



SC Kardinal One Medical SRL

Sediu principal : Timisoara , str Razboieni 5/7 , jud. Timis
Cod unic de inregistrare fiscala 39011692
Cont IBAN Trezoreria Timisoara RO86TREZ6215069XXX026601
Aviz Min Sanatatii nr XI/A/Reg.1/9230/NT/8346/18.09.2020
Tel/fax 0256/399969 ; tel 0765211229

Punct de lucru secundar: Ciacova, P-ta Cetatii 60-62 ,jud. Timis
Nr de inregistrare ONRC J35/801/2018
Cont IBAN BRD RO05BRDE360SV6611290360
Autorizatie sanitara de functionare nr 20541/207/R /10.08.2020
Email: kardinalonemedical@gmail.com

NR 253/06.01.2022

PLAN DE MANAGEMENT KARDINAL ONE MEDICAL 2022

MANAGER ,

Dr Tilca Nicoleta

CONSIDERATII PRIVIND SISTEMUL PRIVAT DE SANATATE DIN ROMANIA

Romania este una din tarile europene cu cel mai mic procent din PIB alocat sanatatii, ceea ce face ca accesul pacientilor la servicii medicale sa fie limitat. Este nevoie de o alternativa sustenabila din partea mediului privat care sa sprijine dreptul pacientilor la servicii medicale de calitate.

Romania este unul dintre putinele state care nu a inregistrat un trend pozitiv in ultimii ani in ceea ce priveste indicatorii inclusi in analiza eurohealth consumer index, in anul 2018 fiind pe ultimul loc dintre tarile analizate.

Cateva date statistice relevante privind sistemul medical romanesc :

-5,4 % din PIB reprezinta cheltuielile din sectorul de sanatate in anul 2019, mai mici decat media europeana, fiind cea mai mica pondere din toate tarile UE.

-5,2 % din totalul cheltuielilor gospodariilor reprezinta cheltuieli pentru sanatate.

-31% din populatia Romaniei nu a fost la doctor in ultimul an.

-61 % din cei care au apelat exclusiv la sistemul privat de sanatate aveau abonamente la clinici private

-71% din cei abonati au efectuat controlae medicale de rutina, fata de doar 54% din cei fara abonament

-abonatii din companii merg la medic in medie de 5 ori pe an, de 2 ori mai des decat neabonatii

-41% din cei care nu au abonament medical nu au facut nici o analiza sau investigatie medicala in ultimul an

Serviciile incluse in abonament au insumat 107 milioane de euro in anul 2019, ceea ce reprezinta 1,4% din bugetul national de sanatate.

Dezvoltarea sistemului de sanatate privat ca sistem alternativ la cel public genereaza o reducere a poverii exercitate asupra sistemului de stat prin:

-cresterea nivelului de educatie medicala, cu accent prioritar pe partea de profilaxie primara, secundara si terciara

-descongestionarea operationala a spitalelor publice

-reducerea costurilor suportate din bugetul CNAS

De asemenea,sectorul privat din sanatate reprezinta motorul dezvoltarii sistemului national de sanatate ,prin investitii in infrastructura fizica si medicala,deschiderea de noi unitati medicale,retentia medicilor in sistem si pregatirea lor profesionala continua .

Fortati de situatia in care se afla sistemul public de sanatate ,din ce in ce mai multi romani cauta alternative ,ceea ce a dus la o crestere semnificativa a segmentului privat de sanatate .

In 2019 ,1,5 milioane de romani au accesat serviciile private de sanatate ,estimandu-se ca in anul 2020 numarul lor va creste la 2 milioane .

In momentul actual in Romania exista o dezbatere sterila legata de avantajele sau dezavantajele sistemului public sau privat de sanatate.

Astfel,avem 2 curente majore -etatistii,care considera sistemul privat drept o capusa a sistemului de stat si il blameaza ca pe o concurenta neloiala si adeptii liberalismului excesiv,care idealizeaza sistemul privat si il considera singura alternativa reala la sistemul public .

Se impun vis-a-vis de aceste 2 curente cel putin cateva comentarii:

-ratiunea existentei unui sistem de sanatate este protejarea si ingrijirea sanatatii si reprezinta dezideratul asumat atat al politicilor publice de sanatate ,care au la baza justitia sociala si egalitarismul,cat si al sistemelor private de sanatate

-dreptul de a beneficia de cel mai inalt standard de sanatate este o obligatie prevazuta in legislatia privind drepturile omului

-intre cele 2 sisteme de sanatate public /privat exista diferente in ceea ce priveste forma de proprietate si caracterul finantarii

-cel mai bun exemplu in acest sens sunt cabinetele de medicina familiei ,care sunt unitati private ,dar finantate din FNUASS,deci din contributia la fond a tuturor cotizantilor ,astfel incat ele sunt de fapt< pseudoprivate >,fiind practic dependente de finantarea publica

-in acest segment nu exista un mediu concurential adevarat,infiiintarea de noi cabinete fiind restrictionata discretionar de catre CNAS care obstructioneaza intrarea de noi medici de familie in sistem

-daca luam in discutie 5 principii etice de baza –autonomia,a nu face rau,a face bine ,justitia sociala si echitatea ,observam ca din perspectiva primelor 3 nu exista nici o diferenta intre sistemul public si cel privat

-justitia sociala este apanajul exclusiv al sistemului de stat ,care are responsabilitatea sociala prin politici publice de reducere a morbiditatii si a mortalitatii ,ca urmare a unui amplu program intersectorial de masuri preventive si curative ,finantate,promovate si controlate prin diferite institutii ale statului; nici o institutie privata nu are logistica necesara si capabilitatea de a construi designul unui astfel de program

-accesul populatiei defavorizate dpdv economic la servicii medicale private este restrictionat din lipsa mijloacelor financiare ;inegalitatea sociala este un element care nu trebuie sa implice judecata morala si ne insoteste pe tot parcursul vietii;nu ne nastem egali in ceea ce priveste patrimoniul biologic,nu suntem egali in evolutia ontogenetica si in oportunitatile pe care le avem, nu suntem egali in ceea ce priveste sansele pe care ni le ofera familia si societatea .

-inechitatea in sanatate este un concept total diferit de inegalitate si are la baza protectia inegala a dreptului la servicii de sanatate in functie de nevoi ,ceea ce constituie o injustitie ;un sistem de sanatate echitabil pune la dispozitia beneficiarilor un set minim de interventii eficiente astfel incat sa nu existe disparitati intre grupurile sociale dezavantajate si cei aflati in bunastare materiala si sociala.

-accesul populatiei la servicii medicale de inalta calitate depinde intrinsec si de numarul specialistilor existenti ,de distributia pe specialitati,distributia geografica,productivitatea muncii in sectorul sanitar;medicii si asistentele sunt principala resursa pentru sistemele de sanatate si se supun regulilor aceleasi deontologii.

-intr-o abordare etica observam ca sistemul de sanatate este un concept care nu tine cont de forma de proprietate;scopul sau este acela de a asigura starea de sanatate si de a reduce inechitatile ,ceea ce aduce un beneficiu imens dezvoltarii socioeconomice,dezvoltarii umane in general si respectarii dreptului la sanatate,care este un drept fundamental .

-in concluzie,sistemul privat nu poate fi o alternativa la sistemul public,iar sistemul public nu este in concurenta cu cel privat ;sistemul privat este un sistem complementar,care are un domeniu restrans de activitate,ce vine sa descongessioneze sistemul public de o serie de activitati si absoarbe un numar limitat de persoane.

-in nici o tara din lume nu exista sistemnumai public sau numai privat;in cele mai multe tari,prin politici publice se finanteaza unitati private .

-raspunsul asadar la intrebarea public sau privat in sanatate este unul singur: public si privat!,cu conditia ca legile si reglementarile sa puna cele 2 componente ale sistemului in pozitii de egalitate,sa stimuleze competitia si sa excluda concurenta comerciala.

CONSIDERATII GENERALE PRIVIND SISTEMUL PUBLIC DE SANATATE DIN ROMANIA

Sistemul de sanatate public din Romania se confrunta cu mari probleme de finantare ,organizare si nu in ultimul rand de mentalitate .Romania se situeaza pe ultimul loc in Europa in ceea ce priveste bugetul alocat sanatatii,atat ca procent din PIB,cat si ca valoare absoluta pe cap de

locuitor. Cu o alocare bugetara de sub 5,4% din PIB pentru sanatate ,in comparatie cu media europeana de 9,6% ,sistemul de sanatate din Romania se afla intr-o criza permanenta.

Pacientii sunt tot mai nemultumiti de calitatea serviciilor de sanatate ,de starea spitalelor si nu in ultimul rand de faptul ca sunt nevoiti sa suporte din bugetul personal contravaloarea unor servicii medicale care in mod normal,legal si firesc ar fi sa fie decontate de FNUASS ai caror contributori sunt .

Fondurile insuficiente , incoerentele legislative,dotarile precare ,infrastructura inadecvata ,aparatura depasita fac din sistemul de sanatate romanesc un mediu impropriu atat pentru siguranta pacientului,cat si pentru cariera profesionistului din sanatate .

Cresterea salariilor ,desi motivanta ,nu a putut contrabalansa impostura unor decidenti care in ultimii 10 ani nu au construit nici un spital public regional, mentin monopolul casei nationale de asigurari de sanatate , plafoneaza decontul actului medical la nivelul anului 2013 in conditiile in care pretul medicamentelor si materialelor sanitare a crescut in acest interval si de 2-3 ori .In aceste conditii,se mentine exodul personalului calificat din sanatate ,numarul medicilor care emigreaza ramanand la aceleasi cote .

