă, în termenul stabilit, documentele DOS și DS pot fi excluse din planul multianual de acreditare ca urmare a anulării cererii de înscriere.

1.3. Actualizarea paginii de internet a instituției

Pagina web a spitalului trebuie să fie actualizată permanent și să conțină toate informații actualizate considerate de interes pentru pacienți, comunitate și instituțiile colaboratoare. Pagina web a instituției este verificată anterior vizitei de evaluare.

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

II. Etapa de evaluare

II.1. Etapa de pre-vizită

Este etapă în care evaluatorii analizează documentele solicitate de ANMCS și transmise de către unitățile medicale în aplicația CaPeSaRo și solicită lămuriri conducerii, atunci când este cazul.

Intervalul de timp aferent previzitei este cuprins între data emiterii Ordinului Președintelui ANMCS de constituire a Comisie de Evaluare și ziua anterioară datei de începere a vizitei la unitatea spitalicească.

În vederea respectării cadrului legal de desfășurare a procesului de evaluare, președintele Comisiei de Evaluare se asigură că spitalul a încărcat în CaPeSaRo contractul de colaborare încheiat cu ANMCS. În situația în care președintele Comisiei de Evaluare constată că spitalul nu a încărcat contractul de colaborare sau prezintă erori, solicită spitalului, prin intermediul responsabilului regional cu acreditarea, remedierea neconformității în termen de 3 zile lucrătoare, sub sancțiunea anulării vizitei de evaluare și declanșarea de către ANMCS a formalităților de excludere a spitalului din ciclul de acreditare.

Etapă de pre-vizită se încheie cu încărcarea, de către Comisia de Evaluare, a unui raport privind prevalidarea indicatorilor pentru care au fost analizate documentele.

După încheierea etapei de pre-vizită se întocmește și se transmite către spital Programul vizitei de evaluare.

II.2. Vizita de evaluare

La data stabilită conform planificării, Comisia de Evaluare se deplasează la sediul unității sanitare pentru a valida datele pe baza cărora se stabilește conformitatea cu cerințele din standarde, urmărind obiectivele menționate.

În timpul vizitei evaluatorii vor aplica instrumentele de evaluare și vor colecta, prin intermediul acestora, informații pe care le vor transmite ANMCS, cu participarea personalului desemnat din spital.

În timpul vizitei evaluatorii au obligația de a respecta instrucțiunile de lucru stabilite de ANMCS și de a menționa în instrumentele de evaluare TOATE observațiile reprezentantului unității sanitare evaluate.

Instrumentele de evaluare cuprind atât partea de reglementări și informații colectate și procesate la nivelul spitalului, cât și partea practică de aplicare a unora dintre reglementări, considerate de importanță vitală:

- reconstituirea traseelor clinice ale pacienților;
- aplicarea simulării urgenței survenite la pacientul internat;
- aplicarea simulării evacuării în caz de incendiu;
- verificarea îndeplinirii indicatorilor critici (inclusiv simularea accesului neautorizat în spații cu acces interzis / restricționat).

În plus, pe lângă documentele încărcate anterior, Comisia de Evaluare poate solicita documente suplimentare, precum și Foi de observație din arhiva spitalului pentru completarea de către evaluator ai indicatorilor privind traseul pacientului.

La finalul vizitei, interlocutorii confirmă și își asumă, prin modalitățile prevăzute în metodologia de evaluare, corectitudinea datelor colectate.

II.3. Etapa de post-vizită

În această etapă, Comisia de Evaluare întocmește Proiectul raportului de evaluare pe care îl transmite reprezentantului unității spitalicești evaluate, asupra căruia spitalul are dreptul de a formula obiecțiuni în termen de 5 zile de la primirea Proiectului.

Obiecțiunile reprezintă observațiile prin care unitatea sanitară își exprimă dezacordul față de evaluarea anumitor indicatori din listele de verificare aplicate în perioada vizitei de evaluare de către Comisia de Evaluare.

