



SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE FLOREȘTI
STR. Gh. Gr. Cantacuzino nr. 44, Jud. Prahova
C.U.I.: 16616504

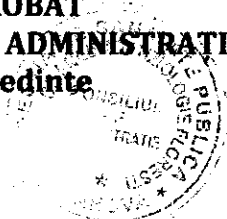
Tel/fax: 0244 369.215/0244 369.321

Email: tbcflorestiph@yahoo.com



Nr. Inreg. 4999/26.10.2023

APROBAT
CONSILIUL DE ADMINISTRATIE
Președinte



AVIZAT
CONSILIUL LOCAL
PRIMĂRIA COMUNEI FLOREȘTI



PLAN STRATEGIC de DEZVOLTARE
2023 - 2026

I. MANDAT

Profilul și categoria Spitalului

Spitalul de Pneumoftiziologie Floresti este o unitate sanitară, cu personalitate juridică, aflată în administrarea și subordinea Consiliului Local – Primaria Floresti - care potrivit Ordinului Ministerului Sanatatii nr. 323/2011, modificat cu OMS nr. 441/ 2015 - privind clasificarea pe categorii a unităților și subunităților sanitare elaborate, este încadrat ca unitate de Categoria V ” nivel de competență limitat” – spitale care deservesc populația județului din aria sa administrativ-teritorială, precum și din județele limitrofe.

Descrierea situației actuale a Spitalului

Spitalul este o unitate sanitară de monospecialitate cu competență de diagnostic și tratament a tuberculozei pulmonare și deservește o zonă cu o densitate apreciabilă a populației. Activitatea spitalului este reprezentată de investigarea, diagnosticarea și tratamentul cazurilor acute, subacute și cronice din patologia pulmonară.

Serviciile care se acordă în cadrul spitalului sunt reprezentate de servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, servicii paraclinice de laborator și radiologie și Ambulator integrat în specialitatea pneumologie.

Ministerul Sănătății derulează un amplu proiect de screening pentru tuberculoză la nivel național, care se întinde pe o perioadă de cinci ani (2018 - 2023) și este axat pe prevenirea, screeningul și diagnosticul tuberculozei, inclusiv al tuberculozei latente, într-un grup țintă de 75.010 persoane la nivel național, selectate din grupuri vulnerabile: persoane din comunități rurale, persoane fără adăpost, persoane care suferă de dependență de alcool, droguri sau alte substanțe toxice, respectiv persoane private de libertate sau aflate sub control judiciar.

Proiectul beneficiază de cofinanțare din fonduri europene nerambursabile în valoare de 63,3 milioane de lei, la care se adaugă contribuția din bugetul Ministerului Sănătății, în valoare de 975000 de lei și este coordonat de Institutul Național de Pneumoftiziologie „Prof. Dr. Marius Nasta”

Spitalul nostru este unul din participanți care face parte din acest **Program Național de supraveghere și control al Tuberculozei (PNPSCT)** – ce are ca Obiective: reducerea prevalenței și a mortalității TB, menținerea unei rate de depistare a cazurilor noi de TB pulmonară pozitivă la microscopie, tratamentul bolnavilor cu tuberculoză și menținerea ratei de succes terapeutic la cazurile noi pozitive de TB pulmonară.

În Spitalul de Pneumoftiziologie Florești se tratează anual pacienți cu tuberculoză pulmonară sau extrapulmonară cu diferite faze ale evoluției bolii dar și cu afecțiuni pulmonare diverse BPOC, astmă, pleurezii. Afecțiunile pulmonare cronice reprezintă un procent de 82% din totalul afecțiunilor pulmonare prezentate și tratate în spitalul nostru.

Obiectivul fundamental al Strategiei este creșterea continuă a calității actului medical acordat în cadrul spitalului nostru, cu scopul final de a asigura îmbunătățirea calității vieții pacienților, a familiilor acestora dar și a angajaților.

Elaborarea prezentei strategii de dezvoltare instituțională a **Spitalului de Pneumoftiziologie Floresti** s-a realizat în conformitate cu Planul Strategic National în domeniul sanitar și a respectării legislației specifice:

- Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 46/2003, privind drepturile pacientului și normele de aplicare;
- Ordinul nr. 1410/2016 pentru aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr.46/2003;
- Ordinul nr. 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;
- Ordin MS nr. 1096/2016 privind modificarea și completarea Ordinului MS nr. 914/2006 pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare

- Ordinul nr. 323/2011, privind aprobarea metodologiei și criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență
- Ordinul MSP nr. 39/2008, privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului;
- Ordinul MSP nr. 1224/2010, privind aprobarea normativelor de personal pentru asistenta medicală spitalicească, precum și pentru modificarea și completarea Ordinului MSP nr. 1771/2006, privind aprobarea normativelor de personal;
- Ordinul M.S. nr. 1384/2010, cu modificările și completările ulterioare, privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public, cu modificările și completările ulterioare;
- Curs Management Spitalicesc – Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar;
- Ordinul nr. 1101/2016 privind aprobarea normelor de supraveghere, prevenire și limitarea a I.A.A.M.;
- Ordinul MS nr. 446/2017, pentru aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;
- Ordinul Președintelui A.N.M.C.S. 639/2016 cu privire la raportarea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale;
- www.drg.ro - indicatori spitale;
- Raportul Național privind Starea de Sănătate a Populației României 2020, MS, INSP; CNERSS

II. VIZIUNE

În viziunea conducerii spitalului, reforma sistemului sanitar în spiritul respectului față de pacient și față de fondurile publice, implică asigurarea unor servicii spitalicești de calitate, eficiente, care să răspundă așteptărilor pacienților.

Spitalul urmărește îmbunătățirea stării de sănătate a populației și integrarea într-un sistem de sănătate modern și eficient, compatibil cu sistemele de sănătate din Uniunea Europeană, pus permanent în slujba pacientului.

III. MISIUNE

Misiunea Spitalul este:

- de a oferi servicii de sănătate specifice, orientate către pacient, adaptate nevoilor și așteptărilor, care să rezolve problemele de sănătate ale acestuia
- îmbunătățirea permanentă a calității actului medical prestat, în cel mai eficace și eficient mod posibil, în acord cu standardele naționale și internaționale;
- de a asigura condiții optime pentru desfășurarea unui act medical de calitate, atât preventiv, cât și de diagnostic și tratament;

- de a efectua profilaxia bolilor transmisibile și netransmisibile, prin campanii de informare a populației cu privire la factorii de risc privind diverse afecțiuni.
- de a excela în furnizarea de servicii de calitate pacienților, într-o atmosferă prietenoasă și un ambient plăcut, asigurate de condiții hoteliere caracterizate de calitate și siguranță pentru pacienți;
- de a implementa soluții concrete pentru asigurarea formării profesionale continue a personalului medical și nemedical;
- de a asigura continuitatea activității prin aprovizionarea cu produse și echipamente medicale de calitate și eficiente, specifice îngrijirilor de sănătate acordate;
- de a diversifica serviciile medicale acordate segmentului de populație deservit, ca urmare a identificării comorbidităților acestora, precum și în urma unei analize a cererii, pe piața de servicii medicale;
- menținerea certificării ISO 9001:2015 pentru sistemul de management
- reacreditarea spitalului de către ANMCS (Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate).

Consecvent în orientarea către pacienți și creșterea calității serviciilor medicale oferite, Spitalul de Pneumoftiziologie Floresti a implementat și menține încă din anul 2015 un sistem de management al calității certificat conform standardului SR EN ISO 9001:2015.

IV. VALORI

- respectarea dreptului la ocrotirea sănătății, la liberă alegere (a medicului, a unității sanitare, etc) și la egalitate de șanse pentru toate categoriile de populație;
- garantarea calității și siguranței actului medical;
- creșterea rolului serviciilor preventive;
- asigurarea accesibilității la servicii spitalicești;
- aprecierea competențelor profesionale, asigurarea unor standarde ridicate ale acestora și încurajarea dezvoltării lor continue;
- transparența decizională.

V. ANALIZA MEDIULUI INTERN

A. ANALIZA NEVOILOR COMUNITATII DESERVITE

Caracteristici relevante ale populației deservite

Ca urmare a bilanțului negativ între natalitate, mortalitate și migrația externă, populația stabilă din România a scăzut substanțial în perioada inter-recensală 2002-2011 (de la 21,6 la 20,1 mil. locuitori), pe fondul unei tendințe de îmbătrânire prin scăderea nominală și relativă a ponderii populației tinere și a creșterii ponderii populației de peste 60 de ani până la 20,8% (2012).

Judetul Prahova are o importanta

Industria extractiva:

Exploatari de petrol la Băicoi, Bordeni, Buștenari, Câmpina, Moreni, Scorțeni, Țintea, Călinești, Filipeștii-de-Pădure, Mărgineni, Moreni, Podeni, Urlați ;

Exploatari de gaz natural la Aricești, Băicoi, Boldești, Buștenari, Câmpina, Filipeștii-de-Pădure, Opăriți, Păulești, Telega, Țintea, Udrești și Urlați,

Mine de cărbuni : 3 mine de lignit, Mina de sare C.A.M. la Slănic,

Cariere : Argilă pentru cărămidă, țiglă, olane etc., la Blejoi și Pleașa ; Marnă la Comamic și Provița ;

Nisip la Azuga, Blejoi și Frânghiești ; Pietriș la Azuga, Blejoi și Pleașa.
Alte mine: de piatră pentru fabricarea cimentului la Azuga, piatră de râu, piatră de gresie;
Industria Chimică: 6 rafinării de petrol, 1 de acid sulfuric (Câmpina), 1 de diverse produse chimice, 1 de acid carbonic, 1 de cărbune activ, 1 de vopsele.

Spitalul de Pneumoftiziologie Floresti este localizat în județul Prahova care este un județ aflat în regiunea istorică Sud-Muntenia din România. Este al treilea cel mai populat județ din România, după București (oraș aflat în vecinătatea sa) și județul Iași, deși este doar al 33-lea din țară ca suprafață.

Populația deservită provine din județul Prahova (cu o populație de 762.886 locuitori conform recensământului din 20.11.2011) - zona municipiului Câmpina, valea Prahovei, zona orașului Băicoi și a localităților limitrofe. Având în vedere afecțiunile tratate, spitalul este de interes regional, tratând pacienți cu TBC din județele limitrofe: Buzău, Dâmbovița, Ialomița, Ilfov, cât și județele Galați, Vrancea, Brăila, Constanța precum și municipiul București.

Starea de sanatate a populației deservite

O tendință importantă a reformei serviciilor de sănătate este aceea de corelare a serviciilor necesare (care reies din starea de sănătate a populației) cu cele oferite de spital. Eforturile depuse sunt în direcția îmbunătățirii stării de sănătate și de reducere a inechității în statutul de sănătate a anumitor grupuri populaționale (cu risc), cu alte cuvinte, resursele spitalului trebuie adaptate continuu la nevoile populaționale. Dezvoltarea serviciilor pentru pacienții cu afecțiuni acute și cronice este una dintre căile de urmat în acest moment.

În ce privește politica de sănătate publică se are în vedere urmărirea următoarelor strategiilor:

- ✓ Îmbunătățirea sănătății mamei și copilului;
- ✓ Combaterea dublei poveri a bolii în populație prin:
 - Controlul eficace al epidemiilor și supravegherea bolilor transmisibile, inclusiv cu accent pe bolile transmisibile cu povară relativ mare în populația din România
 - Reducerea poverii prin boli netransmisibile evitabile, inclusiv intervenții privind patologii cronice istoric neglijate (cancer, boli cardiovasculare, diabet, sănătatea mintală, boli rare)
- ✓ Sănătatea în relație cu mediul
- ✓ Conștientizarea și educarea populației privind soluțiile eficace cu caracter preventiv (primar, secundar sau terțiar)

Tendința demografică

Starea de sănătate este un fenomen complex, social și biologic, care exprimă nivelul și caracteristicile sănătății membrilor unei colectivități privite în ansamblu, fiind strâns legată și de calitatea vieții populației. Starea de sănătate se află într-o relație de intercondiționare cu evoluția socială în ansamblu, cu celelalte componente ale economiei și calității vieții, fiind determinată de nivelul general de dezvoltare economico-socială, de structura consumului, de standardul igienei individuale, de gradul de cultură și nu în ultimul rând, de sistemul îngrijirilor de sănătate.

Venitul real tot mai redus, în majoritatea situațiilor și creșterea incidenței sărăciei au adus în gospodăriile individuale la restricții de tot felul, care au deteriorat calitatea vieții, reducând durata medie a vieții. Acestea vor forma categoria beneficiarilor de asistență socială, un plus evitabil la povara socială a populației active confruntată cu povara greu evitabilă provenită din îmbătrânirea demografică.

Migrația externă și scăderea natalității au schimbat, în ritm rapid, structura pe vârste a populației. După datele ultimului recensământ, în România este o situație demografică dezzechilibrată, caracterizată de creșterea numărului de persoane vârstnice și scăderea numărului de persoane tinere.

Ca urmare a scăderii natalității și creșterii speranței de viață, procesul de îmbătrânire demografică s-a accentuat. Ponderea tinerilor a fost devansată de ponderea vârstnicilor, iar populația adultă a scăzut ca număr, dar a crescut ca pondere.

Durata medie a vieții în România a scăzut ușor până în 1997 și întreaga scădere s-a înregistrat la bărbați. Indicatorii demografici evidențiază un proces de accelerare a schimbării modelului demografic, într-un context de criză economică și socială, ce a mărit considerabil stresul vieții cotidiene.

Dezvoltarea economică și socială înseamnă creșterea nivelului produsului intern brut pe locuitor, dar și a calității serviciilor, dintre care cele de sănătate au impact imediat.

La analiza tendinței demografice s-a avut în vedere datele furnizate de Institutul Național de Statistică și Centrul Național pentru Statistică și Informatică în Sănătate Publică privind mișcarea naturală a populației, la nivel național, conform ultimelor raportări, aceasta prezentându-se astfel:

Populația României (rezidentă și după domiciliu) în perioada 2011-2020 a urmat un trend constant de scădere.

Populația rezidentă în perioada 2011-2020 a scăzut cu **885943** locuitori, de la **20147657** locuitori (în 2011) la **19261714** locuitori (în 2020), reprezentând o diminuare a populației cu **4,40%** datorită, în bună parte emigrării, dar și scăderii natalității, în contextul menținerii mortalității generale la un nivel ridicat.

Populația după domiciliu, tot în perioada 2011-2020, a scăzut cu 299587 locuitori, de la **22441740** (în 2011) la **22142153** locuitori (în 2020), reprezentând o scădere de 1,33%.

În anul 2020, populația rezidentă pe grupe de vârstă, a scăzut cu 0.1% față valoarea procentuală din anul 2019 la grupa de vârstă 0-14 ani, a scăzut cu 0.5% la 15-49 ani, a crescut cu 0.1% la 50-64 ani și cu 0.4% la 65 ani și peste.