Practic nu se poate vorbi de performanta in sanatate fara o finantare corecta a actului medical,fara sa construiesti spitale moderne,cu dotare de ultima generatie,fara sa asiguri medicamente si tratamente de ultima generatie ,digitalizare si tehnologii de ultima ora .

Organizarea actuala a sistemului de sanatate din Romania pune presiune pe sectorul spitalicesc ,in detrimentul medicinei primare ,ambulatorii si sociale .Spitalele sunt sufocate de pacienti care ar putea fi tratati eficient in sistemele ambulatorii ,de medicina de familie ,daca aceste structuri ar fi responsabilizate si motivate adecvat.

Romania are nevoie de o strategie realista privind evaluarea tehnologiilor medicale si de un plan multianual de dezvoltare si implementare ,dificil de realizat daca la nivel decizional se perpetueaza decidenti politici care pun pe primul plan jocuri de imagine si interese populiste ,in dauna unei constructii solide ,sustenabile a unui sistem de sanatate corect si eficient.

Desi costurile cu sanatatea au crescut la 11% din bugetul general consolidat si la 5,4 % din PIB in anul 2019 fata de 3,8% in anul 2015,sistemul de sanatate din Romania are in continuare nevoie de resurse suplimentare pentru a imbunatati calitatea si accesul la servicii.

In Romania se aloca 1029 euro per cap de locuitor pentru servicii de sanatate ,fata de media europeana de 2884 euro in anul 2019 .42% din fondurile sanatatii se aloca catre spitale ,fata de 29 % in UE,iar fondurile alocate preventiei sunt de 1,7% fata de media europeana de 3,1%.Cheltuielile suportate de pacient reprezinta cca 20 % din cheltuielile totale din sanatate ,iar platile informale sunt inca prezente,dar nu se cunoaste valoarea lor reala .

Cresterile salariale au vizat doar personalul din unitatile publice ,cele private fiind excluse,ceea ce a generat inechitati profesionale.

Expertii in sanatate de la nivel european sustin imposibilitatea acoperirii cheltuielilor din sanatate exclusiv din surse publice .Este imperios necesara extinderea finantarii private prin asigurari

private de sanatate ,astfel incat sa se realizeze eficientizarea cheltuielilor in conditiile unei majorari a veniturilor .Sistemul public actual nu poate realiza aceste deziderate printr-o cota de impozitare de nivel mediu ,cu o baza de impozitare redusa si cu un pachet social de servicii medicale ofertant ,care incurajeaza populatia neasigurata sa-si mentina acest statut necontributiv .

Categoriile exceptate de la plata contributiei la FNUASS sunt mult prea numeroase .Revizuirea lor cu celeritate se impune ca o masura de bun simt ,atata vreme cat exista persoane non-ocupate apte de munca ,beneficiare de ajutoare sociale si alte forme de asistenta comunitara .Pensionarii cu pensii peste un anumit prag ar putea de asemenea sa plateasca o contributie la FNUASS.In prezent ,o treime din populatie plateste contributia la Fondul Unic ,insa toti locuitorii beneficiaza de servicii medicale .

Liberalizarea pietei asigurarilor de sanatate si implementarea asigurarilor voluntare ,instituirea coplatii ,reducerea procedurilor si a serviciilor inutile reprezinta mijloace de sustenabilizare a sistemului sanitar romanesc .

SITUATIA KARDINAL ONE MEDICAL

Kardinal One Medical se afla in zona centrala a judetului Timis,in orasul Ciocova.la 28 km de Timisoara .

Deserveste un areal de cca 15.000 locuitori,din orasul Ciocova ,4 comune si numeroase sate ,cel mai apropiat spital superior aflandu-se la 30 km ,in Timisoara .

Este o unitate spitaliceasca privata deschisa in locatia fostului Centru de Sanatate Ciocova .

Populatia rurala din arealul deservit este preponderent varstnica si mare consumatoare de servicii spitalicesti prin boli cronice si ingrijiri paleative .

Particularitatea zonei o reprezinta abandonul parental in cote ridicate ,persoanele tinere apte de munca abandonandu-si parintii care ajung dependenti de structuri de spijin social ineficiente sau chiar absente .In aceste conditii ,persoanele in cauza acceseaza in exces servicii spitalicesti si opun rezistenta la externare ,invocand lipsa suportului social.

De cealalta parte,structurile sociale din Primariile de domiciliu nu au capacitatea logistica de a prelua aceste cazuri si de a le institutionaliza in azile,centre de ingrijiri etc ,astfel incat persoanele in cauza exercita o presiune permanenta asupra camerelor de garda in vederea internarii,in special in sezonul rece .

Dezvoltarea medicinei comunitare in parteneriat cu DGASPC si inspectoratele de stat pentru protectia persoanelor cu dizabilitati ar putea crea un cadru legislativ si logistic pentru managementul acestor cazuri.

Spitalul se mai caracterizeaza prin :

-areal deservit intins,cu populatie predominant rurala si imbatranita ,cu posibilitati financiare reduse si mobilitate limitata ;in aceste conditii ,neavand resursele necesare de a se deplasa pe distante lungi la medic si nici posibilitati fizice si financiare de a efectua tratamentele recomandate ,mai ales injectabile ,aceasta populatie acceseaza predominant servicii de tip spitalicesc,utilizand ca mijloc de transport ambulanta .

-populatie rurala imbatranita ,cu patologii de tip cronic ,cu episoade indelungate de internare

-servicii sociale subdimensionate ,cu asistenta sociala cu posibilitati reduse ,astfel incat o mare categorie sociala de persoane varstnice fara suport acceseaza serviciile spitalului ca pe o alternativa de subzistenta

-nivel de informatie si educatie medicala scazut,cu instructie minimala sau absenta in ceea ce priveste profilaxia primara ,secundara si tertiara a bolilor

-politice guvernamentale de profilaxie inexistente ,fapt ce genereaza diagnosticari tardive ale bolilor neoplazice, cardiovasculare ,metabolice etc ,cu complicatii ale caror costuri de management personal si societal depasesc substantial costurile unei profilaxii eficiente

-servicii de ingrijire la domiciliu inexistente in zona

-populatia activa in mare parte navetista ,cu program de munca ce excede programului de la medicii de familie 06.00-17.00 ,astfel incat pentru problemele medicale acceseaza serviciile spitalului de la camera de garda

-prezentare tardiva la medic,in faze de boala avansate ,cu complicatii grave si multiple ,al caror cost de management este adesea ridicat ,depasindu-l cu mult pe cel decontat prin CJAS Timis .

In ceea ce priveste **morbiditatea migranta** ,identific urmatoarele categorii:

-pacienti din arealul deservit care acceseaza servicii identice cu cele oferite de spital in alte centre medicale din tara si strainatate .

-pacienti care au accesat serviciile spitalului si din varia motive ,cel mai adesea negative,nu revin

-pacienti care beneficiaza de asigurari private de sanatate oferite de catre angajatori si care acceseaza servicii medicale asemanatoare cu cele din spital in structurile impuse de asigurator sau angajator .Acest aspect este practic neinfluentabil de catre politicile spitalului.

-pacienti care acceseaza serviciile spitalului fiind in tranzit

-pacienti care se adreseaza unor furnizori ce ofera servicii identice cu cele oferite de spital

ANALIZA SWOTT

PUNCTE TARI

- localizarea singulara in orasul Ciacova
- certificare calitate ISO SR 9001/2015
- unitate in proces de acreditare ANMCS ciclul II
- personal medical suficient pe normativele Ministerului Sanatatii,cu medici si asistente tinere,dornici de afirmare
- 1 linii de garda permanenta
- continuitatea aprovizionarii cu medicamente,materiale sanitare,consumabile etc
- dotare cu aparatura medicala moderna,echografie,EKG,monitor,ventilator,infuzomat,defibrilator analizoare rapide de tip Rapid Point pentru hematologie,biochimie,ASTRUP,markeri cardiaci etc
- adresabilitate in continua crestere
- imagine pozitiva in comunitate
- informatizarea tuturor serviciilor din spital

PUNCTE SLABE

- contractul cu Cjas Timis insuficient pt amploarea serviciilor efectuate -intrarea in contract a doar 10 paturi de cronici din cele 20 existente
- absenta in localitate si imprejurimile apropiate a medicinei comunitare si a structurilor de ingrijiri la domiciliu care sa preia cazurile in etapa de ingrijire postspital,astfel incat presiunea se exercita tot asupra spitalului pentru prelungirea episoadelor de internare si revenirea la camera de garda la cateva zile de la externare ,pentru a forta reinternarea
- populatia predominant imbatranita si fara posibilitati financiare pentru a-si achizitiona medicamentele necesare tratarii bolilor la domiciliu

AMENINTARI

- migrarea personalului de specialitate catre tari din UE
- existenta parteneriatelor private intre angajatorii privati din zona si societati de asigurare private care directioneaza salariatii spre clinici private din Timisoara

-cresterea continua a costurilor medicamentelor ,alimentelor ,consumabilelor ,in conditiile unei finantari stagnante din 2013

-birocratia excesiva si redundanta care prelungeste timpii de autorizare /contractare etc

OPORTUNITATI

-caracterul privat al proprietatii care permite o mare flexibilitate si promptitudine in luarea deciziilor si adaptarea continua a serviciilor la necesarul pietei de servicii medicale

Tinand seama de toate aceste aspecte ,spitalul trebuie sa indeplineasca urmatoarele **obiective** :

I.ADAPTAREA STRUCTURII LA NEVOILE DE SANATATE IDENTIFICATE ALE POPULATIEI DESERVITE

Pentru aceasta este necesar:

-sa aibe o camera de garda bine dotata si utilata ,dimensionata corect ,astfel incat sa fie indeplinite cerintele de intimitate,spatiu si functionalitate ; sa existe la camera de garda cel putin un post de resuscitare majora .Personalul de la camera de garda sa fie suficient,autonom si bine pregatit ,sa cunoasca ghidul si procedurile de triaj .Vor putea fi astfel gestionate cazurile de prezentare la camera de garda in numar tot mai mare .