Aceste obiecțiuni vor fi analizate, conform procedurii interne a ANMCS, de către Comisia de analiză a obiecțiunilor. Raportul cu concluziile acestei analize va fi transmis membrilor comisiei de evaluare, care le vor transmite unității spitalicești prin intermediul *Raportului de evaluare*.

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

III. Etapa de acreditare

După recepționarea de către ANMCS a datelor finale colectate de către evaluatori, acestea vor fi analizate în cadrul structurilor de specialitate și se va elabora **Raportul de acreditare**.

Concluziile raportului de acreditare vor fi prezentate, împreună cu propunerea de încadrare într-o categorie de acreditare, spre aprobare membrilor Colegiului director al ANMCS. În urma aprobării, Președintele ANMCS va emite **Ordinul de încadrare în categoria de acreditare/neacreditare** care va fi publicat în Monitorul oficial al României.

După publicarea ordinului, va fi redactat **Certificatul de acreditare** care va fi transmis unității spitalicești.

Există 6 **categorii de acreditare** în care poate fi încadrat un spital în urma parcugerii tuturor etapelor de evaluare și acreditare. Pentru încadrarea în una dintre primele 4 categorii (I-IV) spitalele trebuie să îndeplinească fiecare standard în proporție de minim 51% și 100% indicatorii critici, categoria I fiind singura categorie în care un spital nu primește Plan de conformare. Diferențierea între categoriile de acreditare se face prin punctajul obținut după procesarea tuturor datelor și procentul de îndeplinire al indicatorilor -10, astfel:

<i>Categoria</i>	<i>Denumire</i>	<i>Punctaj total</i>	<i>Grad îndeplinire indicatori -10</i>
I	Acreditat	Peste 90%	100%
II	Acreditat cu recomandări	Minim 70%	Minim 90%
III	Acreditat cu rezerve	Minim 51%	Minim 70%
IV	Acreditat cu încredere redusă	Minim 51%	Minim 70%
V	Decizie de prelungire a procesului de acreditare	Minim 51%	Minim 50%
VI	Neacreditat	Sub 51%	Sub 50%

Tabelul 10. Categoriile de acreditare

Încadrarea în categoria II presupune asumarea și implementarea Planului de conformare în maxim 12 luni de la primirea Raportului de acreditare.

Încadrarea în categoria III presupune asumarea și implementarea Planului de conformare în maxim 24 luni de la primirea Raportului de acreditare.

Încadrarea în categoria IV se diferențiază față de categoria III prin neasumarea îndeplinirii măsurilor din Plan sau asumarea îndeplinirii acestora într-un termen mai mare de 24 luni.

IV. Menținerea condițiilor de acreditare – Monitorizarea

Îmbunătățirea calității serviciilor nu se referă numai la îndeplinirea atribuțiilor/obligațiilor legale, ci se referă și la punerea în aplicare a măsurilor pentru eficientizarea procesului și aducerea unei valori adăugate reale activităților desfășurate.

În perioada de monitorizare spitalul acreditat va avea la dispoziție, pentru asistență, un responsabil zonal cu monitorizarea.

Monitorizarea constă în:

- ✓ transmiterea de către spital la 6 luni și la 1 an a unor informații stabilite de direcțiile de specialitate ale ANMCS și puse la dispoziția spitalului acreditat prin intermediul aplicației Capesaro. Astfel se evaluează permanent respectarea cerințelor pe baza cărora a fost acordată acreditarea precum și remedierea, în dinamică, a neconformităților constatate în momentul evaluării.
- ✓ comunicarea de către spitalul acreditat, prin intermediul aplicației CaPeSaRo a oricăror modificări survenite în structura acestora. Prin analiza acestor informații, ANMCS apreciază dacă modificările survenite afectează nivelul de conformare la standardele pe baza cărora s-a emis acreditarea.
- ✓ raportarea de către spital a eventualelor ***evenimente adverse asociate asistenței medicale***, care se colectează de către ANMCS anonim, în scopul învățării din erori.