Pentru **populația rezidentă** apar modificări în ponderea grupelor de vârstă, comparativ 2020 cu 2011, astfel: populația tânără 0-14 ani a scăzut cu 0.2% (de la 15.8% în 2011 la 15.6% în 2020), populația 15-49 ani a scăzut mult cu 2.7% (de la 48,0% în 2011 la 45,3% în 2020), populația 50-64 ani a scăzut cu 0.1% (de la 20,0% în 2011 la 19,9% în 2020) iar populația în vârstă de 65 ani și peste a crescut accentuat cu 3.0% (de la 16,1% în 2011 la 19,1% în 2020), determinând așa-zisa **“îmbătrânire demografică a populației”**.

1. Natalitatea

Comparativ cu anul 2019 în anul 2020 numărul născuților vii scade de la 203.109 la 178.609 iar natalitatea scade de asemenea de la 9.2‰ născuți vii la 8.1‰ născuți vii.

2. Mortalitatea generală

Decesele generale și mortalitatea au crescut în anul 2020 față de anul 2019 de la 260.353 (11.7‰) la 297.345 (13.4‰).

Mortalitatea a crescut de asemenea pe medii, în mediul urban cu 1.8‰ în anul 2020 față de anul 2019, iar în mediul rural cu 1.5‰. În ceea ce privește mortalitatea generală în funcție de repartitia pe județe, aceasta a crescut în anul 2020 față de anul 2019 în toate județele țării cu valori între 0,5‰-2.7‰.

3. Sporul natural

Sporul natural la 1.000 locuitori scade de la -2.6‰ în anul 2019 la -5.4‰ în anul 2020.

Pe medii, sporul natural a scăzut pentru ambele medii, cu 3.1‰ loc. în urban și cu 2.2‰ loc. în rural.

4. Mortalitatea infantilă

Numărul deceselor sub 1 an deși scade cu 55 cazuri, mortalitatea infantilă crește de la 5.7‰ născuți vii (1152 decese sub 1 an) în anul 2019 la 6.1‰ născuți vii (1097 decese sub 1 an) în anul 2020.

Repartitia pe medii a indicatorului de mortalitate infantilă în anul 2020 indică o mortalitate mai mare în mediul rural (7.3‰) decât în mediul urban (5.1‰), însă comparativ cu anul 2019 mortalitatea infantilă crește pentru ambele medii, astfel, în mediul rural crește cu 0.1‰ născuți vii respectiv cu 0.7‰ în urban.

5. Mortinatalitatea (numărul de născuți morți la 1000 nasc. vii + nasc. morți)

Numărul de născuți morți crește în anul 2020 față de anul 2019 (de la 627 născuți morți în anul 2019 la 683 născuți morți în anul 2020), indicele de mortinatalitate crește de asemenea cu 0.7‰ față de anul 2019. Indicele de mortinatalitate crește pentru ambele medii în anul 2020 față de anul 2019 (în mediul urban cu 0.5‰ și cu 1‰ în rural).

6. Mortalitatea maternă (decese materne la 1000 născuți vii) crește în anul 2020 comparativ cu anul 2019 de la 20 decese materne (0.10‰) la 32 decese (0.18‰).

În perioada 2017-2020 mediul urban a avut o populație mai numeroasă decât mediul rural, 56,4% versus 43,6% pe toată perioada menționată.

Numărul mare al populației din mediul rural necesită o atenție sporită pentru dezvoltarea adecvată a serviciilor de sănătate, concomitent cu conștientizarea patologiei de tip pulmonar în vederea creșterii gradului de adresabilitate la medicul specialist.

Starea de sănătate a populației este caracterizată destul de fidel de o serie de indicatori:

- Durata medie a vieții
- Mortalitate
- Morbiditate

Durata medie a vieții

Vârsta medie a populației UE în anul 2019 (conform Eurostat) era de 43,7 ani, în timp ce în România era de 42,5 ani. Vârsta medie a populației feminine și a celei masculine a crescut, atât pentru populația din mediul urban, cât și pentru cea din mediul rural în perioada 2017-2019, de la 41,8 ani în 2017 la 42,2 ani în 2019.

Pentru populația rezidentă, vârsta medie a populației din rural a fost mai mare decât cea din urban, în perioada 2017-2019 (41,9 versus 41,7 ani).

Vârsta medie a populației feminine atât din urban cât și din rural a fost mai mare decât cea a populației masculine (42,6 versus 39,6 ani).

MORTALITATEA

Mortalitatea măsoară totalitatea deceselor în cadrul unei populații pe parcursul unei perioade definite de timp. Variația ratelor de mortalitate, în mare măsură, determină nivelul sporului natural și al speranței de viață. Mortalitatea este indicatorul cel mai sensibil influențat de factori socio-economici și biologici (mediul ambiant, stilul de viață), precum și de serviciile de sănătate.

Mortalitatea este indicatorul cel mai sensibil influențat de factori socio-economici și biologici (mediul ambiant, stilul de viață), precum și de serviciile de sănătate.

În anul 2020, numărul deceselor a fost de 297345, ceea ce corespunde unei rate brute de mortalitate de 13,4‰ locuitori.

Dinamica mortalității pe gen. Se remarcă menținerea și în anul 2020 a supramortalității masculine 14,7‰ (158506 decese), în comparație cu mortalitatea feminină de 12,3‰ (138839 decese).

În perioada studiată (2011-2020), discrepanța mare între genuri cu supramortalitatea masculină, cu valori ale ratei brute a mortalității între 12,0‰ în 2013 (cea mai mică valoare a intervalului) și 14,7‰ în 2020 (cea mai mare valoare a intervalului). Pentru genul feminin, valoarea ratei variază între 10,4‰, în 2011 și 2013 (cea mai mică valoare a intervalului), și 12,3‰ în 2020 (cea mai mare rată a intervalului).

În 2020, comparativ cu rata mortalității pe total țară, rata mortalității la genul feminin este mai mică decât media pe țară (cu 1,2‰), iar la genul masculin rata mortalității este mai mare (cu 1,2‰).

Dinamica mortalității pe medii. Reprezentarea arată pentru anul 2020 o rată a mortalității mai mare în mediul rural 15,5‰ (149461 decese) decât în mediul urban 11,8‰ (147884 decese). Fenomenul se poate datora îmbătrânirii populației în mediul rural, migrației populației tinere către zonele urbane în căutare de locuri de muncă.

În 2020, comparativ cu rata mortalității pe total țară, rata mortalității în urban este mai mică decât media pe țară (cu 1,6‰), iar în rural rata mortalității este mult mai mare (cu 2,2‰ mai mare).

La toate grupele de vârstă mortalitatea masculină este mai mare decât media pe țară a grupei de vârstă respective și decât mortalitatea feminină la aceeași grupă de vârstă.

În anul 2020, cele mai mici rate ale mortalității s-au înregistrat în județele Vâlcea (8,5‰), Mun. București (11,2‰), Timiș (11,8‰), Cluj (12,0‰), Brașov (12,4‰). O rată mare a fost înregistrată în județele: Giurgiu (15,9‰), Tulcea (15,6‰), Călărași (15,4‰), Satu-Mare (15,3‰), Olt (15,1‰).

În anul 2020 – 31 de județe au avut rate mai mari decât media, iar 11 județe rate mai mici.

Mortalitatea specifică prin tumori maligne

Prezintă un trend ușor ascendent în perioada 2011–2020, crescând cu 9,2‰, de la 213,8‰ în anul 2011, la 223,0‰ în 2020. În perioada studiată valorile ratei oscilează între valoarea cea mai mică 213,8‰ în anul 2011 și valoarea cea mai mare 232,3‰ în 2017.

Cele mai numeroase decese prin tumori maligne (anul 2020) aparțin grupei de vârstă 65-69 ani (8507 decese), urmată de 70-74 ani (7914 decese) și 60-64 ani (6863 decese).

Mortalitatea prin tumori maligne în anul 2020 pe total, gen și medii, se poate observa că ratele de mortalitate prin tumori maligne la genul masculin 267,9‰ (28969 decese), sunt mult mai mari decât

media pe țară 223.0‰ (49383 decese), iar la genul feminin 180.2‰ (20414 decese), ratele sunt mai mici decât media pe țară. Din total decese prin tumori maligne 58.7% au fost la genul masculin, iar 41,3% la genul feminin; la genul feminin au fost 8555 decese mai puține decât la genul masculin.

Județul cu cea mai mică rată a mortalității prin tumori maligne în 2020 a fost Vâlcea (150.8‰), rate mici s-au înregistrat și în Mehedinți, Olt, Alba.

Rata cea mai mare a mortalității a fost înregistrată în județul Tulcea (296.1‰), rate mari au fost înregistrate și în Buzău, Dâmbovița, Ialomoța, Cluj. În 23 de județe ratele mortalității au fost peste media pe România (223,0‰), iar în 19 județe au fost valori sub medie.

Mortalitatea specifică prin COVID 19

Pandemia COVID-19 a determinat efecte numeroase asupra persoanelor afectate de infecția provocată de virusul Sars – Cov - 2, printre care un număr mare de decese, determinând o creștere accentuată a ratei de mortalitate generală.

Conform datelor raportate de Institutul Național de Statistică în anul 2020 au decedat prin COVID-19 un număr de 17166 persoane (77.5‰), 10174 (94.1‰) aparținând la genul masculin și 6992 (61.7‰) genului feminin. În ceea ce privește mediile de reședință, 11065 (88.6‰) au fost din urban și 6101 (63.2‰) din rural. Cele mai multe decese au aparținut grupelor de vârstă de peste 60-64 ani, depășind 10%. Cele mai numeroase decese prin COVID-19 (an 2020) aparțin grupei de vârstă 70-74 ani (2857 decese), urmată de 80-84 ani (2673 decese) și 75-79 ani (22667 decese).

În afară de grupa de vârstă 10-14 ani, au fost decese la toate celelalte grupe de vârstă, însă la copii au fost foarte puține.

Distribuția în profil teritorial a mortalității prin COVID-19 în anul 2020, nu este uniformă (rate calculate la populația standard a României). Județul cu cea mai mică rată a mortalității prin COVID-19 în anul 2020 a fost Timiș (3.8‰), rate mici s-au înregistrat și în Mehedinți, Olt, Buzău, Satu-Mare.

Rata cea mai mare a mortalității prin COVID-19 în anul 2020 a fost înregistrată în județul Sibiu (151.3‰), rate mari au fost înregistrate și în Hunedoara, Bihor, Suceava, Brașov, Mureș. În 19 județe ratele mortalității au fost peste media pe România (77.5‰), iar în 23 de județe au fost sub medie.

În anul 2020, pe total țară, anii de viață potențial pierduți prin decese cauzate de COVID-19 au fost 187214.5.

Distribuția la nivelul județelor a anilor de viață potențial pierduți prin decese cauzate de COVID-19 este inegală. Cel mai mare număr de ani de viață pierduțiau fost în județele: M. București, Suceava, Brașov, Bihor, Sibiu, Prahova. În județele: Mehedinți, Timiș, Olt, Satu-Mare, Covasna, Tulcea, sunt cei mai puțini ani de viață potențial pierduți prin decese premature determinate de COVID-19.

Mortalitatea specifică prin BOLILE APARATULUI RESPIRATOR înregistrează un trend ascendent în perioada 2011-2020, crescând cu 41.2‰, de la 55.5‰ în 2011 la 96.7‰ în 2020. Creșteri mari prin aceste afecțiuni au fost înregistrate începând cu anul 2017 și au culminat cu anul 2020 când a fost înregistrată o creștere cu 16,8‰ față de 2019 (79.9‰). Cele mai numeroase decese prin bolile aparatului respirator (an 2020) aparțin grupei de vârstă 85+ ani (3637 decese), urmată de 80-84 ani (3427 decese) și 70-74 ani (2883 decese).

Mortalitatea prin boli ale aparatului respirator în anul 2020 pe total și gen, se poate observa că ratele de mortalitate la genul masculin 121.6‰ (13153 decese) sunt mai mari decât media pe țară 96.7‰ (21412 decese) și mult mai mari decât la genul feminin 72.9‰ (8529 decese). Din total decese prin boli ale aparatului respirator 61.4% au fost la genul masculin, iar 38,6% la genul feminin; la genul masculin au fost cu 4894 decese mai mult decât la genul feminin.

Mortalitatea prin boli ale aparatului respirator în anul 2020 pe total și medii, putem afirma că ratele de mortalitate la mediul rural 106.4‰ (10272 decese), sunt mult mai mari decât media pe țară 96.7‰ (21412 decese) și față de mediul urban 89.2‰ (11140 decese). Din total decese prin boli ale aparatului respirator 52.0% au fost produse în mediul urban, iar 48.0% în mediul rural; în mediul rural au fost 868 decese mai puține decât în mediul urban.

Distribuția în profil teritorial a mortalității prin boli ale aparatului respirator în anul 2020, nu este uniformă (rate calculate la populația standard a României). Județul cu cea mai mică rată a mortalității prin boli ale aparatului respirator în 2020 a fost Vâlcea (44.1‰), rate mici s-au înregistrat și în Gorj, Cluj, Teleorman, Suceava.

Rata cea mai mare a mortalității a fost înregistrată în județul Satu-Mare (219.4‰), rate mari au fost înregistrate și în Timiș, Prahova, Olt, Maramureș, Mureș. În 17 județe ratele mortalității au fost peste media pe România (96.7‰), iar în 25 de județe au fost sub medie.

Dacă analizăm datele privind ratele mortalității prin boli ale aparatului respirator în anul 2020 față de anul 2019, remarcăm creșteri ale mortalității prin boli ale aparatului respirator în județele: Satu-Mare, Timiș, Bistrița-Năsăud. Scăderi ale ratei mortalității prin boli ale aparatului respirator au fost în: Vâlcea, Gorj, Cluj, Teleorman, Suceava. Creșteri ale ratei mortalității în 2020 față de 2019 au fost în 33 județe, și în 9 județe rata a scăzut.

În anul 2020, pe total țară, anii de viață potențial pierduți prin decese cauzate de bolile aparatului respirator au fost 252274.9, mai mult cu 43184,3 decât în 2019, când au fost 209090.6 ani de viață potențial pierduți prin decese premature cauzate de boli ale aparatului respirator.

În Municipiul București și județele Prahova, Timiș, Constanța, Iași, Satu-Mare, Mureș, sunt cei mai mulți ani de viață pierduți în 2020. În județele Sălaj, Covasna, Gorj, Tulcea, Ialomița, Giurgiu, sunt cei mai puțini ani de viață potențial pierduți prin decese premature determinate de boli ale aparatului respirator.

Analiza datelor furnizate de Eurostat privind decesele prin afecțiuni respiratorii în jurul anului 2015, ne arată următoarele: România are valori ale ratelor de mortalitate prin afecțiuni respiratorii (86,3) sub media EU 28 (88,4); Marea Britanie are cea mai mare rată, urmată de Irlanda, Portugalia, Grecia, Danemarca, Belgia. Valori mult sub medie sunt în Finlanda, Letonia, Estonia, Lituania, Austria.