-sa se asigure continuitatea suportului paraclinic 24/24 ore ,cel putin la nivel bazal - EKG,echografie,ASTRUP ,hemoleucograma ,biochimie sange si urina

- sa existe un serviciu de internari de zi si unul de internare continua de tip cronic

-sa se creeze parteneriate viabile cu structurile de asistenta sociala din primarii pentru preluarea cazurilor sociale si cu structuri de ingrijire la domiciliu/paleative pentru preluarea pacientilor in ingrijire in etapa post spital

-comunicare eficienta si in timp real cu medicii de familie pentru preluarea pacientilor spre ingrijire in etapa post spital

-sa existe parteneriate functionale care sa acopere serviciile ce nu pot fi oferite de spital in regie proprie (radiologie,laborator)

-sa existe parteneriate functionale pentru consult interdisciplinar si transfer interclinic

Activitatile necesare pentru realizarea acestor obiective sunt:

-obtinerea aprobarii structurii medicale de la Ministerul Sanatatii

-obtinerea Autorizatiei sanitare de functionare de la DSP Timis

-obtinerea autorizatiei UTS

-incheierea de parteneriate cu toate structurile mentionate mai sus

Rezultatele asteptate in urma acestor actiuni sunt :

-optimizarea serviciilor oferite prin adaptarea structurii la nevoile de sanatate identificate ale populatiei

-cresterea gradului de satisfactie al pacientilor internati

-scaderea ratei de transfer de la camera de garda dar si din spital

-scurtarea timpilor de asteptare si eficientizarea activitatii la camera de garda

-optimizarea indicatorilor cantitativi si calitativi de activitate in compartimentele spitalului

-recuperarea unei parti din morbiditatea migranta

-asigurarea continuitatii procesului de ingrijire in etapa postspital

-cresterea calitatii actului medical prin asigurarea suportului logistic paraclinic investigational

Indicatorii de monitorizare ai acestor activitati sunt :

-numarul de pacienti declarati satisfacuti de serviciile spitalului ,care ar reveni in spital in caz de nevoie si care ar recomanda spitalul altor persoane

-indicatorii de activitate cantitativi si calitativi ai compartimentelor clinice si camerei de garda

-rata de transfer catre alte spitale

-durata de asteptare de la prezentarea in spital si pana la prima evaluare

-numarul de pacienti care au beneficiat de investigatii paraclinice la camera de garda

-numarul de pacienti preluati spre ingrijire postspitalizare de catre structuri de asistenta sociala sau de ingrijire la domiciliu

Responsabil de proces-manager/RMC/director medical

Resurse materiale/financiare -investitie asociat unic

II.MODERNIZAREA INFRASTRUCTURII FIZICE SI MEDICALE

Kardinal One medical s-a infiintat in cladirea fostului centru de sanatate Ciacova care a suferit un amplu proces de reabilitare /reparatie capitala ,astfel incat in prezent infrastructura fizica si medicala sunt conforme standardelor in vigoare.

Ca urmare ,mai sunt necesare interventii punctuale dupa cum urmeaza:

-amenajarea unei parcare in curtea spitalului

-amenajarea parcului

Responsabil de proces -manager/administrator

Resurse materiale/financiare-investitie asociat unic

III.PREGATIREA SPITALULUI PENTRU AUDITUL CICLULUI 2 DE ACREDITARE ANMCS

Conceptul de calitate in sanatate este in plin proces de implementare ,vizand bunele practici atat clinice,cat si manageriale.

Activitatea medicala trebuie standardizata eliminand formalismul si suprareglementarea,astfel incat bunele practici sa asigure maximizarea beneficiilor pentru pacient,in conditii de siguranta,eficienta si eficacitate ,cu minimizarea riscurilor si eliminarea erorilor.

Nivelul de incredere obtinut in urma auditului de acreditare ANMCS este un factor stimulativ,care incurajeaza competitia intre spitale si creste adresabilitatea catre spital prin perceptia pozitiva in comunitate .

Spitalul va fi supus auditarii ANMCS,proces complex de evaluare in baza Ordinului Administratiei Publice 446/2017.

Implementarea politicilor de calitate la nivelul spitalului se realizeaza in baza unui Plan de calitate ce are drept obiective indeplinirea

MISIUNII SI VIZIUNII KARDINAL ONE MEDICAL:

Maximizarea beneficiilor pentru pacient cu minimalizarea riscurilor ,optimizarea resurselor in vederea obtinerii celor mai bune rezultate cu costurile cele mai mici ,in conditii de siguranta deplina pentru pacient prin aplicarea unui management de conformitate ,cu respectarea vietii private ,reducerea evenimentelor adverse in cadrul unui ecosistem medic -pacient-comunitate reprezinta dezideratul major al unui sistem medical modern,flexibil ,responsabil si integrativ .

De-a lungul timpului au fost formulate mai multe definitii ale calitatii actului medical ,dintre care ne-o asumam pe cea apartinand parintelui conceptului modern de calitate Donabedian ,care descrie calitatea ingrijirilor in sanatate ca fiind :

<acele ingrijiri care se asteapta sa maximizeze dimensiunea bunastarii pacientilor,luand in considerare echilibrul castigurilor si pierderilor asteptate care apar in toate etapele procesului ingrijirilor de sanatate >

Donabedian identifica doua componente ale calitatii serviciilor medicale:

-latura tehnica

- latura interpersonală .

Exista 9 variabile ale calitatii ce stau la baza furnizarii serviciilor medicale :

-competenta profesionala

-accesibilitatea

-eficacitatea

-eficienta

-relatiile interpersonale

-continuitatea

-siguranta

-infrastructura fizica si confortul

-alegerea

Se apreciaza ca in acest moment exista inglobate in conceptul de calitate cel putin 3 dimensiuni fundamentale :

-calitatea profesionala-serviciul indeplineste toate conditiile stabilite de standardele de practica stabilite de profesionistii de top din domeniul medical

-asteptarile pacientului -se traduc prin satisfactia pacientului sub toate coordonatele ei:complianta la tratament,indeplinirea asteptarilor,imaginea pozitiva la nivel social etc

-managementul calitatii totale-prin calitate totala se intelege atat calitatea serviciilor,cat si calitatea sistemului ;este un model organizational care implica participarea generala a organizatiei in vederea planificarii si implementarii unui proces de imbunatatire continua a calitatii ce depaseste asteptarile clientilor . 3 principii guverneaza conceptul calitatii totale :

-focalizarea pe client

-imbunatatirea continua a calitatii

-munca in echipa

Practic un spital obtine rezultate optime in furnizarea unor servicii de calitate daca asigura :

-siguranta -evitarea accidentelor in procesul de ingrijire

-eficacitatea-furnizarea de servicii medicale bazate pe dovezi stiintifice si cea mai buna practica medicala

-pacientul plasat in centrul ingrijirii -ingrijirea respecta si raspunde nevoilor fiecarui pacient

-furnizarea de ingrijire atunci cand este nevoie -reducerea timpilor de asteptare

-eficienta-evitarea pierderilor

-echitabilitatea-acordarea serviciilor de ingrijire nediscriminatoriu

Sunt necesare o serie de trimiteri la **calitatile intrinseci ale profesionistului din sanatate** ,acestea fiind primele care impacteaza calitatea actului medical:

-sanatatea ,desi este un drept constitutional,nu este un << bun comun>>,dar este un drept inalienabil al fiecarui individ

-un medic are nevoie in medie de 11 ani de studiu pentru a obtine avizul de libera practica

-tot ce se intampla in actul medical propriu-zis se supune celor 4 principii ale eticii medicale

-binefacerea

-nefacerea raului

-autodeterminarea

-autonomia persoanei

-inaintea tuturor dogmelor si a tuturor teoriilor ramane insa calitatea suverana a bunului simt fara de care nu exista calitatea actului medical

-rigoarea fata de sine si fata de ceilalti -inseamna constiinta dobandita a apartenentei la vocatie .
<Medicul trebuie sa fie patruns de nobilele idealuri care simbolizeaza medicina. Singur, halatul nu poate personifica medicul .Chiar si aruncand halatul, tot medic trebuie sa ramana > Thoma Ionescu

-majoritatea plangerilor inregistrate in sistem vizeaza latura interpersonală a ingrijirilor de sanatate, modul de comunicare, adresare, pozitionare etc

-respectarea confidentialitatii si a secretului profesional fac din medic un <<trezorier>> al intregii patologii ,trairi, asteptari ale pacientului ,sadinu-se astfel o incredere ce sta la baza calitatii actului medical

-respectarea autonomiei si demnitatii umane -conform filozofiei medicinei moderne pacientul este definit prin trup, suflet si spirit .Medicul care nu-si iubeste pacientii nu poate vindeca .Pacientul care nu-si respecta medicul nu se poate vindeca .

-sacrificiul de sine -un element de calitate ; medicul nu este neaparat un om fericit ,pentru ca poarta cu sine povara profesiei sale :boala, suferinta, moartea, doliul. Acestea nu trec fara urme pe langa un om fundamental sensibil, cum este sau ar trebui sa fie medicul.