Din analiza acestor date ANMCS elaborează periodic informări pe care le pune la dispoziția spitalului prin intermediul site-ului instituției.

ANMCS poate reîncadra în altă categorie de acreditare o unitate sanitară în funcție de nivelul de îndeplinire a graficului de remediere a neconformităților constatate în urma procesului de evaluare în vederea acreditării sau în cazul nerespectării cerințelor etapei de monitorizare poate duce, cu aprobarea Colegiului director al ANMCS, la retragerea acreditării.

Încadrare în timp. Grafic Gantt

Încadrarea în timp a activităților aferente procesului de acreditare a fost stabilit și comunicat Spitalului Municipal "Anton Cincu" Tecuci de către responsabilul regional din partea ANMCS prin aplicația CaPeSARo.

Tabelul 2. Încadrarea în timp a activităților. Graficul GANTT

Activitate	Început	Final
I. Etapa de pregătire a evaluării	Prezent	09.12.2021
⇒ Încărcarea fișelor de autoevaluare	Prezent	09.12.2021
⇒ Achitarea a minim 70% din valoarea taxei de acreditare	Prezent	09.12.2021
⇒ Încărcarea documentelor obligatorii, solicitate și a indicatorilor sensibili	Prezent	09.12.2021
⇒ Încărcarea documentelor în secțiunea <i>Documentele Calității</i>	Prezent	17.01.2022
⇒ Actualizarea paginii de internet a unității sanitare	Permanent	Permanent
II. Etapa de evaluare	10.01.2022	26.04.2022
⇒ Etapa de pre-vizită	10.01.2022	18.03.2022
⇒ Vizita de evaluare	21.03.2022	25.03.2022
⇒ Etapa de post-vizită	28.03.2022	26.04.2022
III. Etapa de acreditare	27.04.2022	Trim IV* 2022
IV. Menținerea condițiilor de acreditare	Trim I 2022	Permanent
⇒ Menținerea condițiilor de acreditare ciclul II	Trim I 2022	Trim II 2023
⇒ Implementarea standardelor ciclului III de acreditare	Trim III 2023	Trim III 2028

*Etapă desfășurată în cadrul ANMCS, perioada menționată reprezintă o estimare.

Obținerea și menținerea acreditării spitalului presupun un demers permanent al întregului personal din unitatea sanitară.

Resurse necesare

Având în vedere numeroasele aspecte implicate în asigurarea calității serviciilor și a siguranței pacienților, este necesar să se utilizeze multe resurse, să se urmeze procedurile, să se instruiască și să se motiveze angajații și să se asigure sisteme informatice funcționale la toate nivelurile.

Procesul de acreditare a spitalului necesită colaborarea între toate compartimentele și întreg personalul din spital. Resursele necesare acreditării cuprind:

- **Resursele umane** – constau în personalul angajat al spitalului și membrii stabiliți prin *Comisia de Coordonare și Implementare a Managementului Calității Serviciilor Medicale și Siguranței Pacienților și de Pregătire a Spitalului Pentru Evaluare în vederea Acreditării*.

- **Resursele materiale** –resursele informatice și de birotică, respectiv computere, imprimante, rețea internet, telefonie, fax, consumabile și rechizite specifice.

- **Resursele financiare** necesare în vederea acreditării spitalului sunt reglementate prin Ordinul ANMCS nr. 32/2020 privind aprobarea modalității de plată de către unitățile sanitare a taxei de acreditare modificat prin Ordinul ANMCS nr. 186/2020. Astfel, conform reglementării, taxa de acreditare care include costurile aferente evaluării în vederea acreditării și monitorizării încadrării unității sanitare în nivelul de acreditare acordat, pentru o perioadă de 5 ani, se achită în tranșe după cum urmează:

- a) prima tranșă se achită cu cel puțin 3 luni calendaristice anterior datei estimate pentru începerea vizitei de evaluare, până la atingerea sumei reprezentând 70% din valoarea estimată a taxei în funcție de dimensiunea, specificul și complexitatea structurii stabilite prin documentele care reglementează organizarea și funcționarea unității sanitare. Pentru unitățile sanitare cu paturi, prima tranșă este formată dintr-o sumă fixă în cuantum de 13.920 lei care se achită la momentul înscrierii în procesul de acreditare și o sumă variabilă care se achită după înscrierea în procesul de acreditare, în intervalul cuprins între data primirii de către unitatea sanitară a comunicării valorii estimate a taxei de acreditare și 3 luni calendaristice anterior datei estimate pentru începerea vizitei de evaluare;
- b) diferența dintre valoarea prevăzută la lit. a) și valoarea finală a taxei, stabilită potrivit legislației în vigoare, în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii de către unitatea sanitară a raportului de evaluare
- c) Neplata la scadență a tranșelor prevăzute la mai sus produce dobânzi penalizatoare calculate potrivit prevederilor legale, care curg de la scadență până la momentul plății. Neplata tranșei prevăzute la lit. b) în termen de maximum 3 luni de la data primirii raportului de evaluare atrage încetarea procesului de acreditare. Procesul de acreditare poate fi reinițiat la cererea unității sanitare, potrivit legislației în vigoare, cu aprobarea Colegiului director al Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate.

Responsabilități

Atribuțiile și responsabilitățile *Comisiei de Coordonare și Implementare a Managementului Calității Serviciilor Medicale și Siguranței Pacienților și de Pregătire a Spitalului Pentru Evaluare în vederea Acreditării* sunt următoarele:

- Face propuneri privind obiectivele și activitățile cuprinse în Planul anual al managementului calității și siguranței pacienților, pe care le supune analizei Consiliului medical. În acest sens, se asigură că recomandările cele mai pertinente de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților se regăsesc în planul de îmbunătățire a calității, funcție de fondurile financiare la dispoziție;
- Înaintează Consiliului medical propuneri privind programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice fiecărei secții, laborator, compartiment și a standardelor de calitate;
- Asigură mecanismele de relaționare a tuturor structurilor unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității, fiind în acest sens obligată să facă propuneri fundamentate legal;
- Face propuneri fundamentate care susțin implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de managerul spitalului;
- Analizează neconformitățile constatate în derularea activităților de către oricare dintre membrii Comisiei și propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun;
- Identifică activitățile critice care pot determina întârzieri în realizarea obiectivelor din Planul anual al managementului calității și siguranței pacienților, și face propuneri în vederea sincronizării acestora;
- Prin membrii săi, pune la dispoziția SMC informațiile necesare întocmirii analizei modului de respectare a termenelor de realizare a activităților în vederea identificării cauzelor de întârziere și adoptării măsurilor în consecință;
- Susține în permanență SMC în atingerea obiectivelor/activităților care privesc: reacreditarea spitalului, monitorizarea post-acreditare, implementarea și dezvoltarea continuă a conceptului de «calitate»;
- Asigură prin membrii săi, difuzarea către întreg personalul spitalului a informațiilor privind stadiul implementării sistemului de management al calității, precum și a măsurilor de remediere/înlăturare a deficiențelor constatate;