Mortalitatea specifică prin ALTE BOLI

Mortalitatea specifică prin alte boli are un trend ascendent în perioada 2011-2020, crescând cu 36,8‰, de la 64,3‰ în 2011 la 101,1‰ în 2020, în toată perioada crescând continuu mortalitatea prin **alte boli** în anul 2020 pe total și gen, putem afirma că ratele de mortalitate la genul masculin 109,2‰ (11810 decese), sunt mai mari decât media pe țară 101,1‰ (22395) și genul feminin 93,4‰ (10585 decese), care are rata mai mică decât media pe țară.

Din total decese prin alte boli 52.7% au fost la genul masculin, iar 47,3% la genul feminin; la genul masculin au fost cu 1225 decese mai mult decât la genul feminin.

Mortalitatea prin alte boli în anul 2020 pe total și medii, putem afirma că ratele de mortalitate în mediul rural 101,3‰ (9777 decese), sunt mai mari decât media pe țară 101,1‰ (22395 decese) și mediul urban 101,0‰ (12618 decese), care are rata sub media pe țară. Din total decese prin alte boli 56.3% au fost în mediul urban, iar 43,7% în mediul rural; în mediul rural au fost cu 2841 decese mai puține decât la mediul urban.

Județul cu cea mai mică rată a mortalității prin alte boli în 2020 a fost Mehedinți (50,0‰), rate mici s-au înregistrat și în Vâlcea, Olt, Sălaj, Teleorman, Hunedoara. Rata cea mai mare a mortalității a fost înregistrată în județul Călărași (188,6‰), rate mari au fost înregistrate și în Argeș, Iași, Timiș, Arad, Alba. În 21 de județe valorile mortalității au fost peste media pe România (101,1‰), iar în 21 de județe au fost valori sub medie.

Povara îmbolnăvirilor estimată prin DALY

Povara îmbolnăvirilor se măsoară prin ani de viață ajustați pentru dizabilitate, DALY (Disability Adjusted Life Years), care reprezintă suma anilor de viață pierduți prin decese premature și anilor trăiți cu dizabilitate cauzată de prezența bolii sau a accidentelor, ajustați pentru gravitatea bolii.

În anul 2019 cele 10 cauze de deces prematur și dizabilitate (DALYs) au fost reprezentate în ordine de boala ischemică cardiacă (5636,12 DALYs la 100 000 loc), accidentul vascular cerebral (2867,07 DALYs la 100 000 loc), durerile lombare (1544,89 DALYs la 100 000 loc), cancerul de trahee, bronhii și plămâni (1420,29 DALYs la 100 000 loc), hemoragia intracerebrală (1334,34 DALYs la 100 000 loc), hipertensiunea arterială (953,3 DALYs la 100 000 loc), căderi (945,24 DALYs la 100 000 loc), BPOC (884,71 DALYs la 100 000 loc), infecțiile respiratorii inferioare (871,72 DALYs la 100 000 loc) și diabetul zaharat tip II (860,97 DALYs la 100 000 loc).

Primii 10 factori de risc care contribuie la deces prematur și dizabilitate (DALYs/100 000 loc) în 2009, 2019 și modificarea procentuală în perioada 2009-2019, pentru toate grupele de vârstă. În anul 2019 cei 10 factori de risc au fost reprezentați în ordine de hipertensiunea arterială (8335,86 DALYs la 100 000 loc), fumat (5607,21 DALYs la 100 000 loc), IMC crescut (5354,28 DALYs la 100 000 loc), consumul de alcool (3486,09 DALYs la 100 000 loc), glicemia a jeun crescută (3054,16 DALYs la 100 000 loc), dieta cu conținut crescut de sodiu (2398,98 DALYs la 100 000 loc), poluarea mediului cu particule în suspensie

(1611,42 DALYs la 100 000 loc), disfuncția renală (1434,51 DALYs la 100 000 loc),) și dieta cu conținut scăzut în cereale integrale (1195,84 DALYs la 100 000 loc).

conform Raportului Național privind Starea de Sănătate a Populației României 2020, MS, INSP; CNERSS, coord. Dr. Maria Alexandra Cucu.

MORBIDITATEA

Morbiditatea reprezintă totalitatea îmbolnăvirilor cunoscute la un moment dat, sau într-o anumită perioadă, în cadrul unei populații dintr-un teritoriu bine delimitat, fie că acestea au fost depistate în perioada respectivă, la data îmbolnăvirii sau ulterior (chiar și la decese), sau depistarea a fost efectuată într-o perioadă anterioară dar boala există și în perioada prezentă și fie că îmbolnăvirea s-a rezolvat (vindecare, deces) sau nu în perioada la care ne referim.

Morbiditatea este influențată de totalitatea determinanților sănătății, ce conduc la creșterea valorii indicilor de morbiditate și implicit a valorii indicilor de mortalitate.

Morbiditatea generală se exprimă prin 2 indicatori: incidența și prevalența.

Incidența sau frecvența cazurilor noi de boală, cuprinde îmbolnăvirile depistate într-o anumită populație și pe o perioadă de timp bine definită. Evenimentul studiat este cazul nou de boală.

Prevalența morbidității (frecvența globală) cuprinde totalitatea bolilor care există într-o populație, fie la un anumit moment critic-ultima zi a trimestrului, semestrului, 9 luni, an, fie într-o anumită perioadă - trimestru, semestru, 9 luni, an. Prevalența se referă la toate îmbolnăvirile existente, indiferent de data depistării.

Incidența se referă la apariția bolii, în timp ce prevalența se referă la prezența bolii și măsoară ponderea sau povara acesteia în populație.

Morbiditatea spitalizată

Numărul cazurilor de bolnavi externați din spitale în perioada 2011-2020 variază între 4176287 în 2011 și 2147638 în 2020. Numărul cazurilor de bolnavi spitalizați a scăzut considerabil în anul 2020 comparativ cu anul 2011, cu 48,6% (2028649 cazuri bolnavi externați).

În perioada 2011 - 2020, numărul bolnavilor spitalizați scade continuu, cel mai mare număr fiind înregistrat în 2011 (singurul an al perioadei cu peste 4 milioane bolnavi externați) și cel mai mic în 2020 (anul pandemiei COVID 19, cu numeroase restricții privind internările în spitale).

Rata de morbiditate spitalizată a scăzut de la 20728,4 bolnavi externați la 100000 locuitori în 2011 la o rată de 11149,7 bolnavi externați la 100000 locuitori în 2020. În perioada 2011-2020 rata de morbiditate spitalizată oscilează între valoarea cea mai mare a intervalului, înregistrată în 2011 și cea mai mică în 2020.

Dinamica cazurilor de bolnavi externați și morbiditatea spitalizată pe gen. Cazurile de bolnavi externați pe gen, pentru genul feminin scad de la 2291267 (22153,8‰ femei) în 2011 la 1146489 (11659,1‰ femei) în 2020, pentru genul masculin scad de la 1885020 (19224,9‰ bărbați) în 2011 la 1001149 (10618,6‰ bărbați) în 2020. În toată perioada (2011-2020) se externează mult mai puțini bărbați comparativ cu femei.

Dinamica cazurilor de bolnavi externați și morbiditatea spitalizată pe medii. Cazurile de bolnavi externați pe medii în mediul urban scad de la 2373955 (21823,3‰ locuitori) în 2011 la 1133994 (10931,8‰ locuitori) în 2020, pentru mediul rural scad de la 1802332 (19443,6‰ locuitori) în 2011 la 1013644 (11404,2‰ locuitori) în 2020.

În toată perioada (2011-2020) se externează mult mai mulți bolnavi din mediul urban, însă ratele de morbiditate în ultimii ani (2015-2020) au fost asemănătoare între cele două medii.

Structura pe clase de boli în anul 2020 comparativ cu anul 2011 a cazurilor de bolnavi externați, este reprezentată în graficele următoare. În 2011 bolile aparatului circulator (reprezentând 13,8% din numărul total al îmbolnăvirilor) sunt pe primul loc, urmate de bolile aparatului respirator, bolile aparatului digestiv, tumori etc.

În 2020 cele mai frecvente spitalizări au fost prin bolile aparatului respirator 15,9%, urmate de bolile aparatului circulator, tumori, sarcina, nașterea și lăuzia etc.

PROFILUL PRINCIPALELOR BOLI ÎN POPULAȚIE

TUMORI MALIGNNE

Incidența prin tumori maligne

Numărul cazurilor noi de tumori maligne depistate în cabinetul de oncologie în perioada 2011- 2020 a scăzut de la 57117 (an 2011) la 52350 (an 2020), incidența cazurilor de tumori maligne în aceeași perioadă variind între 283,5‰ locuitori în 2011 și 271,8‰ locuitori în 2020 (an cu o scădere mai accentuată, în cotextul pandemiei COVID-19. În această perioadă 2011-2020, valorile incidenței prin tumori maligne oscilează ușor crescând din 2011 până în 2014, după care fluctuează ușor până în 2019 și scad mult în 2020 înregistrând cea mai mică valoare a cazurilor noi depistate și a ratei de incidență. De menționat că în anul 2020, anul pandemiei COVID – 19, au fost numeroase restricții și reglementări legislative.

Incidența prin tumori maligne, în anul 2020, este mult mai mare pentru genul masculin (304,5‰ locuitori) comparativ cu genul feminin (240,4‰ locuitori) și față de media pe total țară (271,8‰ locuitori).

Incidența prin tumori maligne, în anul 2020, este mult mai mare pentru mediul urban (276,4‰ locuitori) comparativ cu mediul rural (266,4‰ locuitori) și față de media pe total țară (271,8‰ locuitori).

Morbiditatea spitalizată prin tumori maligne

În anul 2020 au fost externați 161925 cazuri de bolnavi cu tumori maligne reprezentând o rată a morbidității spitalizate de 840,7‰ locuitori.

Analizând în dinamică morbiditatea spitalizată prin tumori maligne, pe perioada 2011 - 2020, se constată un trend descendent, o scădere de la 1461,2‰ locuitori în 2011 la 840,7‰ locuitori în 2020.

Cea mai mare rată a intervalului este în 2011, iar cea mai mică în 2020 (anul pandemiei COVID - 19, se constată o evoluție ușor oscilantă, cu mici variații în perioada 2011-2019, cu excepția anului 2020 când externările au scăzut mult fiind cauzate de pandemia COVID-19, când a fost o situație specială privind internările în spitale .

Conform raportării spitalelor, distribuția în profil teritorial a cazurilor externate cu tumora malignă, în anul 2020, nu este uniformă (rate calculate la populația standard a României). Județul cu cea mai mică rată a morbidității spitalizate în 2020 a fost Giurgiu (97,6‰ locuitori), rate mici s-au înregistrat și în Ilfov, Vrancea, Călărași, Teleorman.

Rata cea mai mare a morbidității spitalizate a fost înregistrată în județul Cluj (2360,2‰ locuitori), rate mari au fost înregistrate și în M.București, Iași, Harghita, Sibiu. În 9 județe rata morbidității spitalizate a fost peste media pe România (840,7‰ locuitori), iar în 33 județe a fost sub valoarea medie. Dacă analizăm datele privind ratele morbidității spitalizate prin tumora malignă în anul 2020 față de anul 2019, remarcăm scăderi ale ratei morbidității spitalizate în toate județele. Cele mai mici scăderi au fost în Vaslui, Tulcea, Buzău, etc, iar cele mai mari scăderi ale ratei morbidității spitalizate prin tumora malignă au fost în Cluj, București, Iași etc

Morbiditatea spitalizată prin tumori maligne în anul 2020, pe medii, este mai mare în mediul urban (883,8‰ locuitori) comparativ cu mediul rural (790,3‰ locuitori) și față de media pe total țară (840,7‰ locuitori). Morbiditatea spitalizată prin tumori maligne, în anul 2020, pe gen, este mult mai mare pentru genul masculin (916,3‰ locuitori) comparativ cu genul feminin (768,2‰ locuitori) și față de media pe total țară (840,7‰ locuitori).

Mortalitatea prin tumori maligne

În anul 2020 au fost înregistrate 49383 decese prin tumori maligne reprezentând o rată de mortalitate de 223,0‰ locuitori. Decesele prin tumori maligne în anul 2020, au o pondere de 99,2% din numărul total de decese prin tumori (49769) și 16,6% din numărul total de decese (297345).

Analizând în dinamică mortalitatea prin tumori maligne, în perioada 2011-2020, se constată un trend ușor ascendent, de la 213,8‰ locuitori în 2011 la 232,3‰ locuitori în 2017, după care scade la 223,0‰ locuitori în 2020.

Conform datelor INS, datele privind ratele mortalității prin tumori maligne în anul 2020 față de anul 2019, remarcăm creșteri ale ratei mortalității în județele: Constanța, Buzău, Arad, etc.. Cele mai mari scăderi ale ratei mortalității prin tumori maligne au fost în Satu-Mare, Mehedinți, Mureș etc. Creșteri ale ratei mortalității prin tumori maligne în 2020 față de 2019 au fost în 18 județe, în 24 județe au fost înregistrate scăderi.

Mortalitatea prin tumori maligne, în anul 2020, este mai mică în mediul rural (219,0‰ locuitori) comparativ cu mediul urban (226,2‰ locuitori) și față de media pe total țară (223,0‰ locuitori).

Mortalitatea prin tumori maligne, în anul 2020, este mai mică pentru genul feminin (180,2‰ locuitori) comparativ cu genul masculin (267,9‰ locuitori) și față de media pe total țară (223,0‰ locuitori).

TUMORA MALIGNĂ a BRONHIILOR și PULMONULUI

În anul 2020 au fost înregistrate 6567 cazuri noi de tumoră malignă a bronhiilor și pulmonului care au determinat o incidență prin tumoră malignă a bronhiilor și pulmonului de 34,1‰ locuitori, acestea reprezentând 12,5% din numărul total de cazuri de tumori (52350).

Analizând în dinamică incidența cazurilor noi de tumoră malignă a bronhiilor și pulmonului, înregistrată în cabinetele de oncologie în perioada 2011–2020, se constată un trend ușor descendent, o scădere a incidenței de la 39,7‰ locuitori în 2011, la 34,1‰ locuitori în 2020.

În perioada 2011-2020 ratele de incidență oscilează între valoarea cea mai mare înregistrată în 2015, de 43,4‰ locuitori și o valoare minimă din 2020, de 34,1‰ locuitori. Incidența prin tumoră malignă a bronhiilor și pulmonului, în anul 2020, este mai mare în mediul rural (35,5‰ locuitori) comparativ cu mediul urban (32,9‰ loc.) și față de media pe total țară (34,1‰ locuitori).

Incidența prin tumoră malignă a bronhiilor și pulmonului, în anul 2020, pe gen, este mult mai mare pentru genul masculin (53,2‰ locuitori) comparativ cu genul feminin (15,8‰ locuitori) și față de media pe total țară (34,1‰ locuitori).

Prevalența prin tumoră malignă a bronhiilor și pulmonului raportată de cabinetele de oncologie.

Conform raportărilor primite de la Direcțiile de Sănătate Publică Județene și a Municipiului București, bazate pe datele statistice transmise de către furnizorii de servicii (cabinetele de oncologie), în anul 2020 prevalența prin tumoră malignă a bronhiilor și pulmonului în evidență a fost de 160,8‰ locuitori, reprezentând un număr de 30971 cazuri de tumoră malignă a bronhiilor și pulmonului în evidență. Prevalența prin tumoră malignă a bronhiilor și pulmonului în perioada 2013-2020 a scăzut de la 173,3‰ locuitori în 2013 la 160,8‰ locuitori în 2020, având un trend descendent. Față de 2013, în 2020 rata de prevalență a scăzut cu 12,5‰ locuitori.