Cultura calitatii este deficitara in spitalele din Romania

Formalismul reprezinta primul si cel mai important risc in implementarea managementului calitatii in spital, ca si lipsa de pregatire a profesionistilor din sanatate pe acest palier .

Structura de management a calitatii reprezinta interfata intre ANMCS si managerii de spital ,oferindu-le acestora instrumentele prin care sa-si exercite prerogativele manageriale

Desi in anul 2019 bugetul alocat sanatatii a crescut cu 19 % fata de anul anterior, bugetul CNAS pt anul 2019 ajungand la 8,2 mld euro iar din acestia 48 % se alocă spitalelor, Romania ramane in continuare pe primul loc la mortalitatea materno-infantila, nr de cazuri de tuberculoza, morbiditatea evitabila ,spitalizarea evitabila .

De asemenea ,tara noastra se afla pe penultimul loc in ceea ce priveste nivelul de utilizare a tehnologiei in serviciile medicale . Este necesara o noua abordare in ceea ce priveste modul in care interactioneaza tehnologia cu actul medical, managementul medical si relatia cu pacientii .

In sectorul medical relatia cu <<clientul >> este diferita de celelalte sectoare ,pacientul nefiind client direct platitor ,ci beneficiar al serviciilor de sanatate in baza unei plati indirecte ,prin contributia la

FNUASS . Adeseaori el nu are dimensiunea reala a cheltuielii efective pe care o produce in sistem printr-un episod de imbolnavire ,si datorita neeliberarii decontului la externare de catre cele mai multe dintre spitalele romanesti .

Conform **Euro Health Consumer** sistemul medical romanesc se confrunta cu:

- o structura antica
- lipsa medicilor
- organizare deficitara
- lipsa unei culturi organizationale
- comunicare defectuoasa
- nivelul scazut de incredere al populatiei in sistem

Caracteristicile principale ale asistentei medicale din Romania sunt :

- conditiile inadecvate de infrastructura hoteliera si de tratament
- echipamente inadecvate
- lipsa protocoalelor si a procedurilor
- flexibilitate redusa si capacitate de adaptare diminuata la preluarea integrata multidisciplinara a pacientului
- insatisfactia populatiei

Sectorul privat din medicina romaneasca,mult dezvoltat in ultimii ani ,(din totalul de 670 unitati spitalicesti doar 372 spitale mai sunt publice) a deschis o perspectiva concurentiala in domeniul serviciilor de sanatate din Romania , fiind salutara concurenta ,dar si complementaritatea dintre unitatile publice si cele private .

Sectorul privat a contribuit mult la dezvoltarea serviciilor de sanatate din Romania atat prin introducerea de tehnologii avansate ,cat si prin competitia in sine ca factor stimulativ al cresterii calitatii din domeniul sanitar .

Faptul ca suntem inca pe primul loc la mortalitatea materno-infantila,mortalitatea si morbiditatea evitabila si spitalizarea evitabila reflecta nivelul scazut al preocuparii pentru siguranta pacientului atat la nivelul managementului spitalului,cat si la nivelul managementului sistemului ca intreg .

Conform **EUROBAROMETRU** ,27 % din pacienti sufera un eveniment advers pe parcursul internarii .

Cele **9 obiective de siguranta majora a pacientului** care trebuiesc indeplinite in orice spital sunt

- **identificarea corecta a pacientului**
- **imbunatatirea comunicarii efective**
- **siguranta utilizarii medicamentelor de risc inalt**
- **chirurgia corecta ,in locul corect ,pacientului corect**
- **lista de verificare chirurgicala**
- **reducerea infectiilor asociate actului medical in cadrul unui parteneriat spital-
medic-pacient**
- **reducerea riscului de leziuni datorate caderilor**
- **siguranta alimentului**
- **invatarea din erori**

Siguranta pacientului reprezinta un obiectiv prioritar al tuturor politicilor de sanatate din statele europene pe termen lung si mediu. Ea presupune :

- **informare si implicare din partea pacientului**

Versus

- **promovare si responsabilizare din partea personalului medical**

Pentru realizarea acestor obiective ,este necesara educatia si formarea profesionistilor din sanatate nu doar in sistemul universitar,ci si intraspital. Digitalizarea permite difuzarea informatiei in randul personalului,inclusiv a modelelor de bune practici medicale ,permite organizarea sistematica a procesului medical.

Siguranta pacientului reprezinta o problema de sanatate publica la nivel international

Conform EUROBAROMETRU, in Uniunea Europeana :

- 4,1 mil pacienti contracteaza anual o infectie asociata actului medical
- 37.000 pacienti mor anual prin infectii asociate actului medical
- 110.000 decese sunt influentate de evenimente adverse actului medical
- 8-12% din pacientii internati au evenimente adverse pe timpul spitalizarii

In SUA 250.000 pacienti decedeaza /an consecutiv erorilor medicale, aceasta cauza fiind pe locul 3 al cauzelor de deces,dupa afectiunile oncologice si cardiovasculare

Cele mai frecvente **cauze de erori** sunt:

- evaluarea superficiala
- depasirea competentei
- datele incomplete
- monitorizarea deficitara

Evaluarea nevoilor de sanatate ale pacientului la internare este cel mai deficitar demers in spital .

Siguranta pacientului este periclitata prin **erori de omisiune** sau de **comisiune** care genereaza prejudicii-evenimente adverse asociate asistentei medicale .

Evenimentele nedorite din spitale sunt consecutive :

- deficientelor manageriale
- lipsei culturii organizationale pentru siguranta pacientului exprimata prin lipsa preocuparii pentru identificarea si prevenirea riscurilor asociate asistentei medicale
- necunoasterii si nesatisfacerii asteptarilor pacientilor
- lipsei de preocupare pentru asigurarea si imbunatatirea calitatii serviciilor medicale

Recomandarile ANMCS privind siguranta pacientilor sunt :

- stabilirea nivelului real de competenta si nedepasirea lui
- evaluarea completa a nevoilor de ingrijire medicala
- preluarea pacientului in ingrijire in functie de nivelul de competenta
- utilizarea protocoalelor si a procedurilor complementare
- identificarea si evitarea riscurilor clinice asociate fiecarui sector de activitate
- identificarea si analizarea evenimentelor adverse cu scopul invatarii din erori ,evitand blamarea .Aderenta raportorilor este scazuta desi nu are caracter acuzator .

Erorile cele mai frecvente sunt de **-medicatie**

- diagnostic
- utilizare a aparaturii
- identificare a pacientului

Nivelul de raportare al evenimentelor adverse in UE este de 8-12%

In Romania acest nivel se situeaza intre 0,4-0,8 % !!!

Rata infectiilor asociate actului medical raportate este de 5 % in Europa si sub 1 % in Romania !!!
(0,84 %)

Aplicarea scorului Carmeli la internare permite decelarea potentialelor colonizari cu germeni multidrog rezistenti doar daca raportarile sunt reale .

Autoevaluarea bunelor practici manageriale si clinice reprezinta principalul **tablou de bord** privind respectarea **standardelor de calitate** .

Lipsa culturii calitatii serviciilor medicale si a sigurantei pacientului se reflecta in rata de raspuns privind utilizarea acestui instrument .

Cauza neutilizarii acestui instrument deriva din :

- lipsa sprijinului managerului pentru SMC
- perceptia ca respectarea standardelor de calitate reprezinta doar un act birocratic care trebuie indeplinit doar de SMC
- refuzul clinicienilor de a elabora,influenta si respecta protocoalele si procedurile
- refuzul de a evalua periodic respectarea bunelor practici in activitatea medicala
- insuficienta personalului

Este necesara asadar o dezvoltare a **culturii calitatii si sigurantei pacientului** in orice institutie medicala . Vorbim de o **cultura manageriala** si o **cultura organizationala** privind siguranta pacientului.

Acreditarea spitalului prevede implementarea managementului calitatii fundamentat pe principii internationale acreditate ISQ-ua .

Paradoxul sistemului de sanatate romanesc consta in faptul ca desi costurile cu sanatatea au crescut exponential ,ajungand la 6 % din PIB pt anul 2019, rezultatul operational al sistemului este negativ .

Sistemul medical romanesc pare sa nu fi inteles ca reforma inseamna finantare,nu economie ,ca lipsa de viziune poate deveni malpraxis,,ca noi doar ne up-gradam in loc sa ne up-datam.

Costurile reale ale sistemului pentru o complicatie a unei boli sunt de cca 600 euro ,ele incluzand si costurile societale ,pe langa cele medicale .

Tinand seama de toate aceste consideratii generale , formulez **4 obiective majore** de actiune:

1.Conformarea la standardele de calitate aprobate prin Ordinul Presedintelui ANMCS 871/2016 si OMS 446/2017 in vederea indeplinirii cerintelor ciclului II de acreditare

In acest sens vor fi elaborate proceduri care sa reglementeze,standardizeze si uniformizeze toate practicile relevante din spital

Odata elaborate ,aceste proceduri vor fi difuzate ,instructate si implementate la nivelul tuturor structurilor clinice si neclinice ,dupa natura lor -operationale sau de sistem .

Se va elabora un calendar prestabilit de prelucrare a acestor proceduri atat la nivel de spital ,cat si in cadrul programului de instruire intraclinica a fiecarui compartiment in parte

Lunar vor fi prelucrate un numar de minim 5 proceduri ,cu participarea intregului personal din compartiment .