- Pune la dispoziția SMC informațiile necesare întocmirii de autoevaluări pentru monitorizarea implementării managementului calității și urmărește ca rezultatele acestora să fundamenteze măsurile de îmbunătățire a calității serviciilor, adoptate la nivelul spitalului;
- Propune anual sau ori de câte ori se constată necesar SMC, să evalueze punctual, nivelul de conformitate a respectării unor proceduri și protocoale aprobate, de la nivelul tuturor sectoarelor de activitate din spital, în a căror implementare s-au constatat neregularități;
- Sprijină SMC în asigurarea permanentă a fluenței comunicării inter-instituționale, în scopul urmăririi de către ANMCS a conformității spitalului cu cerințele standardelor de acreditare și cu celelalte prevederi legale aplicabile pe toata durata de valabilitate a acreditării;
- Face propuneri privind participarea anuală a propriilor membrii, la minim un curs, forum, conferință sau altă formă de pregătire profesională organizată sub egida ANMCS, care are ca subiect managementul calității serviciilor de sănătate și/sau privind auditul clinic/intern, pe care le înaintează managerului în vederea luării de decizii;
- Echipa de audit clinic este parte funcțională a structurii de management al calității;
- Structura de management al calității coordonează activitatea de audit clinic;
- Face propuneri privind luarea măsurilor necesare în vederea respectării principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate de către spital și se preocupă de implementarea și dezvoltarea și armonizarea mediului ambiental (cultura organizațională) și culturii calității în spital, având în acest sens obligația de a aviza Codul de conduită existent la nivelul spitalului, precum și eventualele modificări/completări la acesta;
- În baza "Raportului intermediar de etapă de monitorizare", a "Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare" și a "Raportului final de etapă de monitorizare" transmise spitalului de către responsabilul zonal cu monitorizarea – nominalizat de către ANMCS, sprijină SMC în vederea întocmirii de către acesta a "Planului de îndeplinire a cerințelor de monitorizare" și urmărește remedierea tuturor neconformităților;
- În situația producerii unor evenimente adverse la nivelul spitalului, face propuneri de nominalizare de către manager a personalului care face parte din comisia de cercetare a respectivelor evenimente, în funcție de natura evenimentului și de structura/locația în care s-au produs acestea. După emiterea de către comisiile de cercetare a evenimentelor adverse a rapoartelor de analiză a cauzelor care au dus la apariția respectivelor evenimente, face propuneri concrete în vederea implementării măsurilor pentru prevenirea repetării lor;
- Monitorizează condițiile de obținere/menținere a tuturor certificatelor de calitate specifice activităților desfășurate în toate sectoarele de activitate ale spitalului, astfel cum sunt acestea menționate în Lista de verificare nr. 01 – „Autorizări și certificări ale calității” și, face propuneri concrete în acest sens către Consiliul medical;
- Analizează anual propunerile formulate de către SMC privind tematica pentru instruirea angajaților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului, diferențiată pe categorii de personal, în scopul prioritizării acestora;
- Analizează anual propunerile formulate de către persoana desemnată de către manager să desfășoare activitatea de informare și relații publice, în ceea ce privește conținutul programului de pregătire pentru îmbunătățirea comunicării personalului spitalului cu pacienții/însotitorii/apartenenții;
- Asigură interfața necesară elaborării de protocoale/înțelegeri scrise între secții privind asistența medicală, consultului interdisciplinar etc.;
- Face propuneri concrete privind asigurarea cu resurse de către conducerea spitalului pentru realizarea fiecărui obiectiv din programul de management al calității și siguranței pacienților;
- Realizează anual analiza obiectivității evaluării nivelului de satisfacție al pacienților prin utilizarea chestionarelor de satisfacție, pe care o transmite Consiliului medical;
- Analizează conținutul standardelor, criteriilor, cerințelor și indicatorilor prevăzuți prin Ordin al Președintelui ANMCS și stabilește care este drumul de parcurs pentru a atinge cel mai înalt grad de conformitate cu acestea/aceștia, raportat la resursele aflate la dispoziția spitalului,

condițiile concrete și prioritățile de etapă existente, stabilind în acest sens obiectivele, activitățile, resursele și termenele de realizare cu responsabilități de implementare a propunerilor formulate;

- Coordonează elaborarea documentației aferente procesului de evaluare și acreditare împreună cu SMC;

- În perioada de previzită din etapa de evaluare, Comisia pune la dispoziția SMC, toate documentele/informațiile necesare a fi încărcate în aplicația CaPeSaRo, documentele obligatorii solicitate (DOS), precum și a eventualelor documente suplimentare necesare desfășurării procesului de evaluare și acreditare (DS);