Morbiditatea spitalizată prin tumoră malignă a bronhiilor și pulmonului

În anul 2020 au fost externate 15523 cazuri de bolnavi cu tumoră malignă a bronhiilor și pulmonului reprezentând o rată a morbidității spitalizate de 80,6‰ locuitori. Cazurile externate de tumoră malignă a bronhiilor și pulmonului în anul 2020, au o pondere de 6,8% din numărul total de bolnavi externați cu tumori (227079).

Analizând în dinamică morbiditatea spitalizată prin tumoră malignă a bronhiilor și pulmonului, pe perioada 2011–2020, se constată un trend descendent, o scădere de la 167,3‰ locuitori în 2011 la 80,6‰ locuitori în 2020. Cea mai mare rată este în 2011, iar cea mai mică în 2020, în restul anilor valorile ratelor variază ușor de la un an la altul, menținându-se între cele două limite.

Conform raportării spitalelor, distribuția în profil teritorial a cazurilor externate cu tumoră malignă a bronhiilor și pulmonului, în anul 2020, nu este uniformă (rate calculate la populația standard a României).

Județul cu cea mai mică rată a morbidității spitalizate în 2020 a fost Giurgiu 15,6‰ locuitori, rate mici s-au înregistrat și în Brașov, Ilfov, Prahova, Covasna. Rata cea mai mare a morbidității spitalizate a fost înregistrată în București (179,0‰ locuitori), rate mari au fost înregistrate și în Iași, Brăila, Cluj Satu-Mare. În 16 județe rata morbidității spitalizate a fost peste media pe România (80,6‰ locuitori), iar în 26 județe a fost sub valoarea medie.

Dacă analizăm datele privind ratele morbidității spitalizate prin tumora malignă a bronhiilor și pulmonului în anul 2020 față de anul 2019, remarcăm creșteri ale ratei morbidității spitalizate în județul Suceava. În celelalte județe ratele au scăzut. Cele mai mari scăderi ale ratei morbidității spitalizate prin tumora malignă a bronhiilor și pulmonului au fost în Cluj, București, Sibiu.

Morbiditatea spitalizată prin tumora malignă a bronhiilor și pulmonului în anul 2020, este mai mare în mediul urban (80,7‰ locuitori) comparativ cu mediul rural (80,5‰ locuitori) și față de media pe total țară (80,6‰ locuitori).

Morbiditatea spitalizată prin tumora malignă a bronhiilor și pulmonului, în anul 2020, este mult mai mare pentru genul masculin (125,6‰ locuitori) comparativ cu genul feminin (37,5‰ locuitori) și față de media pe total țară (80,6‰ locuitori).

Mortalitatea prin tumora malignă a bronhiilor și pulmonului

În anul 2020 au fost înregistrate 9418 decese prin tumora malignă a bronhiilor și pulmonului reprezentând o rată de mortalitate de 42,5‰ locuitori. Decesele prin tumora malignă a bronhiilor și pulmonului în anul 2020, au o pondere de 18,9% din numărul total de decese prin tumori (49769) și 3,2% din numărul total de decese (297345).

Analizând în dinamică mortalitatea prin tumora malignă a bronhiilor și pulmonului, în perioada 2011-2020, se constată variații între o rată de 43,4‰ locuitori în 2011 și 42,5‰ locuitori în 2020. Cele mai mari valori ale ratei de mortalitate au fost în 2015 de 46,5‰ locuitori și o valoare minimă de 42,5‰ locuitori în 2020. În ceilalți ani valorile variază ușor de la un an la altul, însă trendul se menține ascendent.

Conform datelor INS, distribuția în profil teritorial a deceselor prin tumora malignă a bronhiilor și pulmonului, în anul 2020, nu este uniformă (rate calculate la populația standard a României). Județul cu cea mai mică rată a mortalității în 2020 a fost Vâlcea (23,9‰ locuitori), rate mici s-au înregistrat și în Maramureș, Sălaj, Bistrița-Năsăud, Vaslui, Suceava.

Rata cea mai mare a mortalității a fost înregistrată în județul Giurgiu (62,1‰ locuitori), rate mari au fost înregistrate și în Ilfov, Călărași, Ialomița, Timiș. În 17 județe rata mortalității a fost peste media pe România (42,5‰ locuitori), iar în 25 județe au fost sub valoarea medie.

Dacă analizăm datele privind ratele mortalității prin tumora malignă a bronhiilor și pulmonului în anul 2020 față de anul 2019, remarcăm creșteri ale ratei mortalității în județele: Tulcea, Bacău, Bistrița-Năsăud. Cele mai mari scăderi ale ratei mortalității prin tumora malignă a bronhiilor și pulmonului au fost în Brăila, Sibiu, Botoșani etc. Creșteri ale ratei mortalității prin tumora malignă a bronhiilor și pulmonului în 2020 față de 2019 au fost în 4 județe, în 28 județe au fost înregistrate scăderi.

Mortalitatea prin tumora malignă a bronhiilor și pulmonului, în anul 2020, este mai mare în mediul urban (43,4‰ locuitori) comparativ cu mediul rural (41,4‰ locuitori) și față de media pe total țară (42,5‰ locuitori).

Mortalitatea prin tumora malignă a bronhiilor și pulmonului, în anul 2020, este mult mai mare pentru genul masculin (64,7‰ locuitori) comparativ cu genul feminin (21,3‰ locuitori) și față de media pe total țară (42,5‰ locuitori).

BPOC

În anul 2020 au fost înregistrate 32683 cazuri noi de BPOC care au determinat o incidență prin BPOC de 169,7‰ locuitori, acestea reprezentând 0,8% din numărul total de cazuri noi de boli ale aparatului respirator (4126853).

Analiza în dinamică a incidenței cazurilor de BPOC, înregistrată în cabinetele medicilor de familie pe perioada 2011-2020, arată o creștere de la 140,3‰ locuitori în 2011, la 169,7‰ locuitori în 2020. Incidența prin BPOC în perioada studiată are un trend ascendent, variază de la un an la altul, valoarea cea mai mică a ratei în intervalul studiat a fost în anul 2012 (140,1‰ locuitori), iar valoarea cea mai mare în 2019 (216,6‰ locuitori). În restul anilor variază între valoarea cea mai mare și cea mai mică a intervalului.

Conform raportărilor cabinetelor de medicină de familie, distribuția în profil teritorial a cazurilor noi de BPOC, în anul 2020, nu este uniformă (rate calculate cu populația standard). Județul cu cea mai mică rată a incidenței în 2020 a fost Constanța (13,6‰ loc.), rate mici s-au înregistrat și în Bacău, Cluj, București, Ialomița, Dâmbovița.

Rata cea mai mare a incidenței a fost înregistrată în județul Hunedoara (463,8‰ loc.), rate mari au fost înregistrate și în Covasna, Sălaj, Mehedinți. În 22 de județe rata incidenței a fost peste media pe România (169,7‰ loc.), într-un județ egală, iar în 19 județe ratele incidenței au avut valori sub medie.

Dacă analizăm datele privind ratele incidenței prin BPOC în anul 2020 față de anul 2019, remarcăm creșteri ale ratei incidenței în județele: Bihor, Gorj, Dolj. Cele mai mari scăderi ale ratei incidenței prin BPOC au fost în Alba, Sălaj, Olt. Creșteri ale ratei incidenței în 2020 față de 2019 au fost în 8 județe și în 34 județe au fost scăderi.

Incidența prin BPOC, în anul 2020, *este mai mare în mediul rural* (179,7‰ locuitori) comparativ cu mediul urban (161,1‰ locuitori) și față de media pe total țară (169,7‰ locuitori).

Incidența prin BPOC, în anul 2020, *este mai mare pentru genul masculin* (189,0‰ locuitori) comparativ cu genul feminin (151,1‰ locuitori) și față de media pe total țară (169,7‰ locuitori).

Morbiditatea spitalizată prin BPOC

În anul 2020 au fost externați 29990 cazuri de bolnavi cu BPOC reprezentând o rată a morbidității spitalizate de 155,7‰ locuitori. Cazurile externate de BPOC în anul 2020, au o pondere de 8,8% din numărul total de bolnavi externați cu boli ale aparatului respirator (342527).

Analizând în dinamică morbiditatea spitalizată prin BPOC, pe perioada 2011–2020, se constată un trend descendent, o scădere de la 415,4‰ locuitori în 2011 la 155,7‰ locuitori în 2020. Cea mai mare rată este în 2011, iar cea mai mică în 2020, în restul anilor ratele variază ușor de la un an la altul, menținându-se între cele două limite. În 2020 au fost externați cu 53694 bolnavi cu BPOC mai puțin ca în 2011.

Conform raportării spitalelor, distribuția în profil teritorial a cazurilor externate cu BPOC, în anul 2020, nu este uniformă (rate calculate la populația standard a României). Județul cu cea mai mică rată a morbidității spitalizate în 2020 a fost Ilfov (7,7‰ locuitori), rate mici s-au înregistrat și în Bistrița-Năsăud, Mehedinți, Vrancea, Timiș.

Rata cea mai mare a morbidității spitalizate a fost înregistrată în județul Hunedoara (407,4‰ locuitori), rate mari au fost înregistrate și în Caraș-Severin, Sălaj, Teleorman, Maramureș. În 18 județe rata morbidității spitalizate a fost peste media pe România (155,7‰ locuitori), iar în 24 județe a fost sub valoarea medie.

Dacă analizăm datele privind ratele morbidității spitalizate prin BPOC în anul 2020 față de anul 2019, remarcăm scăderi ale ratei morbidității spitalizate în toate județele, cele mai mari scăderi au fost în Gorj, Vâlcea, Maramureș, etc. Cele mai mici scăderi ale ratei morbidității spitalizate prin BPOC au fost în Ilfov, Bistrița-Năsăud, Harghita etc.

Morbiditatea spitalizată prin BPOC în anul 2020, este mai mare în mediul rural (203,3‰ locuitori) comparativ cu mediul urban (114,9‰ locuitori) și față de media pe total țară (155,7‰ locuitori).

Morbiditatea spitalizată prin BPOC, în anul 2019, este mult mai mare pentru genul masculin (222,5‰ locuitori) comparativ cu genul feminin (91,7‰ locuitori) și față de media pe total țară (155,7‰ locuitori).

Mortalitatea prin BPOC

În anul 2020 au fost înregistrate 5030 decese prin BPOC, reprezentând o rată a mortalității de 22,7‰ locuitori. Decesele prin BPOC în anul 2020, au o pondere de 23,5% din numărul total de decese prin boli ale aparatului respirator (21412) și 1,7% din numărul total de decese (297345).

Analizând în dinamică mortalitatea prin BPOC, în perioada 2011–2020, se constată un trend ușor ascendent, de la 21,4‰ locuitori în 2011 la 22,7‰ locuitori în 2020. Cele mai mari valori ale ratei de mortalitate au fost în 2017 de 24,6‰ locuitori și o valoarea minimă de 20,8‰ locuitori în 2013. În ceilalți ani valorile variază ușor de la un an la altul, însă trendul se menține ușor ascendent

Conform datelor INS, distribuția în profil teritorial a deceselor prin BPOC, în anul 2020, nu este uniformă (rate calculate cu populația standard). Județul cu cea mai mică rată a mortalității în 2020 a fost Cluj (0,3‰ locuitori), rate mici s-au înregistrat și în Satu-Mare, Maramureș, București, Gorj. În Bistrița-Năsăud nu au fost cazuri.

Rata cea mai mare a mortalității a fost înregistrată în județul Galați (54,1 ‰ locuitori), rate mari au fost înregistrate și în Călărași, Buzău, Botoșani, Argeș. În 22 județe rata mortalității a fost peste media pe România (22,7‰ locuitori), într-un județ rata este egală și în 19 județe au fost sub valoarea medie.

Dacă analizăm datele privind ratele mortalității prin BPOC în anul 2020 față de anul 2019, remarcăm creșteri ale ratei mortalității în județele: Botoșani, Sibiu, Dolj, etc, iar cele mai mari scăderi scăderi în Teleorman, Buzău, Ilfov etc. Creșteri ale ratei mortalității prin BPOC în 2020 față de 2019 au fost în 27 județe, în 15 județe a fost înregistrate scăderi.

Mortalitatea prin BPOC, în anul 2020, este mai mare în mediul rural (31,0‰ locuitori) comparativ cu mediul urban (16,3‰ locuitori) și față de media pe total țară (22,7‰ locuitori).

Mortalitatea prin BPOC, în anul 2020, este mult mai mare pentru genul masculin (32,6‰ locuitori) comparativ cu genul feminin (13,2‰ locuitori) și față de media pe total țară (22,7‰ locuitori).

ASTMUL

În anul 2020 au fost înregistrate 24735 cazuri noi de astm bronșic care au determinat o rată a incidenței prin astm bronșic de 128,4‰ locuitori, acestea reprezentând 0,6% din numărul total de cazuri noi de boli ale aparatului respirator (4126853).

Analizând în dinamică incidența cazurilor de astm bronșic, înregistrată în cabinetele medicilor de familie pe perioada 2011–2020, se constată un trend ascendent, o creștere de la 116,9‰ locuitori în 2011 la 128,4‰ locuitori în 2020. Cea mai mică valoare a ratei de incidență a fost în 2011, iar cea mai mare în 2019 (116,9‰ locuitori), ratele variind în perioada 2011-2020 între cele două valori minimă și maximă.

Conform raportărilor cabinetelor de medicina de familie, distribuția în profil teritorial a cazurilor noi de astm bronșic, în anul 2020, nu este uniformă (rate calculate la populația standard).

Județul cu cea mai mică rată a incidenței în 2020 a fost Ialomița (9,3‰ locuitori), rate mici s-au înregistrat și în Bacău, Constanța, Vaslui, București.

Rata cea mai mare a incidenței a fost înregistrată în județul Botoșani (332,5‰ locuitori), rate mari au fost înregistrate și în Călărași, Hunedoara, Covasna, Maramureș. În 21 de județe rata incidenței a fost peste media pe România (128,4‰ locuitori), iar în 21 de județe au fost sub valoarea medie.

Dacă analizăm datele privind ratele incidenței prin astm bronșic în anul 2020 față de anul 2019, remarcăm creșteri ale ratei incidenței în județele: Bihor, Bistrița-Năsăud, Teleorman, etc.. Cele mai mari scăderi ale ratei incidenței prin astm bronșic au fost în Cluj, Alba, Caraș-Severin, etc. Creșteri ale ratei incidenței prin astm bronșic în 2020 față de 2019 au fost în 10 județe, și în 32 județe a fost scăderi. Incidența prin astm bronșic, în anul 2020, este mult mai mare în mediul urban (141,5‰ locuitori) comparativ cu mediul rural (113,1‰ locuitori) și față de media pe total țară (128,4‰ locuitori). Incidența prin astm bronșic, în anul 2020, este mult mai mare pentru genul feminin (144,0‰ locuitori) comparativ cu genul masculin (112,1‰ locuitori) și față de media pe total țară (174,1‰ locuitori).