Trimestrial se vor aplica teste grila de verificare a nivelului de asimilare a acestor informatii de catre reprezentantii SMC

Responsabil –RMC/SMC ,director medical

Resurse materiale/financiare-investitie asociat unic

Aceste activitati au drept scop final indeplinirea indicatorilor utilizati pentru evaluarea ingrijirilor de sanatate din spital :

- politica institutiei fata de pacient se bazeaza pe un plan strategic
- evidenta pacientilor si nevoile nemedicale ale acestora sunt asigurate
- nevoile medicale ale pacientului sunt asigurate
- institutia are o politica de prevenire a riscurilor tehnico-medicale
- institutia are o politica de securitate fata de riscurile tehnico-medicale
- institutia evalueaza activitatea sa din perspectiva calitatii prin monitorizarea gradului de satisfactie al pacientilor si angajatilor ,analiza indicatorilor de performanta ai spitalului

2. Implementarea Ordinului Ministerului Sanatatii nr 1312/22 iulie 2020 privind organizarea SMC in cadrul unitatilor sanitare cu paturi.

OMS 1312/22 iulie 2020 prevede obligativitatea constituirii **Structurii de management a calitatii -SMC** -in toate unitatile sanitare cu paturi,organizata sub forma de **birou** pentru spitalele cu mai putin de 300 paturi.

SMC astfel constituita elaboreaza- **planul anual de management al calitatii**

-**manualul calitatii**

-**procedurile**

SMC- implementeaza strategiile si obiectivele referitoare la managementul calitatii

- asigura implementarea si mentinerea conformitatii sistemului de management al calitatii

- coordoneaza analizele cu privire la eficacitatea sistemului de management al calitatii

-asigura aplicarea strategiei sanitare si politica de calitate a unitatii in scopul asigurarii sanatatii pacientilor

-analizeaza neconformitatile constatate si propune managerului actiunile de imbunatatire sau corective ce se impun

In conformitate cu **Ord 600/2018** se va institui o **comisie de monitorizare** ,coordonata de un **presedinte** ,avand un secretariat tehnic si un **regulament de organizare si functionare**

3. Implementarea auditului clinic in organizatie ca fiind cel mai complex instrument de analiza retrospectiva a activitatii medicale din spital ,reprezentand una din metodele cele mai eficiente de imbunatatire a calitatii.

Indeplinirea acestei cerinte urmeaza etapele :

1.- stabilirea - contextului

- necesitatii

-obiectivelor

-perioadei

-echipei

-temei misiunii de audit

2.-desfasurarea misiunii de audit propriu -zise

3.-identificarea deficientelor

4.-intocmirea unui raport de audit

5.-elaborarea unui plan de masuri de imbunatatire a activitatii care sa corecteze deficientele

6.-implementarea planului de masuri stabilite

Auditul clinic compara practicile de asistenta medicala in baza unui referential pentru a analiza calitatea acestor practici si rezultatul ingrijirii,avand drept scop imbunatatirea lor .

Auditul clinic trebuie sa fie un proces educational planificat in organizatie, sa faca parte din practica de rutina si sa se bazeze pe standarde cunoscute .

Auditul clinic trebuie sa concluzioneze schimbari organizationale ,dar sa induca si schimbari de reglementare la nivelul sistemului.

O misiune de audit eficienta tine seama de :

-frecventa unor practici -cu cat o practica este mai frecventa cu atat creste si riscul aferent acesteia

-existenta unei mari variabilitati in cadrul aceleasi practici

-caracterul critic pentru pacienti

-potentialul de imbunatatire si motivare pentru profesionisti

SMC coordoneaza toate activitatile de audit .

Concluziile misiunii de audit impacteaza eficienta si eficacitatea actului medical prin :

1.-maximizarea beneficiilor pentru pacient ,avand ca indicatori masurabili -**supravietuirea**

-**functionalitatea** (cuantificata prin gradul de recuperare dupa boala si intervalul parcurs pana la revenirea la activitatea anterioara)

- scaderea prejudiciilor suferite

2. reducerea evenimentelor adverse

3. costuri minime pentru organizatie

Stabilirea nivelului de competenta al unui spital tine cont de resursa umana ,expertiza echipei,existenta resurselor necesare si existenta protocoalelor

Diagrama Pareto stabileste in urma unei metaanalize privind erorile din sistemul medical ca cca 20% din cauze sunt responsabile pentru 80 % din efectele adverse constatate .

De asemenea ,s-a constatat ca in cazul unui esec 80 % este vina organizatiei si 20 % a personalului.

Scaderea numarului de erori medicale de identificare,de proces,de rezultat,generate de lipsa cunostiintelor,lipsa coordonarii,lipsa organizarii,lipsuri materiale este un obiectiv major al auditului clinic in organizatie

Gruparea cauzelor unei erori prin diagrame de tip <cauza-efect> a permis prioritizarea cauzelor erorilor medicale

Responsabil de proces –manager

Resurse materiale/ financiare –investitie asociat unic

4.Elaborarea si implementarea registrului riscurilor medicale /nemedicale

In conformitate cu **standardul 8 din Ord 600/2018** orice entitate este obligata sa organizeze si sa implementeze un proces de management al riscurilor care sa faciliteze indeplinirea obiectivelor acesteia in conditii de economicitate,eficienta si eficacitate

Conducerea entitatii :

- stabileste vulnerabilitatile si amenintarile aferente obiectivelor si activitatilor care pot afecta atingerea acestora
- evalueaza riscurile prin estimarea probabilitatii de materializare
- ierarhizeaza riscurile
- le prioritizeaza in functie de toleranta la risc
- stabileste strategia de gestionare a riscurilor
- identifica cele mai adecvate modalitati de tratare a riscurilor
- monitorizeaza implementarea masurilor de control stabilite si revizuirea acestora in functie de eficacitatea rezultatelor
- raportarea anuala a situatiei riscurilor

Responsabilii cu riscurile de la nivelul compartimentelor

- colecteaza riscurile aferente activitatilor
- identifica strategia de risc
- elaboreaza registrul riscurilor la nivel de compartimente
- propun masuri de control
- monitorizeaza implementarea acestora
- le raporteaza anual conducatorului entitatii

Informarea anuala este analizata si aprobata in **comisia de monitorizare** si adusa la cunostiinta **conducatorului entitatii**

Calitatea ingrijirilor medicale reprezinta o prioritate a managementului spitalicesc modern ,de care depinde perceptia comunitatii asupra serviciilor oferite ,adresabilitatea si in final sustenabilitatea spitalului, pentru ca aceasta perceptie poate balansa serios bugetul de venituri si cheltuieli al institutiei .

Demersul este colectiv ,strategic si determinant pentru parcursul institutiei pe termen mediu si lung ,avand ca tinta finala obtinerea certificarii ANMCS ciclul 2 ,care garanteaza furnizarea de servicii de sanatate la standarde europene .

Responsabil de proces -RMC/manager/director medical

Resurse materiale/ financiare –investitie asociat unic

AUDITUL CLINIC

<< Auditul clinic este parte integranta a Guvernantei Clinice a unui sistem de sanatate,iar Guvernanta Clinica reprezinta cadrul general pe baza caruia se poate determina responsabilitatea organizatiilor din sanatate pentru imbunatatirea continua a standardelor privind calitatea serviciilor si siguranta pacientului,prin asigurarea unui climat propice pentru dezvoltarea excelentei clinice >>

British Medical Journal , 4 July 1998

Auditul clinic intern compara practicile de asistenta medicala in baza unui referential pentru a stabili calitatea acestor practici si rezultatul ingrijirii in vederea imbunatatirii lor .

Auditul clinic este cel mai complex instrument de analiza retrospectiva a activitatii.

Auditul clinic trebuie desfasurat sistematic,astfel incat sa faca parte din expertiza furnizorului de servicii medicale .

Auditul clinic nu garanteaza calitatea actului medical,dar garanteaza ca unitatea face un act medical de calitate .De aceea,temele propuse auditarii trebuie sa fie prioritati ale unitatii respective .

Auditul clinic ajuta la:

- **stabilirea nivelului de competenta** al unui spital dat de:

- resursa umana
- experienta echipei
- existenta resurselor necesare
- existenta protocoalelor

-**evaluarea corecta a nevoilor medicale si internarea asumata** in functie de **nivelul de competenta**

-**autoevaluarea practicii** fiecarei sectii prin analiza periodica

-**identificarea evenimentelor adverse** si analiza lor

Auditul clinic trebuie :

-sa fie un **proces educational** care sa faca parte din practica de rutina

-sa se bazeze pe **standarde cunoscute**

-sa concluzioneze- **schimbari organizationale**

-schimbari de reglementare la nivelul sistemului

Eficacitatea si eficienta actului medical se definesc prin :

1 -**maximizarea rezultatelor** care conteaza pentru pacient /beneficiilor pacientului cuantificate prin - supravietuire

-functionalitate -gradul de recuperare dupa boala

-intervalul de timp pana la revenirea la activitatea normala ,anterioara imbolnavirii

-prejudiciile suferite

2-**reducerea evenimentelor adverse**

3-**costuri minime pentru sistem**

Temele de audit tin seama de :

-frecventa unei practici -cu cat o practica este mai frecventa ,cu atat creste riscul erorilor aferente ei

-existenta unei mari variabilitati in cadrul aceleasi practici

-caracterul critic pentru pacienti

-potentialul de imbunatatire si de motivare a profesionistilor

Managerul entitatii -stabileste : - contextul /utilitatea misiunii de audit

-obiectivul/durata misiunii

-echipa de audit

-seful echipei de audit

-participa la - desfasurarea misiunii de audit

- la comunicarea rezultatelor

Activitatea echipei de audit este **voluntara** si **neremunerata** .

Echipa de audit trebuie sa poseze abilitati metodologice ,sa fie profesionisti in tema implicata .Optim ea cuprinde intre 2-3 persoane , obligatoriu un membru al SMC si un membru din structura auditata .