- Pe timpul vizitei propriu-zise la spital a Comisiei de evaluare, nominalizată prin Ordin al Președintelui ANMCS, membrii Comisiei au următoarele obligații:

- să participe la ședințele de deschidere, informare zilnică și informare finală;
- se pun de acord în ceea ce privește programul de evaluare împreună cu membrii Comisiei de evaluare, pentru a nu perturba buna desfășurare a activității spitalului;
- pun la dispoziție toate documentele necesare validării conformității cu indicatorii, cerințele și criteriile standardelor de acreditare, asigurând o cooperare pro-activă cu membrii Comisiei de evaluare;
- transmit secretarului Comisiei de evaluare toate documentele solicitate în format scris sau electronic;
- gestionează și aplanează eventualele situații tensionate determinate de vizita Comisiei de evaluare.

- În perioada de post-vizită din etapa de evaluare, face propuneri privind formularea de către spital, în scris, în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea proiectului de raport de evaluare, a obiecțiunilor cu privire la unele aspecte cuprinse în acesta, dacă este cazul;

- După elaborarea de către membrii Comisiei de evaluare a raportului de evaluare și comunicarea acestuia către spital, face propuneri concrete de remediere a deficiențelor semnalate în respectivul raport.

În vederea îndeplinirii atribuțiilor proprii, Comisia va avea în vedere în permanență:

- creșterea calității serviciilor și siguranței pacienților;
- implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital;
- implementarea și menținerea conformității sistemului de management al calității cu cerințele specifice;
- dezvoltarea continuă a sistemelor de management al calității.

Comisia se întrunește, de regulă în ședință, săptămânal, lunar, sau ori de câte ori este nevoie, pentru promovarea/implementarea/dezvoltarea sistemelor de management al calității și a îmbunătățirii stadiului de implementare al acestora.

d) Rezultate așteptate

Acreditarea confirmă că o unitate dispune de resursele și de competențele profesionale necesare pentru a acorda îngrijiri medicale în specialitățile pe care le are în structură, respectând siguranța pacienților și a angajaților săi.

Prin acreditare se validează conformitatea serviciilor de sănătate, efectuate de către unitățile sanitare, cu standardele elaborate de ANMCS, ceea ce înseamnă că o unitate medicală face eforturi să acorde îngrijiri medicale care să satisfacă așteptările pacienților, atât din punct de vedere al rezultatelor, cât și din punct de vedere al condițiilor în care se acordă. ANMCS verifică modul în care se acordă serviciile medicale și evaluează în ce măsură acesta corespunde standardelor de acreditare.

Pacientul care se adresează unei unități sanitare acreditate va avea siguranța că va fi corect informat asupra problemelor lui de sănătate, asupra posibilităților respectivei unități sanitare de a i le trata și asupra asigurării continuității îngrijirii medicale până la rezolvare.

Într-o unitate sanitară acreditată există condiții pentru aplicarea celei mai bune practici în domeniu și pentru luarea tuturor măsurilor pentru a evita riscurile ca pacientul să sufere prejudicii de orice fel pe durata tratamentului aplicat.

Rezultatul așteptat al acreditării spitalului constă în obținerea de îngrijiri medicale de calitate, respectiv:

- Creșterea siguranței și a satisfacției pacienților;
- Creșterea calității și siguranței activității medicale;
- Creșterea credibilității unității sanitare și a încrederii în serviciile medicale oferite de către aceasta;
- Creșterea încrederii personalului din unitățile sanitare;
- Studierea evenimentelor adverse ca un proces de învățare din erori;
- Creșterea eficacității și eficienței serviciilor medicale;
- Creșterea satisfacția angajaților;
- Scăderea riscurilor generate de mediul extern;
- Scăderea riscul infecțios pentru pacienți, aparținători, angajați, voluntari și elevi/studenți/rezidenți;
- Scăderea riscul infecțios al mediului de îngrijire (lenjerie, alimente, cazare, ambient).