Morbiditatea spitalizată prin Astm

În anul 2020 au fost externați 4208 cazuri de bolnavi cu astm reprezentând o rată a morbidității spitalizate de 21,8‰ locuitori. Cazurile externate de astm în anul 2020, au o pondere de 1,2% din numărul total de bolnavi externați cu boli ale aparatului respirator (342527).

Analizând în dinamică morbiditatea spitalizată prin astm, pe perioada 2011-2020, se constată un trend descendent, o scădere de la 90,2‰ locuitori în 2011 la 21,8‰ locuitori în 2020.

Cea mai mare rată este în 2011, iar cea mai mică în 2020, în restul anilor valorile ratelor variază ușor de la un an la altul, menținându-se între cele două limite.

Conform raportării spitalelor, distribuția în profil teritorial a cazurilor externate cu astm, în anul 2020, nu este uniformă (rate calculate cu populația standard). Județul cu cea mai mică rată a morbidității spitalizate în 2020 a fost Ilfov (0,9‰ locuitori), rate mici s-au înregistrat și în Bistrița-Năsăud), Olt, Buzău, Mehedinți, Tulcea. Rata cea mai mare a morbidității spitalizate a fost înregistrată în județul Hunedoara, Cluj, Gorj, Maramureș, Caraș-Severin. În 11 județe rata morbidității spitalizate a fost peste media pe România (21,8‰ locuitori), iar în 31 județe a fost sub valoarea medie.

Analizând datele privind ratele morbidității spitalizate prin astm în anul 2020 față de anul 2019, remarcăm creșteri ale ratei morbidității spitalizate în județele: Covasna și Vrancea. În restul județelor (40) sunt scăderi. Cele mai mari scăderi ale ratei morbidității spitalizate prin astm au fost în Maramureș, Hunedoara, Gorj.

Morbiditatea spitalizată prin astm în anul 2020, este mai mare în mediul rural (22,3‰ locuitori) comparativ cu mediul urban (21,4‰ locuitori) și față de media pe total țară (21,8‰ locuitori).

Morbiditatea spitalizată prin astm, în anul 2020, este mult mai mare pentru genul feminin(27,2‰00 locuitori) comparativ cu genul masculin (16,2‰00 locuitori) și față de media pe total țară (21,8‰00 locuitori).

Mortalitatea prin Astm

În anul 2020 au fost înregistrate 281 decese prin astm reprezentând o rată a mortalitate de 1,3‰00 locuitori. Decesele prin astm în anul 2020, au o pondere de 1,3% din numărul total de decese prin boli ale aparatului respirator (21412) și 0,1% din numărul total de decese(297345).

Analizând în dinamică mortalitatea prin astm, în perioada 2011-2020, se constată un trend ușor descendent, de la 1,2‰00 locuitori în 2011 la 0,9‰00 locuitori în 2019, dar cu o creștere în 2020 la 1,3‰00 locuitori. Cele mai mari valori ale ratei de mortalitate au fost în 2020 și valoarea minimă de 0,8‰00 locuitori în 2018. În ceilalți ani valorile variază ușor de la un an la altul, însă trendul, cu excepția anului 2020, se menține descendent.

Conform datelor INS, distribuția în profil teritorial a deceselor prin astm, în anul 2020, nu este uniformă (rate calculate cu populația standard). Județul cu cea mai mică rată a mortalității în 2020 a fost Prahova (0,1‰00 locuitori), rate mici s-au înregistrat și în Cluj, Brașov, Dâmbovița Rata cea mai mare a mortalității a fost înregistrată în județul Mureș (7,5‰00 locuitori), rate mari au fost înregistrate și în Argeș, Timiș, Arad, Neamț.

În 15 județe rata mortalității a fost peste media pe România (1,3‰00 locuitori), într-un județ a fost aceeași valoare medie cu țara, în 21 județe au fost sub valoarea medie, iar în 6 județe nu au fost decese.

Dacă analizăm datele privind ratele mortalității prin astm în anul 2020 față de anul 2019, remarcăm creșteri ale ratei mortalității în județele: Mureș, Argeș, Neamț, etc. Cele mai mari scăderi ale ratei mortalității prin astm au fost în Sălaj, Ialomița, Dâmbovița, etc. Creșteri ale ratei mortalității prin astm în 2020 față de 2019 au fost în 24 județe, în 9 județe a fost înregistrate scăderi și în 9 nu au fost modificări.

Mortalitatea prin astm, în anul 2020, este mai mare în mediul rural (1,8‰00 locuitori) comparativ cu mediul urban (0,9‰00 locuitori) și față de media pe total țară (1,3‰00 locuitori).

Mortalitatea prin astm, în anul 2020, este mult mai mare pentru genul feminin (1,4‰00 locuitori) comparativ cu genul masculin (1,1‰00 locuitori) și față de media pe total țară (1,3‰00 locuitori).

ANALIZA MORBIDITĂȚII MIGRANTE:

	Cauze	Analiză
1	Spitalul nu reușește să preia în timp util întreaga adresabilitate datorită lipsei personalului – medici specialist, radiolog (ex. liste de așteptare lungi pentru consultații /spitalizări de zi/ continue)	Analiza listelor de așteptare la programare
2	Pacienți internați în Spital, care suferă acutizări ale comorbidităților/complicații pe timpul spitalizării și necesită îngrijiri în alte unități sanitare de profil, (unitatea noastră sanitară fiind categoria V)	Număr de pacienți transferați /motiv transfer/ locuri transfer Numărul de acorduri de colaborare cu alte unități sanitare Număr de întâlniri /număr de cazuri analizate
3	Pacienți evaluați în Spital, dar care necesită continuarea evaluării prin tehnici indisponibile în spital dar disponibile la nivel național (ex tehnici de înaltă rezoluție, care necesită investiții financiare importante, disponibile de obicei unităților sanitare private)	Decontări investigații în alte unități sanitare pe parcursul internării Propuneri dotări suplimentare (aparatură/ reactivi). Achiziții aparatură/ reactivi
4	Pacienți evaluați în Spital dar care necesită continuarea evaluării și/sau terapie specifică în străinătate deoarece mijloacele diagnostice și terapeutice nu sunt disponibile /aprobat la nivel național	Număr pacienți îndrumați pentru străinătate.

ESTIMAREA MORBIDITATII MIGRANTE

Morbiditate Migranta din Spitalul de Pneumoftiziologie Floresti- la 31.12.2022:

Numar pacienti internati din alte judete: **122 – 12.6% din totalul internarilor**

Numar pacienti externati: **971**

Număr de pacienți transferați din spital catre alte spitale/motiv transfer/locuri transfer: **17**

Număr de pacienți transferați de la alte spitale catre spital /motiv transfer/locuri transfer: **7**

Cazuri internate din alte judete: **122** din care pacienti care provin din mediu rural: **54 (44.26%)**

Pacienti tratati in Ambulatoriu: **1079**

Pacienti cu trimitere din Ambulatoriul spitalului catre alte unitati medicale: **464**

Numar decese: **9**

Numărul de acorduri de colaborare cu alte unități sanitare: **2**

Număr de întâlniri/număr de cazuri analizate: **17 / 17**

Număr pacienți îndrumați pentru străinătate: **0**

Morbiditatea migranta estimata pentru 2023 - se calculeaza prin diferenta intre numarul de externari din ultimul an calendaristic incheiat (2022) si media aritmetica simpla a numarului de externari din ultimii 3 ani (2020- 2022) calendaristici incheiati.

Interpretare rezultat:

- daca rezultatul este *pozitiv*, atunci inseamna ca va creste numarul de pacienti deserviti.
- daca rezultatul este *negativ*, atunci inseamna ca va scadea numarul de pacienți deserviti, deci vorbim de **Morbiditate migranta**.

Estimarea morbiditatii migrante pentru anul 2023:

Spitalizare Continua:

Nr pacienti externati in 2020: **1.120**

Nr pacienti externati in 2021: **945**

Nr pacienti externati in 2022: **971**

Media aritmetica anii 2020-2022 = **1.012** pacienti externati

- **Morbiditatea migranta estimata pentru anul 2023:**

$(1012 + 945 + 971)/3 = 1.012$ pacienti externati

Rezultat negativ (971 - 1.012 = - 41), se estimeaza **scaderea numarului de pacienti deserviti**, a numarului de externari fata de anul 2022), deci **vom avea morbiditate migranta**.

- Privitor la **morbiditate migranta a pacientilor care se adreseaza altor unitati sanitare**: se aproximeaza cresterea acestora cu un procent de 1,04% fata de anul 2022, pe principalele categorii de diagnostic- primele 10 grupe DRG cazuri externate si validate spitalizare continua cronici si acuti.

Spitalizarea de ZI –

Nr pacienti externati in 2020: **332**

Nr pacienti externati in 2021: **547**

Nr pacienti externati in 2022: **593**

Media aritmetica anii 2020-2022 = **491** pacienti externati

- **Morbiditatea migranta estimata pentru anul 2023:**

$(332 + 547 + 593) / 3 = 491$ pacienti externati

Rezultat pozitiv (593- 491 = 102), se estimeaza **cresterea numarului de pacienti deserviti** (un trend pozitiv, de crestere a numarului de externari fata de anul 2022).

Se estimeaza o scadere de 8,27 % a pacientilor care se adreseaza altor unitati sanitare din alte judete – pe primele 10 grupe DRG - din Lista serviciilor contractate.

În urma analizei *evolutivei morbidității populației deservite în ultimii 3 ani și morbiditatea tratată efectiv în spital* – rezulta că spitalul a dispus de resurse umane și materiale în ultimii 3 ani, nevoia de îngrijire a populației deservite a corespuns cu nivelul de clasificare a spitalului.

Cu dotările și personalul pe care îl deține, spitalul a reușit rezolvarea cazurilor internate, astfel încât numărul de transferuri ale pacienților către alte spitale de rang superior a fost de 0,01%.

PRICIPALII COMPETITORI PE PIATA DE SANATATE DIN ZONA ACOPERITA

Conform statisticii la nivel de DSP Prahova, la nivel de județ, există 4 spitale care au în structură secții de Pneumologie, cu un total de 338 paturi, repartizate astfel:

- Spitalul de Boli Pulmonare Breaza: 70 paturi
- Spitalul Județean de Urgență Ploiești: 30 paturi – secție de pneumologie
- Spitalul de Pneumoftiziologie Drăjnea: 94 paturi
- Spitalul de Pneumoftiziologie Florești: 144 paturi

B. Structura organizatorică:

Spitalul de Pneumoftiziologie Florești funcționează după o structură organizatorică aprobată prin Hotărârea Consiliului Primăriei Florești nr. 30/13.06.2023, cu activități de asistență spitalicească, activități de asistență medicală spitalicească, alte activități referitoare la sănătatea umană.

Spitalul de Pneumoftiziologie Florești este în relații contractuale cu CAS Prahova.

În raport cu obiectul său de activitate, spitalul asigură pentru populația deservită, în principal, următoarele *servicii medicale*:

- prevenirea, investigarea, diagnosticarea și tratamentul cazurilor acute, subacute și cronice din patologia pulmonară și pulmonară TBC.
- efectuarea consultațiilor, investigațiilor necesare stabilirii diagnosticului de boală și a complicațiilor asociate, efectuarea tratamentelor și a altor îngrijiri medicale pentru bolnavii spitalizați / ambulatori;
- educația sanitară a bolnavilor internați sau asistați în ambulatoriu;
- recuperarea respiratorie a bolnavilor.

Structura aprobată a spitalului este următoarea:

- 144 paturi de spitalizare **Continuă** organizate în 2 secții de Pneumologie:

secția Pneumologie I – 72 paturi, din care:

- Pneumologie TBC – 35 paturi
- Pneumologie TBC și MDR – 9 paturi
- Pneumologie acute – 6 paturi
- Comp. Medicina fizică și Reabilitare Respiratorie – 22 paturi

secția Pneumologie II – 72 paturi, din care:

- Pneumologie TBC – 36 paturi
- Pneumologie cronice – 36 paturi

- **Structura de spitalizare de Zi** – 6 paturi

- **Ambulatoriu integrat în specialitatea pneumologie:** 1 cabinet.

- **Laborator analize medicale**

- **Radiologie**

- **Farmacie cu circuit închis**

- **Comp. Explorări funcționale (EKG, Spirometrie)**

- **Compartimentul de Prevenire a Infecțiilor Asociate Activității Medicale**

- **Compartiment Statistică și Informatică medicală**

- **Aparat funcțional**

- Compartiment de Resurse Umane, Normare, Organizare și Salarizare (R.U.N.O.S)
- Biroul Financiar – Contabil
- Compartiment Management al Calității Serviciilor de Sănătate

- Serv. Administrativ, Aprovizionare, Transport
- Compartiment Achiziții Publice

1. Resurse umane - Indicatori de structură ai resurselor umane

Situația personalului medical la 31.12.2022

Nr.crt.	Categoria de personal	Nr. posturi aprobate în statul de funcții	Nr. posturi ocupate	Nr. posturi vacante
1	Medici	10	4	6
2	Alt personal sanitar cu studii superioare	1	1	0
3	Personal sanitar mediu/ asistenți medicali cu studii superioare (inclusiv registratori medicali)	50	47	3
4	Personal sanitar aux. (infirmiere, ingrijitoare, brancardieri)	29	27	2
5	Aparat administrativ	15	13	2
6	Comitet Director	3	3	0
7	Muncitori + Bloc alimentar	19	18	1
	TOTAL	127	113	14

Categorie de indicator	DENUMIRE INDICATOR	2020	2021	2022
Indicatori de management ai resurselor umane	Proportia medicilor din totalul personalului	4.46%	5.17%	3.15%
	Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului	72,32%	66.38%	58.27%
	Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical	0.89%	0.86%	0.79%

2. Resurse financiare - Indicatori economico - financiari

Categorie de indicator	DENUMIRE INDICATOR	2020	2021	2022
C. Indicatori economico-financiari	Execuția bugetară față de bugetul de cheltuieli aprobat;	96,63 %	94,46 %	95,23 %
	Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului;	83,74 %	84,01 %	83,38 %
	Procentul cheltuielilor de personal din totalul sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru serviciile medicale furnizate, precum și din sumele asigurate din bugetul MS cu această destinație;	83,90 %	84,08 %	83,43 %
	Procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului;	1,51 %	2,21 %	2,15 %
	Costul mediu pe zi de spitalizare	635,16 lei	692,98 lei	808,53 %
	Procentul veniturilor proprii* din totalul veniturilor spitalului	4,63 %	4,51 %	5,51 %

*sintagma "venituri proprii" înseamnă în cazul acestui indicator, toate veniturile obținute de spital, exclusiv cele obținute în contractul cu casa de asigurări de sănătate).

3. Activitatea clinică

Conform tabelului de mai jos, se observa ca teritoriul de deservire al populatiei este preponderent din judetul Prahova (84,73%).