Echipa de audit clinic este parte integranta a **SMC** .

Misiunile de audit se planifica **anual** .

In cazul in care se produc evenimente indezirabile ,echipa de audit poate propune managerului **misiuni suplimentare**.

Pot propune misiuni de audit -managerul

- SMC

- orice structura functionala din cadrul spitalului

- sefii de compartiment

Odata stabilite **scopul** si **obiectivele** misiunii de audit ,se parcurg etapele:

- alegerea temei**

- alegerea referentialelor**

- colectarea datelor**

- prelucrarea datelor**

- stabilirea concluziilor si a unui plan de masuri**

- implementarea schimbarilor**

Este obligatorie **auditarea rezultatelor** prin monitorizare ,astfel incat au loc

- colectarea unui nou set de date

- analiza datelor reevaluate

- analiza imbunatatirilor obtinute

Referentialele pot fi :-ghiduri clinice

- standarde nationale si internationale

- ghiduri metodologice

- reglementari legale /administrative

Indicatorii vizati se grupeaza in:

-**indicatori de structura** -privesc resursele umane,materiale, organizationale etc

-**indicatori de proces** -se refera la procesele de ingrijire ,de comunicare ,de luare a deciziilor etc

-**indicatori de rezultat** -masoara consecintele proceselor asupra evolutiei clinice sau asupra starii pacientilor

Un indicator este o dovada admisa de majoritate ca permite o apreciere obiectiva ,valida,cu privire la conformitatea practicii evaluate .

Indicatorii pot fi -**calitativi** -stabilesce nivelul de conformare binar -DA/NU

-**cantitativi**-stabilesce valori numerice

Un indicator trebuie sa : - reflecte realitatea

- fie relevant pentru calitate

-fie realizabil

- fie validabil

- aiba potential de imbunatatire

-aiba o valoare tinta ,optim exprimata procentual

Tipul de studiu in cadrul misiunii de audit poate fi :

-**abordarea prospectiva**

-**observarea directa**

-**abordarea retrospectiva**

Analiza datelor are drept scop adoptarea masurilor necesare reducerii diferentelor intre practica reala si referentialul de bune practici ,prin identificarea **cauzelor** diferentelor constatate ,care pot fi de natura - profesionala

-organizationala

-institutionala

-personala

Pentru fiecare criteriu deficitar va fi identificata natura problemelor .

Se vor prioritiza cauzele luand in considerare frecventa,gravitatea si consecintele acestora

Diagrama Pareto stabileste ca 20 % din cauzele identificate sunt responsabile de 80 % din erori .

Planul de imbunatatire este un ansamblu de masuri corective care difera in functie de frecventa si severitatea consecintelor determinate de diferentele relevate de auditul clinic .

Schimbarile asteptate pot viza practici,mijloace,protocoale terapeutice ,proceduri etc

In concluzie ,auditul clinic este un domeniu nou de activitate,pentru care personalul nu este inca suficient pregatit , cu o organizare mai mult formala si cu o rezistenta a profesionistilor fata de evaluarea activitatii profesionale .

Responsabil de proces -RMC /director medical

Resurse materiale/financiare-investitie asociat unic

PLANUL DE AUDIT CLINIC 2022

1.Auditarea parametrilor de activitate -DMS mediu /sectie,DMS mediu /caz DRG ,comparativ cu DMS national pe sectie cu acelasi profil si pe acelasi cod DRG

-cost mediu /caz

-cost mediu/boala

-cost mediu/ boala /comparativ intre medici pt

acelasi diagnostic principal DRG

Responsabil-RMC,director medical ,director financiar

2.Corelarea consumului de medicamente /materiale sanitare cu adresabilitatea si nivelul activitatii

Responsabil -RMC si director medical

3.Auditarea externarilor la cerere -cauze

Responsabil- RMC si director medical

4.Auditarea eficientei utilizarii serviciilor de sanatate din spital

Responsabil- RMC,director medical,director financiar

5.Auditarea consumului de antibiotice pe medic/sectie/pacient

Responsabili- RMC ,CPCIAAM,director medical

6.Auditarea nivelului de conformare a personalului medical/nemedical la cerinta de formare profesionala si educatie medicala continua

Responsabil- RMC ,director medical,

7.Auditarea numarului si cauzelor de transfer interspitalicesc

Responsabil -dir med,RMC

8.Analiza abordarii integrate a cazurilor din perspectiva

multidisciplinaritatii/transdisciplinaritatii/interdisciplinaritatii ,ca mijloc de crestere a calitatii actului medical

Responsabil -director medical ,RMC

9.Auditarea gradului de educare /implicare /constientizare a pacientului ca partener in procesul de ingrijire

Responsabil asistent sef,RMC ,director medical

10.Auditarea concordantei intre necesarul estimat al resurselor umane si cel existent in compartimentele clinice din perspectiva OMS 1224/2010 ,dar si a volumului,complexitatii ingrijirilor medicale ,gradului de dependenta al pacientilor

Responsabil-RMC ,asistent sef,director medical

11.Auditarea nivelului de implementare al standardului << COMUNICARE >> din OSG 600/2018 -evaluarea pe teren a satisfactiei pacientului din perspectiva comunicarii cu medicul curant si personalul de ingrijire -asistenti si infirmiere medicale

Responsabil-RMC ,director medical,asistent sef

12.Auditarea pe teren de catre personalul SMC a gradului de satisfactie al pacientilor din perspectiva calitatii hranei,confortului hotelier ,atitudinii personalului medical,acordarea la timp si de calitate a serviciilor medicale (respectarea orarului de administrare a medicatiei,recoltarea analizelor ,efectuarea investigatiilor etc

Responsabil- RMC

Comisiile de audit vor fi stabilite ulterior .

Rezultate asteptate -cresterea gradului de satisfactie al pacientilor tratati

-scaderea numarului de evenimente adverse

-scaderea numarului de reclamatii

- scurtarea timpilor de asteptare
- scaderea ratei de transfer
- scaderea mortalitatii intraspitalicesti
- acreditarea cu nivel ridicat de incredere in urma auditului ANMCS

Indicatori monitorizati-numar chestionare de satisfactie cu peste 90 % grad de satisfactie declarat

- rata transferurilor catre alte unitati spitalicesti
- timpii de asteptare de la prezentarea la spital si pana la primul consult medical
- indicele de mortalitate
- nivelul de acreditare
- numar de evenimente adverse raportate
- numar de rapoarte de audit cu neconformitati

IV.IDENTIFICAREA,PREVENIREA SI COMBATERICA RISCURILOR IN ORGANIZATIE .CONTROLUL MANAGERIAL INTERN

OSG 600 /2018 stabileste cadrul legislativ de implementare a activitatii de control managerial in institutiile publice . Prin extensie ,ele vor fi adoptate si in unitatea privata .

Prin exercitarea functiei de control,conducerea constata abaterile rezultatelor de la tintele stabilite ,analizeaza cauzele care le-au determinat si dispune masurile corective sau preventive care se impun .

Controlul managerial reprezinta ansamblul formelor de control exercitate de la nivelul entitatii ,inclusiv auditul intern,stabilite de conducere in concordanta cu obiectivele acesteia si cu reglementarile legale ,in vederea asigurarii administrarii fondurilor in mod economic,eficient si eficace .

Obiectivele controlului managerial intern are 3 categorii de obiective :

- obiective operationale
- obiective de raportare
- obiective de conformitate

Sistemul de control managerial opereaza cu o diversitate de procedee,mijloace,actiuni,dispozitii.

Instrumentarul de control poate fi clasificat in 6 grupe mari: obiective, resurse, sistem informational, organizare, proceduri si control.

Construirea unui sistem de control managerial solid este un proces de durata care necesita eforturi importante din partea intregului personal al entitatii si in mod deosebit din partea personalului cu functii de conducere.

Standardele controlului managerial sunt :

1. MEDIUL DE CONTROL –standard 1-Etica si integritatea

- standard 2-Atributii, functii , sarcini
- standard 3-Competenta, performanta
- standard 4-Structura organizatorica

2. PERFORMANTA SI MANAGEMENTUL RISCULUI

- Standard 5-Obiective
- Standard 6-Planificarea
- Standard 7-Monitorizarea performantelor
- Standard 8-Managementul riscurilor

3. ACTIVITATI DE CONTROL

- Standard 9-Proceduri
- Standard 10-Supravegherea
- Standard 11-Continuarea activitatii

4. INFORMAREA SI COMUNICAREA

- Standard 12-Informarea si comunicarea
- Standard 13-Gestiunea documentelor
- Standard 14-Raportarea contabila si financiara

5. EVALUARE SI AUDIT

- Standard 15-Evaluarea sistemului de control managerial
- Standard 16-Auditul intern

STANDARDUL 1-ETICA SI INTEGRITATEA

Conducerea si salariatii entitatii cunosc si sustin valorile etice si valorile entitatii,respecta si aplica reglementarile cu privire la etica integritate,evitarea conflictelor de interese,prevenirea si raportarea fraudelor,actelor de coruptie si semnalarea neregulilor.

Conducerea adopta un cod de conduita ,dezvolta si implementeaza politici si proceduri privind integritatea,valorile etice,evitarea conflictelor de interese ,prevenirea si raportarea fraudelor

STANDARD 2-ATRIBUTII,FUNCTII,SARCINI

Conducerea entitatii asigura intocmirea si actualizarea documentelor privind misiunea entitatii publice ,a regulamentelor interne ,a fiselor de post pe care le comunica salariatilor

STANDARD 3—COMPETENTA,PERFORMANTA

Conducerea entitatii asigura ocuparea posturilor de catre persoane competente ,carora le incredinteaza sarcini potrivit competentelor, si asigura conditii pentru imbunatatirea pregatirii profesionale a salariatilor .