Indicatori – evaluare, monitorizare

1. Certificat de acreditare ciclul II obținut;
2. Număr de cerințe neconforme identificate și rezolvate;
3. Număr standarde de acreditare îndeplinite în proporție de minim 51%;
4. Număr de indicatorii critici îndepliniți 100%;
 - *Indicatorii critici* sunt indicatorii a căror neîndeplinire reprezintă un risc major pentru siguranța pacienților, vizitatorilor, personalului sau mediului și neîndeplinirea lor în proporție de 100% determină întreruperea vizitei de evaluare și încadrarea unității sanitare în categoria a VI- A – ”neacreditat”;
5. Număr de indicatori -10 îndepliniți minim 50%
 - *Indicatorii -10* sunt indicatorii care reprezintă obligații legale sau indicatorii a căror neîndeplinire reflectă grave deficiențe la nivelul spitalului care pun sau pot pune în pericol siguranța pacienților, vizitatorilor, personalului, datelor și mediului. Indicatorii -10 se referă la reacția instituției și a personalului în cazul situațiilor de urgență medicală/nemedicală, existența dotărilor necesare pentru intervențiile în caz de urgență medicală, respectarea drepturilor pacienților, existența serviciilor conexe, existența unor avize/certificări, separarea spațiilor și circuitelor pentru categorii diferite de personal/pacienți/procese.
6. Creșterea numărului de servicii medicale de calitate acordate;
7. Creșterea finanțării de la Casa de Asigurări de Sănătate.
8. Gradul de satisfacție al pacienților (număr de sesizări/reclamații și număr/procent de aprecieri din partea pacienților conform Raportului care cuprinde centralizarea chestionarelor de satisfacție a pacienților);

e) Cunoașterea legislației relevante

- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;
- Ordinul Președintelui ANMCS nr. 32/2020 privind aprobarea modalității de plată de către unitățile sanitare a taxei de acreditare;

- Ordinului Președintelui ANMCS nr. 59/2021 pentru completarea Ordinului Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 32/2020 privind aprobarea modalității de plată de către unitățile sanitare a taxei de acreditate;
- Ordinul Președintelui ANMCS nr. 63/2021 pentru modificarea Ordinului Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 433/2020 privind inițierea monitorizării tematice a unităților sanitare cu paturi înscrise sau acreditate în cel de-al II-lea ciclu de acreditate;
- Ordinului Președintelui ANMCS nr. 432/2019 privind aprobarea condițiilor și a metodologiei de suspendare a acreditării unităților sanitare cu paturi;
- Ordinul Președintelui ANMCS nr. 322/2020 pentru modificarea Ordinului Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 432/2019 privind aprobarea condițiilor și a metodologiei de suspendare a acreditării unităților sanitare cu paturi;
- Ordinul Președintelui ANMCS nr. 298/2020 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;
- Ordinul comun Ministerul Sănătății/ANMCS nr. 1312/250/2020 privind organizarea și funcționarea structurii de management al calității serviciilor de sănătate în cadrul unităților sanitare cu paturi și serviciilor de ambulanță, în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;
- Ordinul Președintelui ANMCS nr. 185/2020 pentru aprobarea Instrucțiunilor privind desfășurarea etapei de pregătire a evaluării unităților sanitare cu paturi;
- Ordinul Președintelui ANMCS nr. 186/2020 pentru modificarea și completarea Ordinului președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 32/2020 privind aprobarea modalității de plată de către unitățile sanitare a taxei de acreditate;
- Ordinul Președintelui ANMCS nr. 148/2020 privind aprobarea Instrucțiunilor privind desfășurarea etapei de acreditare a unităților sanitare cu paturi;
- Ordinul Președintelui ANMCS nr. 187/2020 pentru modificarea Metodologiei de evaluare și acreditare a unităților sanitare din ambulatoriu, aprobată prin Ordinul președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 358/2019;
- Ordinul Președintelui ANMCS nr. 10/2018 privind aprobarea categoriilor de acreditare a unităților sanitare cu paturi aferente celui de al II-lea ciclu de acreditare.