3.1 DISTRIBUȚIA GEOGRAFICĂ A ACTIVITĂȚII SPITALULUI

Judetul de proveniență	Nr. cazuri 2020	%	Nr. cazuri 2021	%	Nr. cazuri 2022	%
PRAHOVA	949	84.73%	804	85.1%	849	87.4%
ALTE JUDETE	171	15.27%	141	14.9%	122	12.6%
TOTAL	1120		945		971	

3.2 DISTRIBUȚIA ACTIVITĂȚII CLINICE PE TIP DE SECȚII

Secția	% cazuri spitaliz. continua din total cazuri 2020	% cazuri spitaliz. De zi din total cazuri 2020	% cazuri spitaliz. continua din total cazuri 2021	% cazuri spitaliz. de zi din total cazuri 2021	% cazuri spitaliz. continua din total cazuri 2022	% cazuri spitaliz. de zi din total cazuri 2022
Secția Pneumologie I	303; 20.87%	0	233; 15.61%	0	205; 13.11%	0
Secția Pneumologie II	817; 56.27%	0	712; 47.72%	0	766; 48.98%	0
Spitalizare Zi	0	332; 22.86%	0	547; 36.67%	0	593; 37.91%

3.3 DISTRIBUȚIA ACTIVITĂȚII CLINICE

TIP DE ÎNGRIJIRE	Număr Cazuri Externate		
	PROCENT DIN TOTAL CAZURI %		
	2020	2021	2022
Acuți	152 13.6%	134 14.2%	149 15.3%
Cronici	968 86.2%	811 85.8%	822 84.7%

4. MORBIDITATE SPITALIZATĂ - *Principalele categorii majore de diagnostic in spital*

Nr. crt	Cod diagnostic	Categoria majora de diagnostic	Nr. cazuri		
			2020	2021	2022
ACUTI					
1	J12.8	Alte pneumonii virale	1	0	0
2	J 15.9	Pneumonie bacteriana nespecifica	38	10	12
3	J 18.0	Bronhopneumonie, nespecificata	3	1	8
4	J22	Infectii acute ale cailor respiratorii inferioare nespecificate	38	56	54
5	J41.1	Bronsita cronica mucopurulenta	2	0	3
6	J41.8	Bronsita cronica mixta simpla si mucopurulenta	8	11	10
7	J42	Bronsita cronica nespecificata	2	0	0
8	J44.8	Alte boli pulmonare obstructive cronice specificate	36	30	35

9	J45.8	Astmul asociat	3	1	1
10	J 45.9	Astmul nespecificat	1	4	7
11	J 84.1	Alte boli pulmonare interstiiale cu fibroza	1	0	0
12	J 85.1	Abcesul pulmonary cu pneumopatie	5	4	11
13	J 86.0	Piotorax cu fistula	1	1	0
14	J 86.9	Piotorax fara fistula	0	2	0
15	J 90	Revarsare pleural, neclasificata altundeva	12	13	7
16	J 96.0	Insuficienta respiratorie acuta	0	1	0
17	J 96.1	Insuficienta respiratorie cronica	0	0	1
18	R 04.2	Hemoptizie	2	0	0
		Total	153	134	149
		CRONICI			
1	A 15.0	TBC pulmonar, confirmata prin examen bk microscopic	230	202	122
2	A 15.1	TBC pulmonar, confirmata numai prin culturi	20	31	23
3	A 15.4	TBC ganglionar, limfatici intratoracici confirmati bk	1	0	0
4	A 15.6	Pleurezia TBC, confirmata bk	3	2	0
5	A 16.0	TBC pulmonar, negative bk	30	14	12
6	A 16.1	TBC pulmonar fara investigatii bacteriologice	0	0	1
7	A 16.5	Pleurezia TBC, fara confirmare bacteriologica	7	2	10
8	A 17.0	Meningita TBC	0	2	0
9	A 18.3	TBC intestine, peritoneu, si ganglionilor mezenterici	1	0	0
10	J 12.8	Alte pneumonii virale	1	0	0
11	J15.0	Pneumonia cu Klebsiella	1	0	0
12	J 15.9	Pneumonia bacteriana nespecificata	24	12	12
13	J 18.0	Bronhopneumonie, nespecificata	2	2	7
14	J 22	Infectii acute ale cailor respiratorii inferioare	17	1	1
15	J 41.0	Bronsita cronica simpla	2	0	1
16	J 41.1	Bronsita cronica mucopurulenta	36	35	50
17	J 41.8	Bronsita cronica mixta simpla si mucopurulenta	66	60	76
18	J 42	Bronsita cronica nespecificata	2	0	0
19	J 44.1	Boala pulmonara obstructiva cronica cu exacerbare acuta	0	0	2
20	J 44.8	Alte boli pulmonare obstructive cronice nespecificate	425	377	419
21	J 45.1	Astmul nonalergic	4	1	1
22	J 45.8	Astmul asociat	35	15	30
23	J 45.9	Astm, nespecificat	20	20	28
24	J 84.1	Alte boli pulmonare interstitial cu fibroza	2	0	0
25	J 84.8	Alte boli pulmonare interstitial specificate	0	1	0
26	J 85.0	Gangrena si necroza pulmonara	0	1	0
27	J 85.1	Abcesul pulmonary cu pneumopatie	10	10	10
28	J 85.2	Abcesul pulmonary fara pneumopatie	1	1	1
29	J 86.0	Piotorax cu fistula	2	2	0
30	J 86.9	Piotorax fara fistula	1	0	3
31	J 90	Revarsare pleural, neclasificata altundeva	24	20	13
		Total	967	811	822

5. UTILIZAREA SERVICIILOR

Categorie de indicator	DENUMIRE INDICATOR	2020	2021	2022
B. Indicatori de utilizare a serviciilor	Numarul de pacienți externati total	1452	1492	1564
	Durata medie de spitalizare - pe spital	21.8%	20.89%	17.63%
	Rata de utilizare a paturilor pe spital (%)	48.56%	39.18%	36.58%
	Indicele de complexitate al cazurilor pe spital	0.9694	0.8280	0.9082
	Proportia urgențelor din totalul bolnavilor internati, pe spital	33.75%	27.79%	20.33%
	Proportia bolnavilor internati cu bilet de trimitere din totalul bolnavilor internati, pe spital	61.31%	73.93%	73.61%
	Proportia serviciilor medicale spitalicesti acordate prin spitalizare de zi din totalul serviciilor medicale spitalicesti acordate, pe spital	22.87%	36.66%	37.92%

6. CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE

Categorie de indicator	DENUMIRE INDICATOR	2020	2021	2022
D. Indicatori decalitate	Rata mortalitatii intraspitalicesti pe spital	1.79%	2.54%	0.93%
	Rata infectiilor asociate asistentei medicale	0.89%	1.16%	0.82%
	Indice de concordanta intre diagnosticul la internare si diagnosticul la externare	92.5%	92.59%	94.75%
	Procentul pacientilor internati si transferati catre alte spitale	4.76%	4.4%	1.75%
	Numar reclamatii / plangeri pacienti	0	0	0

C. ANALIZA SWOT

ANALIZA MEDIULUI INTERN

<ul style="list-style-type: none"> - Certificat de Acreditare ANMCS nr. 339/14.07.02.2017 - valabil pana la 19.07.2021 - Autorizatia Sanitara de functionare Nr. 158 din 14.06.2023 - Certificare a sistemului de management conform standardului SR EN ISO 9001:2015 - Structura aprobată a spitalului cuprinde unități suficiente pentru funcționarea spitalului conform categoriei de competenta; - Pregătirea profesională continuă a personalului medical si nemedical; - Spitalul deservește pacienți din judetul Prahova si judetele limitrofe (Buzau, Dâmbovița, Ialomița, Ilfov, cât și județele Galați, Vrancea, Brăila, Constanța și București. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prezenta arieratelor; - Lipsa personal medical: medici specialisti, infectionist, radiolog, epidemiolog - Clădire veche care necesită cheltuieli mari cu încălzirea, cu mentenanța la utilități; - Clădiri vechi, o cladire de patrimoniu cultural, cu spațiu limitat, dificil de adaptat circuitelor medicale; - Spitalul este pavilionar - nu asigura accesul rapid intre diversele servicii fara expunere la intemperii si riscuri de transport al bolnavilor; - Lipsa climatizare aer conditionat, mobilier invechit, in saloane si rezerve pacienti
--	---

ANALIZA MEDIULUI EXTERN

În exercitarea atribuțiilor sale, *Spitalul de Pneumoftiziologie Florești* colaborează cu autoritățile administrației publice locale, cu instituții publice de specialitate din țară, cu organizațiile profesionale (Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Ordinul Asistenților Medicali și Moșelor din România), cu asociațiile legal constituite ale pacienților și cu publicul larg care accesează serviciile spitalului.

<ul style="list-style-type: none">- Extinderea paletelor de servicii prestate către populație în concordanță cu nevoile de îngrijire a pacienților, ca urmare a identificării comorbidităților acestora și totodată în concordanță cu cererea pe piața de servicii medicale;- Accesarea de fonduri europene nerambursabile, necesare pentru dezvoltarea infrastructurii;- Continuarea Participării spitalului la Programul național de supraveghere și control al Tuberculozei, cu potențial de creștere a numărului de pacienți incluși în acestea;- Atragerea de sponsori;- Reacreditarea spitalului de către ANMCS într-o categorie superioară de acreditare	<ul style="list-style-type: none">- Diminuarea veniturilor spitalului prin restrângerea numărului de paturi și scăderea adresabilității- Creșterea continuă a tarifelor la utilități, a prețurilor la medicamente și materiale sanitare- Neconcordanță între plata serviciilor și costurile reale ale acestora.- Subfinanțarea datorată lipsei fondurilor alocate sănătății la nivel național;- Nedecontarea cazurilor de bolnavi spitalizați peste nivelul contractat- Instabilitatea legislativă și financiară;- Legislația privind achizițiile publice, care îngreunează nevoile speciale cu caracter de urgență, a serviciilor medicale spitalicești;- Scăderea veniturilor populației care se adresează spitalului.
---	---

D. IDENTIFICAREA PROBLEMELOR CRITICE

Analizând principalii indicatori cât și celelalte date prezentate anterior, pe baza analizei SWOT și a criteriilor de importanță a problemelor, a gradului de afectare a performanțelor spitalului, a cauzelor și a consecințelor pe care le implică, a posibilităților de intervenție și de rezolvare în termen, a impactului acestora asupra modului de îndeplinire în prezent și în viitor a misiunii spitalului, s-au identificat câteva *probleme critice*.

PROBLEME CRITICE ale spitalului, IDENTIFICATE:

1. **Buget insuficient**, prin scăderea numărului de pacienți externati și a numărului de paturi pe care se contractează serviciile de spitalizare continuă, și creșterea cheltuielilor de întreținere (utilități, reparații);
2. **Scăderea adresabilității** - numărul de internări s-a diminuat datorită lipsei dotării cu aparatură, a lipsei medicilor pe specialități medicale și problemelor financiare - fapt care a condus la scăderea veniturilor spitalului.
3. **Deficitul de medici** pe anumite specialități: radiolog, infecționist, epidemiolog, biolog/biochimist
4. **Cheltuieli de personal mari**- 83,43% din ponderea cheltuielilor de personal din finanțare conform contractelor încheiate cu C.A.S. Prahova pentru anul 2023;
5. **Calitatea în scădere a serviciilor medicale**, prin gama redusă de servicii medicale oferite și medici specializati insuficienti.
6. **Invalidarea unor servicii medicale contractate cu CAS-PH** conduce la scăderea veniturilor spitalului.
7. **Subfinanțarea serviciilor medicale** prin creșterea costurilor materialelor sanitare și a medicamentelor.

8. **Cladirile spitalului necesită lucrari de renovare și consolidare**, dependente de finanțarea autorității locale (unele pavilioane sunt cladiri de Patrimoniu)
9. **Posibilitatea apariției unor Evenimente adverse** asociate asistenței medicale(E.A.A.M.) care pot pune în pericol siguranța pacienților
10. Spitalul nu are o **strategie de promovare a serviciilor medicale** proprii care sa-i asigure o adresabilitate mai buna
11. Datorita conditiilor legale limitate, **Spitalul nu poate avea o strategie de personal** care pe baza evaluarilor, să stimuleze și să recompenseze performanța angajaților.

SELECȚIONAREA PROBLEMELOR PRIORITARE, motivarea alegerii făcute

Problemele prioritare identificate le reprezintă **siguranța și satisfacția pacientului** pe perioada contactului cu serviciile medicale acordate prin structurile de ambulatoriu, spitalizare continuă și spitalizare de zi, oferite în cadrul spitalului.

Creșterea calității seviceiilor medicale și hoteliere furnizate pacienților este strâns legată de siguranța și satisfacția pacienților. Satisfacția și siguranța pacienților reprezintă componente importante ale calității serviciilor medicale oferite de spital. Acestea se află în stransă legatură cu politica financiară, insatisfacția pacientului generează adresabilitate scazută și implicit finanțare redusă în timp ce creșterea gradului de satisfacție a pacientului poate contribui la fidelizarea acestuia, creșterea adresabilității și a veniturilor spitalului.

Pentru a defini calitatea îngrijirilor medicale este necesară enumerarea elementelor implicate în obținerea **satisfacției pacientului**:

- *Latura tehnică a îngrijirilor de sănătate* – se referă la acuratețea procesului de diagnostic și de tratament, iar calitatea sa este evaluată prin comparație cu cel mai bun act medical practicat la un moment dat;
- *Latura interpersonală a îngrijirilor de sănătate* – este reprezentată de elementele umaniste ale îngrijirilor de sănătate și de relațiile sociale și psihologice stabilite între pacient și furnizorul de servicii medicale, precum și explicațiile cu privire la boală și tratament și informațiile primite de furnizor de la pacientul său;
- *Accesibilitatea* – se referă la timpul de așteptare al pacientului pentru a face o programare – cronici;
- *Disponibilitatea resurselor pentru îngrijirile de sănătate* – numărul furnizorilor de îngrijiri de sănătate;
- *Continuitatea îngrijirilor de sănătate* – contribuie la obținerea unui beneficiu maxim sau a unei utilizări maxime a resurselor.

Siguranța pacientului reprezintă libertatea de a nu fi supus vătămării inutile sau potențiale asociate cu asistența medicală.

În conformitate cu tendințele europene și nu numai, în țara noastră s-a introdus, prin ordinul 639/2016 a președintelui A.N.M.C.S., Monitorizarea evenimentelor adverse/santinelă/near-miss.

Monitorizarea acestora presupune raportarea de către unitatea sanitară și colectarea de către A.N.M.C.S., fără caracter acuzator, în vederea învățării din erori, a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale.

Raportarea acestor evenimente este obligatoriu a fi făcută de către unitățile sanitare în maximum 24 ore de la apariția lor și trebuie urmată, în maximum 30 zile de la raportare, de un raport de analiză a cauzelor care au dus la apariția evenimentului și a măsurilor identificate pentru prevenirea repetării. Neraportarea acestor informații în termenele și în modalitățile prevăzute în prezenta metodologie, poate atrage declanșarea unei vizite de monitorizare.