Performantele individuale se evalueaza cel putin o data pe an

STANDARD 4-STRUCTURA ORGANIZATORICA

Conducatorul entitatii defineste structura organizatorica ,competentele,responsabilitatile,sarcinile,relatiile organizatorice si comunica salariatilor documentele specifice ale structurii organizatorice .

Incadrarea cu personal se regaseste in organigrama .

Structura organizatorica se stabileste in concordanta cu misiunea si scopul entitatii,astfel incat sa sprijine procesul decizional printr-o printr-o delegare adecvata a responsabilitatilor si sa serveasca realizarii in conditii de eficienta,eficacitate si economicitate obiectivele stabilite .

Conducerea analizeaza periodic gradul de adaptabilitate a structurii organizatorice la modificarile intervenite in interiorul entitatii .

STANDARD 5-OBIECTIVE

Conducerea entitatii stabileste obiectivele generale astfel incat acestea sa fie corelate cu misiunea si scopurile entitatii ,cu respectarea principiilor de economicitate ,eficienta si eficacitate .

Fiecarui obiectiv i se ataseaza indicatori de performanta SMART.

Obiectivele sunt cuprinse in Planul de management anual si in Planul strategic .

STANDARD 6-PLANIFICAREA

Conducerea entitatii intocmeste planuri sau alte documente de planificare prin care se pun in concordanta activitatile necesare pentru atingerea tuturor obiectivelor stabilite cu resursele maxim posibil de alocat,astfel incat riscurile susceptibile sa afecteze realizarea obiectivelor entitatii sa fie minime .

Conducerea entitatii elaboreaza un plan strategic prin care se stabilesc obiectivele entitatii pe termen lung,mediu si scurt si un plan anual de management.

STANDARD 7-MONITORIZAREA PERFORMANTELOR

Conducatorul entitatii monitorizeaza performantele activitatilor compartimentelor din subordine,individual,prin indicatori de performanta prestabiliti cantitativi,calitativi

Cel putin o data pe an se intocmeste un raport centralizat ,anual,care evalueaza performanta organizatiei in ansamblu

STANDARD 8-MANAGEMENTUL RISCULUI

Entitatile isi stabilesc propriul proces de management al riscurilor care sa faciliteze realizarea obiectivelor acesteia in conditii de economicitate ,eficienta si eficacitate .Acesta trebuie adaptat dimensiunii ,complexitatii si mediului specific,in vederea identificarii tuturor surselor posibile de risc si pentru eliminarea probabilitatii si impactului riscurilor .

Conducerea entitatii stabileste vulnerabilitatile si amenintarile aferente obiectivelor si activitatilor ,care pot afecta atingerea acestora .

Conducatorul entitatii are obligatia organizarii si implementarii unui proces eficient de management a riscurilor, in principal prin :

- identificarea riscurilor in stransa legatura cu activitatile din cadrul obiectivelor specifice a caror realizare ar putea fi afectata de materializarea riscurilor
- identificarea vulnerabilitatilor in activitatile curente care ar putea conduce la nerealizarea obiectivelor
- evaluarea riscurilor prin estimarea probabilitatii de materializare, a impactului asupra activitatilor din cadrul obiectivelor in cazul in care acestea se materializeaza
- prioritizarea riscurilor in functie de toleranta la risc
- stabilirea strategiei de gestionare a riscurilor -raspunsul la risc ,identificarea celor mai adecvate modalitati de tratare a riscurilor, inclusiv masuri de control
- analiza si gestionarea riscurilor in functie de limita de toleranta la risc aprobata de conducerea unitatii

Raportarea situatiei riscurilor se efectueaza cel putin o data pe an, dar si ori de cate ori este nevoie .

Fiecare compartiment are desemnat un responsabil cu riscurile .

Fiecare responsabil cu riscurile din compartimente colecteaza riscurile aferente activitatilor ,identifica startegia de risc, elaboreaza Registrul riscurilor ,propune masuri de control si monitorizeaza implementarea acestora ,dupa ce in prealabil au fost aprobate de conducatorul entitatii.

In registrul riscurilor se trateaza doar riscurile semnificative

Masurile de control aprobate de conducatorul unitatii au caracter obligatoriu .

Toate aceste aspecte sunt monitorizate de Comisia de monitorizare la nivel de spital.

Registrul riscurilor la nivel de spital se afla in atasament.

STANDARD 9-PROCEDURI

Conducerea entitatii asigura elaborarea procedurilor documentate intr-un mod unitar pentru procesele majore sau activitatile semnificative desfasurate in cadrul entitatii si le aduce la cunostiinta angajatilor.

Pentru ca procedurile sa devina instrumente eficace de de control intern, trebuie sa fie documentate, sa se refere la procesele importante, sa asigure o separare corecta a functiilor de initiere ,verificare, avizare, si aprobare a operatiunilor ,sa fie simple, complete si precise, actualizate in permanenta, aduse la cunostiinta personalului implicat

Structura procedurilor trebuie sa fie in conformitate cu legislatia in vigoare .

STANDARD 10-SUPRAVEGHEREA

Conducerea entitatilor initiaza,aplica si dezvolta instrumente adecvate de supervizare si control al proceselor si activitati specifice compartimentului ,in scopul realizarii acestora in conditii de economicitate,eficienta,eficacitate,siguranta si legalitate .

Supravegherea activitatilor este adecvata in masura in care fiecarui salariat i se comunica atributiile,responsabilitatile si limitele de competenta atribuite ,se evalueaza sistematic activitatea fiecarui salariat , se aproba rezultatele activitatii in diverse etape de realizare a acesteia.

STANDARD 11-CONTINUITATEA ACTIVITATII

Eventualele discontinuitati in activitate pot fi legate de fluctuatia personalului ,lipsa de coordonare ,management defectuos ,fraude,distrugerea sau pierderea documentelor,disfunctionalitati ale echipamentelor,schimbari de proceduri,instabilitate politica sau legislativa

Planul de continuitate a activitatii trebuie sa fie cunoscut ,accesibil si aplicat de catre salariatii spitalului.

Masurile de asigurare a continuitatii activitatii sunt:

- identificarea functiilor critice /echipamentelor critice si elaborarea de proceduri
- delegarea in caz de absente temporare
- angajarea de personal in locul celor pensionati sau plecati din entitate din alte considerente
- achizitii pentru inlocuirea unor echipamente necorespunzatoare din dotare
- service pt echipamentele din dotare

STANDARDUL 12-INFORMARE SI COMUNICARE

In entitate trebuie stabilite tipurile de informatii, continutul, calitatea, frecventa, sursele ,destinatarii acestora . Se va dezvolta un sistem eficient de comunicare interna si externa ,astfel incat conducerea si salariatii sa isi poata indeplini in mod eficace si eficient sarcinile,iar informatiile sa ajunga complete si la timp la utilizatori .

Calitatea informatiilor si comunicarea eficienta sprijina conducerea si salariatii entitatii in indeplinirea sarcinilor ,responsabilitatilor si in atingerea obiectivelor,inclusiv a scopului privind controlul managerial

Informatia trebuie sa fie corecta ,credibila,clara,competenta,completa,oportuna,utila de inteles si de receptat.

Sistemul de comunicare trebuie sa fie flexibil ,rapid, atat in interiorul entitatii publice ,cat si in exterior .

Sistemele IT sprijina managementul adecvat al datelor,inclusiv administrarea bazelor de date si asigurarea calitatii datelor .

Sistemele de management a datelor si procedurile de operare sunt in conformitate cu politica IT a entitatii ,masurile obligatorii de securitate si regulile privind protectia datelor personale.

STANDARDUL 13-GESTIONAREA DOCUMENTELOR

Conducatorul entitatii organizeaza si gestioneaza procesul de creare,revizuire,organizare,stocare,utilizare,identificare si arhivare a documentelor interne si a celor provenite din exteriorul entitatii,oferind control asupra ciclului complet de viata al acestora si accesibilitate conducerii si salariatilor entitatii,precum si tertilor abilitati

La nivelul fiecarui compartiment se tine evidenta documentelor primite si eliberate .

In entitate vor fi implementate masuri de securitate pentru protejarea documentelor impotriva distrugerii ,furtului,pierderii,incendiului ,precum si masuri de respectarea a reglementarilor privind protectia datelor cu caracter personal.

In entitatea publica este creat un sistem de pastrare/arhivare a documentelor ,potrivit unei proceduri,in vederea asigurarii conservarii lui in bune conditii si pentru a fi accesibile personalului competent in a le utiliza .

STANDARDUL 14-RAPORTAREA CONTABILA SI FINANCIARA

Conducatorul entitatii asigura buna desfasurare a proceselor si exercitarea formelor de control adecvate care garanteaza ca datele si informatiile aferente utilizate pentru intocmirea situatiilor contabile anuale si a rapoartelor financiare sunt corecte ,complete si furnizate la timp.

Conducatorul entitatii este responsabil de organizarea si tinerea la zi a contabilitatii si de prezentarea la termen a situatiilor financiare asupra situatiei patrimoniului aflat in administrarea sa ,precum si a executiei bugetare ,in vederea asigurarii exactitatii tuturor informatiilor contabile aflate sub controlul sau .

STANDARDUL 15-EVALUAREA SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL INTERN

Conducatorul atribuie responsabilitati de evaluare conducatorilor compartimentelor,elaborand in acest sens politici,programe si planuri.

Conducatorul entitatii elaboreaza anual un raport asupra propriului sistem ,intocmit in urma evaluarii CMI prin intermediul compartimentelor ,cf anexei 3 si 4.

Deficientele identificate in procesul de autoevaluare se transpun intr-un plan de masuri ce fac obiectul unui program anual de dezvoltare.

STANDARDUL 16-AUDITUL INTERN

Neaplicabil in unitatile private

V.PREGATIREA PROFESIONALA SI CULTURA ORGANIZATIONALA .POLITICI DE PERSONAL SUSTENABILE

PLANULUI DE PERFECTIONARE PROFESIONALA A ANGAJATILOR KARDINAL ONE MEDICAL

1 PREGATIREA PROFESIONALA SI DEZVOLTAREA CARIEREI

DEFINIRE

Pregatirea profesionala este un proces de instruire pe parcursul caruia participantii dobandesc cunostiinte teoretice si practice necesare desfasurarii activitatii lor prezente

Dezvoltarea profesionala este un proces mai complex decat pregatirea profesionala ,avand drept obiectiv isusirea cunostiintelor utile,atat in raport cu pozitia actuala,cat si cu cea viitoare

Obiectivele pregatirii profesionale pot fi constituite din :

- perfectiunea capacitatii de rezolvare a problemelor
- executarea unor lucrari specifice
- rezolvarea unor sarcini noi
- imbunatatirea capacitatii de comunicare
- pregatirea unor schimbari

Stabilirea cerintelor de pregatire profesionala presupune parcurgerea urmatoarelor etape:

- precizarea obiectivelor organizatiei, pe componente structurale ,pt fiecare angajat
- stabilirea noilor cunostiinte care sunt necesare salariatilor ptr a-si indeplini sarcinile in mod eficient
- stabilirea metodelor de pregatire, a institutiilor la care se va apela si inventarierea resurselor disponibile
- elaborarea planului de dezvoltare profesionala

Metodele de pregatire profesionala sunt :

- pregatirea profesionala la locul de munca
- participarea in grup la elaborarea unor proiecte, lucrari, studii etc
- delegarea sarcinilor
- inlocuirea temporara a sefului ierarhic
- rotatia posturilor
- participarea la traininguri interne si sedinte

Conceptul de job rotation nu este ceva nou in panoplia tehnicilor de training si dezvoltare.

Definitia lui este << o modalitate de dezvoltare prin intermediul careia o persoana este alocata pe rand pe diverse joburi/responsabilitati/functii pt a putea dobandi prin practica o expunere cat mai mare la toate zonele operationale ale unui business >>

Unul din aspectele esentiale ale eficientei procesului este dat de calitatea procesului de planificare si de ratiunea logica cu care sunt alese functiile pe care sa activeze fiecare individ in parte .

Cand este in sa vorba de competenta de recrutor intern, tehnica job rotation-ului ar trebui sa fie ,probabil, printre cele mai des utilizate si cu o varietate cat mai mare de responsabilitati ocupate in timp.

Un bun program de job –rotation duce la consolidarea unui capital de cunostiinte foarte utile in situatii de criza a departamentelor de recrutare si face institutia minim vulnerabila in aceste cazuri .(plecari spontane,demisii la zi, emigrari de personal inalt calificat etc)

Elaborarea planului de perfecționare a personalului urmărește etapele urmatoare:

- Stabilirea nevoilor de pregatire;
- Stabilirea formelor de pregatire;
- Stabilirea continuturilor pentru pregatirea desfasurata in spital si proiectarea obiectivelor specifice instruirii;
- Stabilirea persoanei care face instruirea;
- Delegarea instructorului din randul angajatilor si specializarea acestuia;
- Stabilirea duratei pregatirii;
- Analiza ofertelor de cursuri pentru pregatirea facuta in afara spitalului;
- Oferirea de posibilitati pentru angajati de a face cursuri in afara spitalului;
- Angajarea de formatori pentru instruire profesionala;
- Stabilirea unei clauze contractuale cu respectivii formatori;
- Testarea nivelului de indeplinire a obiectivelor planului de pregatire;
- Evaluarea rezultatelor pentru angajatii care au parcurs programul de pregatire;

Eficiența perfecționării pregătirii profesionale se va regăsi în:

- creșterea calității actului medical
- scurtarea timpilor de asteptare pentru pacienti
- actualizarea și perfecționarea cunoștințelor din domeniul managementului sistemului de sanatate, pentru a crește nivelul de performanță al cursanților în îndeplinirea atribuțiilor pe care le au.

Pentru personalul medical cursurile vor fi creditate de către **Colegiul Medicilor** din România in cazul medicilor sau de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moaşelor și Asistenților Medicali din România, in cazul asistentelor medicale

În mod direct prin planul perfecționării pregătirii profesionale se urmăresc:

- Crearea condițiilor necesare prestării unor acte medicale de calitate de către personalul medico-sanitar din spital;
- Implementarea protocoalelor de practică medicală la nivelul spitalului, pe baza recomandărilor consiliului medical;
- Realizarea activităților de control al calității serviciilor medicale oferite de spital, coordonată de directorul medical, cu sprijinul consiliului medical și al comisiei profesional-stiințifice și de pregătire a personalului medical;
- Asigurarea condițiilor adecvate de cazare, igiena, alimentație și prevenirea infecțiilor nozocomiale, în conformitate cu normele stabilite de Ministerul Sănătății Publice;
- Monitorizarea și raportarea indicatorilor specifici activității medicale, financiare, economice, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control, în conformitate cu reglementările legale în vigoare;
- Analizarea modului de îndeplinire a obligațiilor membrilor comitetului director, ai consiliului medical, comisiei profesional-stiințifice și de pregătire a personalului medical și consiliului etic, pentru spitalele orășenești, dispunând măsuri de îmbunătățire a activității;
- Modul de aplicare a prevederilor legale în vigoare cu privire la respectarea drepturilor pacientului și dispune măsuri atunci când se constată încălcarea acestora;

Indicatorii luați în calcul pentru perfecționarea pregătirii personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ sunt următorii:

- I. Gradul de calificare al personalului (apreciat prin numărul anilor de studii);
- II. Vechimea personalului în muncă (specialitate);
- III. Structura personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ față de structura normativă specifică spitalului;
- IV. Gradul de perfecționare profesională a personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ, prin cursuri de profil.

Pentru muncitori pregătirea și perfecționarea profesională va fi structurată ca „program personal de pregătire cu evaluarea periodică a cunoștințelor”.

Instruirea se va realiza sub conducerea administratorului.

Participanții la program au posibilitatea ca între verificări să ceară explicații conducătorului de program sau altor persoane competente ori de câte ori este necesar.

Durata unui program individual cu verificare periodică a cunoștințelor se va limita la 1 an .

Conținuturile pentru programul de instruire vor fi stabilite din activitățile pe care le desfășoară angajații compartimentului respectiv.

Evaluarea se va realiza corespunzător fiecărei teme, urmărindu-se în principal caracterul practic-aplicativ al activității de pregătire parcurse.

Temele cu caracter teoretic vor fi predate de către specialiști pe respectivele probleme (ex. tema legată de SSM să fie predată de inspectorul de specialitate în domeniul serviciu extern) .

La nivelul planului de perspectivă se stabilesc formele de pregătire care vor fi utilizate. În cadrul acestui plan am propus ca forme de pregătire:

- programe de perfecționare cu verificarea periodică a cunoștințelor;
- cursuri organizate la nivelul spitalului sau în afara acestuia;
- programe de instruire derulate în spital de furnizorii de echipamente și tehnologii.

Concretizarea obiectivelor generale și etapizarea realizării lor se regăsește în planul anual de pregătire

Corespunzător planului anual de pregătire fiecare conducător de program de instruire va realiza în proiectarea programului de pregătire următoarele:

- formularea obiectivelor operaționale prin derivarea obiectivelor specifice din plan;
- stabilirea conținutului de instruire și împărțirea acestuia pe teme;
- precizarea locului și a dotărilor materiale necesare ședințelor de pregătire profesională;
- stabilirea metodelor de instruire și adecvarea acestora la conținuturi;
- planificarea ședințelor de pregătire pe zile și ore;
- stabilirea modalităților de evaluare.

Va rezulta astfel la nivelul spitalului un număr de planuri de pregătire, aferente compartimentelor, care vor detalia și concretiza prevederile din planul anual și vor fi subsumate acestuia din punct de vedere al obiectivelor.

Rezultate așteptate -creșterea competenței profesionale prin dobândirea de cunoștințe și abilități noi

-creșterea gradului de satisfacție al angajaților la locul de muncă

-scăderea numărului de reclamații de la angajați

Indicatori monitorizați-număr de cursuri/angajat/an

TEMATICA CURSURILOR PROGRAMATE LA NIVEL DE SPITAL ÎN ANUL 2022

1. Calitate în sănătate. Managementul riscului medical

Moderator- RMC

2. Acordarea Spitalului. Standardele de acordare

Moderator -RMC

3. Cultura organizațională. Siguranța pacientului

Moderator -manager

4. Resuscitarea cardiorespiratorie-suport vital de bază și suport vital avansat

Moderator -director medical

5. Ghidul Național de Triaj

Moderator –director medical

6. Prevenirea și combaterea infecțiilor asociate actului medical

Moderator –medic CPLIAAM

7. Identificarea, raportarea, analiză și prevenirea evenimentelor adverse asociate actului medical

Moderator -director medical

8. Codul de etică și integritate

Moderator-manager

9. Managementul deșeurilor periculoase

Moderator –medic epidemiolog CPLIAAM

10. Bune practici medicale

Moderator- asistent coordonator spital

Manager,

Dr Tilca Nicoleta