Pentru indentificarea acestor tipuri de evenimente se definesc următorii termeni:

Eveniment advers

-eveniment considerat prevenibil, care reprezintă afectarea neintenționată și nedorită a sănătății, rănirea, îmbolnăvirea, dizabilitatea temporară sau permanentă sau chiar moartea pacientului, asociată asistenței medicale;

Eveniment santinelă

-eveniment catastrofic soldat cu decesul sau invaliditatea permanentă a pacientului sau necesită o perioadă lungă de recuperare post-eveniment, care reflectă grave disfuncționalități la nivelul unității sanitare și care necesită analiză și măsuri imediate;

Eveniment pre-santinelă

-eveniment care în absența unei intervenții prompte și adecvate ar fi putut duce la decesul sau invaliditatea pacientului, care nu are efecte ce necesită măsuri speciale de recuperare, care reflectă grave disfuncționalități la nivelul unității sanitare și care necesită analiză și măsuri imediate;

Accident

-eveniment care a produs prejudicii tratabile pacientului și pentru a cărui rezolvare a fost necesară o intervenție suplimentară asupra acestuia;

Eveniment near-miss (sub-eveniment)

-eveniment care nu a afectat pacientul, fără o intervenție deliberată pentru evitarea sa, care capacitate de a provoca vătămări;

Incident

-eveniment survenit în cursul unui proces de îngrijire, fără urmări asupra pacientului, care a fost identificat și rezolvat înainte de a produce afectarea pacientului.

Siguranța și satisfacția pacienților/clientilor reprezintă concepte actuale care trebuie să constituie preocuparea permanentă a unității sanitare.

IDENTIFICAREA PRIORITATILOR

În Strategia de dezvoltare a spitalului există câteva priorități care să aibă ca finalitate, îmbunătățirea serviciilor de sanătate. Acestea sunt următoarele:

A. Creșterea semnificativă a capacității de furnizare a unor servicii medicale de calitate adaptate nevoilor și cerințelor pacienților:

- *TBC- Pneumologie- achiziție bronhoscop, efectuare bronhoscopii diagnostic și terapeutice*
- *Radiologie - angajare medic radiolog*
- *Comp. Recuperare medicală și Respiratorie – angajare personal de specialitate și achiziționarea aparaturii specifice*
- *Relocarea garderobei pacienți într-un spațiu corespunzător (mai apropiat de secții)*

B. Dezvoltarea de noi specialități în ambulatoriul integrat al spitalului care să deservească populația arondată acestuia prin creșterea numărului de servicii medicale acordate în ambulatoriu (servicii de recuperare medicală și respiratorie)

C. Îmbunătățirea calității condițiilor hoteliere cu utilizarea judicioasă și eficientă a spațiilor și circuitelor conform legislației în vigoare și a standardelor europene;

D. Promovarea serviciilor de sanătate printr-o politică adecvată de marketing (publicitatea instituțională și profesională: web, publicații de specialitate).

Aceste priorități ne ajută să oferim servicii medicale de calitate pacienților noștri și să utilizăm judicios fondurile.

Performanța va fi măsurată prin atingerea obiectivelor și a indicatorilor:

- a. Timpul necesar de diagnosticare a unui pacient;
- b. Durata medie de spitalizare (DMS);
- c. Indice de complexitate (ICM);
- d. Rata de utilizare a paturilor
- e. Rata Infecțiilor cu respectarea standardelor de curățenie, igienă și condiții hoteliere;
- f. Gradul de satisfacție al pacienților și al angajaților.

În contextul actual provocările la care este supusă echipa managerială în efortul de îmbunătățire a serviciilor medicale furnizate, aducătoare de venituri, sunt imense: rapidă modernizare a tehnologiei medicale, noi forme de educație și perfecționare profesională reprezintă, în final o presiune constantă în adaptarea posibilităților existente la cerințele actuale.

Spitalul se confruntă cu restricții care sunt reprezentate de faptul că spitalul este subfinanțat față de necesitățile de dezvoltare, lipsesc fondurile de investiții, etc.

Echipa desemnată de manager are de acționat în primul rând, în sensul schimbării mentalității și comportamentului angajaților. Implementarea managementului schimbării este poate, cea mai importantă etapă pentru că rezistența la schimbare este foarte crescută într-o colectivitate restrânsă, constituită cu ani în urmă și aflată într-o localitate mică.

Angajații spitalului trebuie să participe la un amplu și minucios proces de evaluare a performanțelor.

Managerul trebuie să-și convingă angajații de necesitatea schimbării, trebuie să le inducă acestora, prin mijloace adecvate, sentimentul apartenenței la organizație, al solidarității de grup.

Serviciile de sănătate trec prin schimbări fără precedent cu reforme semnificative aflate în desfășurare, cu o nouă abordare în furnizarea acestor servicii.

În aceste condiții, echipa managerială a spitalului este pusă în față unei provocări reale pentru atingerea obiectivelor cuprinse în cadrul strategiei de dezvoltare a spitalului.

Întregul proces este rezultatul muncii în echipă formată din membrii Comitetului Director și Consiliului Medical.

E. PRIORITĂȚI PE TERMEN SCURT, MEDIU ȘI LUNG

PRIORITĂȚI PE TERMEN SCURT (1 AN) 2023

1. Dotarea laboratorului de analize medicale cu aparatură și echipamente performante;
2. Elaborarea unei strategii de promovare a serviciilor;
3. Diversificarea serviciilor medicale în Ambulatoriul integrat al spitalului – contractare servicii medicale și recuperare respiratorie.

Activități:

- Achiziționare:
 - Sistem de alarmă individual în saloane;
 - 2 Truse de urgență mobilă;
- **Reparații**
 - Montaj mană curentă holuri spital.
 - Igienizare a secțiilor și compartimentelor, farmacie, bucatărie
 - Extindere rețea oxigen.

PRIORITĂȚI PE TERMEN MEDIU (1- 3 ANI) 2023-2025

1. Lucrări de igienizare și reparații și renovare pe toate secțiile și compartimentele spitalului,
2. Îmbunătățirea confortului hotelier al pacienților.

Activități:

1. Investiții

- Achiziționare dispozitive medicale pentru secții/compartimente: *bronhoscop*
- Dotarea secțiilor și compartimentelor cu paturi, cu aparatură de climatizare (aparat de aer condiționat)
- Îmbunătățire confort hotelier al pacienților prin achiziționare de mobilier de salon, scaune, fotolii, canapele în spațiile de așteptare;

Alte dotări:

- Renovare grupuri sanitare din secții și compartimente medicale
- Reparație tablou electric general de distribuție
- Dotarea compartimentului MDR cu linoleum antibacterian
- Achiziționare carucioare de curățenie
- Plan sugestiv al spitalului (hartă de orientare);

2. Reparatii:

- reparatii capitale a instalatiilor sanitare si electrice.
- renovare grupuri sanitare din sectii si compartimente medicale

PRIORITĂȚI PE TERMEN LUNG (3 - 4 ANI) 2024-2026

1. Cresterea confortului termic pe toate secțiile si compartimentele spitalului
2. Dotare cu aparatura si echipamente: lab analize medicale, camera mortuara, mobilier vestiare personal

Activitati:

1. Investitii

- Dotarea cu aparatura medicala performanta in lab analize medicale: analizor automat bacteriologie, analizor hematologie;
- Inlocuirea tamplariei interioare de lemn cu tamplarie PVC in pavilionul central (celelalte pavilioane fiind cladiri de patrimoniu)

2. Achizitii:

- Modernizarea si dotarea cu mobilier specific vestiar personal
- Dotarea cu echipamente specifice camera mortuara (frigider morga cu trei locuri)

F. SCOP

Ridicarea standardelor serviciilor oferite și îmbunătățirea performanței spitalului prin oferirea serviciilor medicale de calitate, cu promptitudine, în climat de siguranță a pacientului, încredere, flexibilitate.

G. OBIECTIVE GENERALE si SPECIFICE

OBIECTIVUL GENERAL NR. 1

Completarea structurii de personal pe secții si compartimente

Obiective specifice:

1.1 Completarea structurii de personal pe secții si compartimente medicale

ACTIVITATI

- Selectarea prin concurs a personalului medical, pregătit corespunzător pentru ocuparea posturilor vacante din secții si compartimente;
- Justificarea normării personalului medical în funcție de: complexitatea cazurilor și gradul de dependență al pacienților, diversitatea serviciilor medicale acordate (spitalizare continuă, spitalizare de zi, ambulatoriu.
- elaborarea unor planuri de recrutare de personal de specialitate în vederea asigurării serviciilor necesare pacienților asigurați.

Indicatori de monitorizare:

- *Numar personal angajat pe posturile vacante din sectii si compartimente medicale - laboratoare*

Termen de realizare: 31.12.2024

Resurse: conform BVC

Responsabil: Comitetul Director, RUNOS.

1.2 Diversificarea serviciilor medicale în Ambulatoriul integrat al Spitalului, servicii paraclinice

- Creșterea numărului de contracte ambulatoriu de specialitate cu CAS-PH: pe medici;
- Creșterea numărului și tipurilor de servicii contractate în ambulatoriu (ex – serviciile medicale de medicina fizica si recuperare respiratorie - proceduri terapeutice).

Indicatori de monitorizare:

- Numar cabinete de specialitate înființate în Ambulatoriu
- Numar contracte ale Ambulatoriului Integrat cu cabinete de specialitate incheiate cu CAS PH

Termen de realizare: 31.12.2024

Resurse: conform BVC

Responsabil: Comitet Director, RUNOS

Rezultate așteptate:

1. Diversificarea serviciilor medicale acordate populației, în corelație cu nevoile de îngrijiri identificate
2. Creșterea calității serviciilor medicale prestate.
3. Utilizarea optimă a tuturor specialităților – în afara veniturilor din contractul cu CAS-PH, existența cabinetelor în ambulatoriul de specialitate va permite accesul la programele naționale de sănătate

OBIECTIVUL GENERAL NR. 2

Creșterea calității serviciilor medicale furnizate pacienților

Calitatea serviciilor medicale este un principiu din ce în ce mai important în domeniul sănătății, în raport cu cerințele și gradul din ce în ce mai crescut de informare al pacienților despre progresele tehnologice și terapeutice.

Calitatea serviciilor medicale are numeroase dimensiuni, dintre care cele mai importante sunt reprezentate de: îngrijire adecvată, corectă; disponibilitate; continuitatea îngrijirii; eficacitate; eficiență; echitate; îngrijire bazată pe dovezi și bune practici; îngrijire concentrată asupra pacientului, inclusiv integritatea fizică, psihologică; implicarea pacientului; securitatea pacientului și oportunitate/accesibilitate, competența echipei medicale, satisfacția pacientului, dar și a personalului medical.

Activitati:

Rolurile organizației în asigurarea calității serviciilor medicale sunt:

- Stabilirea și implementarea acțiunilor necesare (inclusiv a persoanelor responsabile) pentru a obține rezultate conforme cu cerințele de calitate în îngrijirea sănătății;
- Identificarea și aplicarea criteriilor și metodelor (inclusiv monitorizări, măsurări și indicatori de performanță corespunzători) necesare pentru a se asigura de operarea și controlul eficace al acestor acțiuni, în conformitate cu cerințele de calitate în îngrijirea sănătății.

Indicatori de monitorizare (calitate):

- 1) rata mortalității intraspitalicești, pe total spital și pe fiecare secție;
- 2) rata infecțiilor nosocomiale, pe total spital și pe fiecare secție;
- 3) rata bolnavilor reinternati în intervalul de 30 de zile de la externare;
- 4) indicele de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare;
- 5) procentul bolnavilor transferați către alte spitale din totalul bolnavilor internați;
- 6) numărul de reclamații/plângeri ale pacienților înregistrate;
- 7) analiza gradului de satisfacție al pacienților, prin chestionare de satisfacție, urmată de Plan de măsuri în consecință;
- 8) număr măsuri de îmbunătățire a activității luate în urma analizării gradului de satisfacție al pacienților.

Responsabil: Comitetul Director

Termen de realizare: permanent

Monitorizare: trimestrial

Evaluare: anual

Resurse: conform BVC

Obiective specifice:

2.1 Îmbunătățirea practicilor medicale și de îngrijire a pacientului, prin continuarea implementării ghidurilor naționale aprobate prin ordine ale Ministrului Sănătății, a protocoalelor adoptate de asociațiile profesionale la nivel național sau adaptarea unor ghiduri de practică europene sau internaționale, prin elaborarea de protocoale terapeutice în baza ghidurilor adoptate.

Situația actuală: În anul 2014, la nivelul Spitalului au fost elaborate un număr de 8 de protocoale terapeutice.

Ghidul de practică medicală reprezintă un set de afirmații despre diagnosticul și tratamentul unei anumite afecțiuni. Aceste afirmații sunt rezultatul unei evaluări complete a dovezilor practicii medicale. Scopul definirii lor este de a ajuta personalul medical și pacienții în luarea deciziilor asupra modului cel mai adecvat de îngrijire a afecțiunii respective.

Protocolul de practică medicală reprezintă un formular care descrie modul obișnuit de a furniza îngrijiri unui anumit tip de pacient. Astfel, el cuprinde o înșiruire în timp a unor procese (analize, medicație, tratamente) necesare obținerii unui rezultat dorit de la un pacient care a fost supus unei proceduri specifice sau unui tratament. Protocoalele se stabilesc pentru principalele episoade de îngrijire ale unui tip de pacient.

Ghidurile de practică și protocoalele de practică trebuie folosite împreună, acestea fiind complementare - ghidul furnizează informațiile necesare pentru a construi protocolul, în timp ce protocolul face legătura între ghiduri și practica medicală de zi cu zi.

ACTIVITĂȚI

- **Revizuirea și adoptarea de protocoale diagnostice și terapeutice în specialitate - asigurarea eficienței și eficacității rezultatelor în urma aplicării acestora**

Indicatori de monitorizare:

1. Număr și tip protocoale de practică aprobate de Consiliul medical
2. Număr și tip protocoale, algoritmi sau proceduri medicale implementate
3. Număr și tip protocoale, algoritmi sau proceduri medicale analizate și revizuite
4. Număr medici care au fost formați în domeniul auditului clinic

Monitorizare prin rapoarte către Consiliul Medical : semestrial

Termen de realizare: permanent

Resurse: proprii

Responsabil: Directorul Medical, Grup de lucru protocoale

2.2 Îmbunătățirea calității îngrijirilor acordate pacientului prin continuarea implementării ghidurilor de nursing și adoptarea de protocoale și proceduri de îngrijire pe tipuri de pacient și nevoi.

ACTIVITĂȚI

- **Monitorizarea implementării Planului de îngrijiri și revizuirea, după caz.**

Responsabil: asistent șef unitate, Asistent responsabil de relația cu OAMGMR, asistenți șef de secție

- **Implementarea ghidurilor de practică și elaborarea și adoptarea de proceduri de îngrijire pe tip de pacient și tip de nevoi, la nivel de spital.**

Responsabil: Directorul Medical, Asistent șef unitate, Asistenți șef de secție

Indicatori de monitorizare:

1. Analize periodice Plan de îngrijire
2. Număr și tip proceduri de îngrijire, avizate de consiliul medical și aprobate
3. Număr și tip proceduri de îngrijire, implementate

Monitorizare prin rapoarte către Consiliul Medical : *semestrial*

Termen de realizare: *permanent*

Resurse: *proprii*

Responsabil: *Directorul Medical, asistent sef pe unitate*

2.3 Continuarea implementării sistemului de evaluare și monitorizare continuă a calității serviciilor medicale in spital

Implementarea unui sistem de management al calității integrat privind standardul SR EN ISO 9001:2015, standardele de acreditare ANMCS conform Ordinului 446/2017 privind aprobarea standardelor, procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor, precum și a standardelor de control intern managerial, conform OSGG 600/2018.

ACTIVITATI

- Recertificare SR EN ISO 9001:2015 a spitalului;

Responsabil: *Responsabilul cu Managementul Calitatii, Comitet Director*

- Reacreditarea spitalului de catre ANMCS in ciclul III de acreditare, intr-o categorie superioara

Responsabil: *Comisia responsabila cu Acreditarea*

- Îmbunătățirea activității Managementului calitatii

Responsabil: *RMC*

- Monitorizarea implementarii și revizuirea periodică a Planului de calitate, in spital;

Responsabil: *RMC*

- Monitorizarea implementarii standardelor de control intern managerial;

Responsabil: *Comisia CIM*

Indicatori de monitorizare:

1. *Decizie de desemnare a responsabilului de calitate pe spital*
2. *Numar rapoarte ale activitatii Biroului de management al calitatii*
3. *Plan de imbunatatire a calitatii serviciilor medicale existent si revizuit periodic*
4. *Recertificare SR EN ISO 9001:2015*
5. *Sistemul de control intern managerial implementat*
6. *Certificatul de Reacreditare ANMCS al spitalului*

Monitorizare prin rapoarte către Consiliul Medical: *semestrial*

Termen de realizare: *31.12.2024*

Responsabil: *Managerul, Directorul Medical, RMC, Medic sef laborator, Comisia CIM*

Buget necesar: *conform BVC*

2.4 Stabilirea de colaborări și parteneriate cu alte unități sanitare, asociații, servicii sociale, medico-sociale și de îngrijire la domiciliu, în scopul asigurării continuitatii acordarii asistentei medicale, a reintegrării sociale si a continuitatii îngrijirilor acordate pacientului la domiciliu.

ACTIVITATI

- Incheierea de acorduri de colaborare cu alte spitale pentru patologii care nu se pot trata in spital
- Incheierea de parteneriate cu asociatii de pacienti, fundatii sau alti furnizori de servicii sociale sau medico-sociale pentru preluarea sau asistenta acordata pacientilor internati sau la externarea pacientilor
- Incheierea de parteneriate cu cultele religioase pentru a oferi asistenta spirituala fara discriminare

Indicatori de monitorizare:

- Numar acorduri de colaborare cu alte spitale pe tipuri de patologii
- Numar parteneriate incheiate pe tip de parteneriat

Monitorizare prin rapoarte catre Consiliul Medical : *semestrial***Termen de realizare: *permanent*****Responsabil: *Managerul, Directorul Medical*****Buget necesar: *conform BVC*****2.5 Depistarea, controlul si supravegherea Infectiilor Asociate Asistentei Medicale****ACTIVITATI**

- Reducerea pana la eliminare a infectiilor asociate asistentei medicale
- Controlul raspandirii bacteriilor multirezistente si emergentei fenomenelor infectioase cu potential epidemic
- Intarirea sistemului de supraveghere si control al infectiilor asociate asistentei medicale
- Implicarea organizatiei la toate nivelurile in politica de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale si gestiunea riscului infectios
- Intarirea prevenirii transmiterii incrucisate a microorganismelor

Indicatori de monitorizare:

- incidenta infectiilor asociate asistentei medicale
(nr infectii asociate asistentei medicale /nr pacienti externati)

Monitorizare prin rapoarte catre Consiliul Medical: *semestrial***Termen de realizare: *permanent*****Responsabil: *compartiment CPLIAAM, medicii sefi de sectie, asistentele sef de sectie*****Buget necesar: *conform BVC*****OBIECTIVUL GENERAL NR. 3 Dezvoltarea, modernizarea infrastructurii spitalului, dotarea cu aparatură și echipamente medicale****Obiective specifice:****3.1 Dotarea cu aparatură și echipamente medicale****ACTIVITATI:**

- **Achizitionarea de aparatura medicala performanta conform Planului de Investitii aprobat pentru anul 2023 si a Planului de achizitii aprobat si bugetat:**

1. Dotarea cu aparatura medicala	mii lei
• Autoclav buc =1	40 mii lei
• Centrifuga buc = 1	20 mii lei
• VERSATREC- Analizor pentru detectarea rapida a culturii BK -	200 mii lei
• Microscop cu imersie buc =1	10 mii lei

Indicatori de monitorizare: *Numar si tip aparate achizitionate / nr. aparate propuse***Termen: *31.12.2023*****Buget estimat: *270 mii lei, conform listei de investitii aprobata.*****Sursa de finantare: *UAT Floresti si Finantare Buget stat*****Responsabil: *Comitet Director, Responsabil Achizitii.***

- **Încheierea de contracte de mentenanță și verificare pentru aparatura și echipamente medicale existente în spital și desemnarea unui responsabil cu evidența acestora.**

ACTIVITATI

- Decizie de desemnare a Responsabilului cu mentenanța și verificarea aparaturii și echipamentelor din spital;
- Încheiere contracte mentenanță și servicii pentru aparatura și echipamente medicale

Indicatori de monitorizare:

- Număr contracte mentenanță și servicii pentru aparatura și echipamente medicale, încheiate;
- Decizie Responsabil cu evidența contractelor de mentenanță și servicii

Termen: 30.06.2024

Buget: conform BVC

Responsabil: Comitet Director, comp. Achizitii, Serv. Administrativ, RUNOS

3.2 Modernizare, reparatii - infrastructura spital

ACTIVITATI

- Ignifugare acoperisuri pavilioane spital = **300 mii lei.**
Lucrarile de ignifugare sunt necesare pentru avizele ISU.
- Refacerea inslatiilor electrice a pavilionului C = **220 mii lei**
- Termoizolare exterioara pavilion Central = **150 mii lei**
Lucrarile sunt necesare pentru a micșora consumurile la energie termica și creșterea confortului interior.
- Reparație capitală Cazan termoficare = **100 mii lei**

Indicatori de monitorizare:

- Număr lucrări efectuate / nr lucrări propuse

Termen: 31.12.2024

Buget estimat: 870.000 mii lei - conform listei de investiții aprobata

Sursa de finanțare: Cofinanțare UAT Florești, Finanțare Buget stat

Responsabil: Comitet Director, Serv Administrativ, comp. Achizitii

3.3 Îmbunătățirea condițiilor hoteliere

ACTIVITATI

- *Lucrări de igienizare, reparații și întreținere pe toate secțiile și comp. spitalului*
- *Lucrare de înlocuire tamplarie de lemn cu PVC saloane și rezerve pacienți – din Pavilionul central*
- *Montare aparate aer condiționat în saloane și rezerve pacienți*

Indicatori de monitorizare:

- Număr lucrări efectuate / nr lucrări propuse

Termen: 31.12.2025

Buget estimat: - conform listei de investiții aprobata anual

Sursa de finanțare: Cofinanțare UAT Florești, Finanțare Buget stat, venituri proprii

Responsabil: Comitet Director, Serv Administrativ, comp. Achizitii.

Rezultate asteptate:

1. Îmbunătățirea mijloacelor de investigație, diagnosticare și tratament al pacienților;
2. Creșterea siguranței capacităților de cazare în exploatare și confortul pacienților;

3. Modernizarea spațiilor unde sunt derulate activități medicale și conexe serv. medicale la standardele noi.

3.4 Îmbunătățirea rețelelor de comunicații (infrastructura IT); Implementarea și/sau îmbunătățirea software-ului clinic și a interoperabilității; Implementarea și/sau îmbunătățirea software-ului non-clinic și a interoperabilității, care cuprind:

- Module/soluții pentru managementul clinic al pacientului;
- Module/soluții pentru realizarea programărilor în sistem digital;
- Module/soluții pentru managementul administrativ și logistic al farmaciei unității sanitare;
- Module/soluții pentru interoperabilitatea digitală;
- Module/soluții pentru securitatea digitală a sistemelor;
- Managementul resurselor umane;
 - Managementul serviciilor de securitate;
 - Managementul lanțului de aprovizionare;
- Managementul documentelor;
 - Managementul de conținut;

ACTIVITATI:

1. Portal online pentru pacient, medic trimițător, altă unitate medicală (Digitalizarea interacțiunii cu terții). Acest modul va conține:

- ✓ Programări online
- ✓ Rezultate paraclinice (laborator și imagistică)
- ✓ Acces complet la dosarul medical (toate documentele emise pe parcursul consultațiilor sau al internării)
- ✓ Telemedicină (spațiul virtual privat în care medicul întâlnește și consulta pacientul, video call, partajare documente, web dicom viewer care permite accesul la imaginile radiologice stocate în PACS)
- ✓ Platformă configurabilă integrată cu sistemul medical pentru preluare automată feedback pacient. Permite administrarea și definirea integrală a chestionarelor.

2. Module aferente gestionării activității operațional medicale (Digitalizarea fluxurilor interne specifice și instituționale și digitalizarea proceselor):

- ✓ Modul Programări
- ✓ Modul Ambulatoriu
- ✓ Modul Recepție / Birou internări / Camera de gardă
- ✓ Modul Secții
- ✓ Modul Farmacie (integrat cu sistemul financiar - contabil)
- ✓ Modul Scanare mobilă coduri de bare de pe facturile de intrare în farmacie, raportarea în timp real către OSMR la momentul scanării
- ✓ Modul Bloc alimentar
- ✓ Modul Infecții Nozocomiale
- ✓ Modul Laborator Analize Medicale (LIS)
- ✓ Modul Comunicație analizoare medicale cu interfață web centralizată, administrarea, monitorizarea în timp real a pachetelor transmise
- ✓ Modul Radiologie (RIS)
- ✓ Modul DICOM Worklist (comunică cu echipamentele de imagistică compatibile DICOM)
- ✓ Modul Rapoarte și Raportări

- ✓ Modul optimizat pentru medici și asistente pt operarea de pe tabletă, opțiune scanare QR code brățară
- ✓ Dashboard operațional (afișează indicatori aferenți activității operațional medicale)
- ✓ Platformă administrare formulare introducere date (programare, prezentare, examinare, internare, pagina laborator, etc) care să permită adăugarea de câmpuri legate la surse de date, organizarea câmpurilor, relații între câmpuri
- ✓ Modul Telemedicina dotat cu tehnologie proprie de transmitere a fluxurilor audio/video (fara a fi nevoie de aplicatii terte de genul zoom, teams, webex etc...)

3. **Module interfațare, comunicație cu consumatori externi de date** (Pregătirea sistemului pentru interoperabilitatea cu alte instituții / unități sanitare, respectiv pentru integrare /consolidare și replicare date)

- ✓ Managementul lantului de aprovizionare

Pentru licențele/produsele descrise mai sus sunt incluse serviciile de analiză, proiectare, customizare, testare și implementare a soluției software și instruire personal autorizat

Ca și mediu de producție pentru sistemul informatic de mai sus va fi necesara implementarea urmatoarelor capacitati de productie:

- **Server pentru integrarea soluției de digitalizare a activității în unitățile spitalicești** - Server min 32GB RDIMM, 3200MT/s, Single Rank, 480GB SSD SATA Read Intensive 6Gbps 512 2.5in Hot-plug AG Drive, 1 DWPD – 2 servere
- **Server Storage 32TiB** - Server Storage 32TiB
- **Echipeamente de comunicații, rețea** Switch Poe 24x1G RJ-45, 4x10G SFP+, 2x100G QSFP28, PoE 30W, 1xAC PSU, IO/PS, OS6, Routere, Hotspot-uri pentru acces wireless

Stații de lucru individuale și echipamente de imprimare/scanare/copiere

1. **Tabletă enterprise** robustă destinată utilizării personalului medical din unitățile spitalicești pentru a asigura mobilitatea personalului, rapiditate și acuratețe în obținerea/verificarea informațiilor necesare

Tabletă robustă display capacitiv cu diagonala de 10 inch, scanner barcode reader, tehnologie wireless avansată WiFi 6, memorie minima RAM 4GB si 64GB Flash, cameră frontală minim 5MP, cameră spate minim 13MP, NFC, minim IP65, baterie 7600mAh Li-ion Android GMS. Garanția standard pentru tablete este de 12 luni, inclus serviciul de Mobility DNA Enterprise pentru maximizarea productivității utilizatorilor. Carcasă dezinfectabilă.

2. **Curea de mână** compatibilă cu tabletele robuste, special concepută pentru zona healthcare, ușor de dezinfectat

Curea de mână rezistentă compatibilă cu tabletele robuste, previne căderea accidentală a tabletelor.

3. **KIT bază de alimentare** (cradle) cu 4 sloturi pentru tabletele de 10 inch

Accesorii de încărcare tablete de 10 inch, este prevăzut cu 4 sloturi ce permite încărcarea simultană a tabletelor în 2.5 ore. Compatibil cu echipamente ce au accesorii de tip curea de mână. Include sursă de alimentare și cablu de alimentare.

4. **KIT workstation connect** cradle cu 1 slot pentru tabletele de 10 inch

Accesoriu de încărcare a tabletelor de 10 inch, prevăzut cu 1 slot, permite utilizarea tabletelor în cadrul unei stații de lucru (workstation) sau kiosk (pentru afișarea informațiilor). Stația de încărcare include următoarele porturi adiționale:

- HDMI
- Ethernet
- 4 USB ports for keyboard, mouse, and other supported USB devices.

- 3.5mm headset jack

Kitul include sursa de alimentare, cablu de alimentare și licență adițională MDNA pentru utilizarea pe post de stație de lucru

5. Imprimantă pentru printarea de brățări identificare pacienți, cu carcasă dezinfectabilă

Imprimantă direct termică specială pentru printarea de brățări de identificare a pacienților, rezoluție 300 dpi, interfață USB, USB Host, Bluetooth Low Energy. Se va utiliza cu brățări HealthCare cu clips sau adevize, cu dimensiuni personalizate pentru adulți, copii sau nou-născuți. Vor fi incluse: imprimanta, cablu de date USB, sursa de alimentare, cablu de alimentare EU, ghid rapid de utilizare.

6. Terminal mobil enterprise destinat utilizării personalului medical în unitățile spitalicești, farmacii, laboratoare, cu carcasă dezinfectabilă

Terminal mobil enterprise healthcare cu carcasă dezinfectabilă, motor de scanare, USB- C, Bluetooth (BLE, 5.0), Wi-Fi, NFC, PTT (buton push to talk), Android 10, GMS, IP67, acumulator 3100 mAh, Qualcomm 660, 1.8 GHz Octa Core, 3 GB RAM / 32 GB Flash, camera 13/5 MP. Inclus serviciul de Mobility DNA Enterprise pentru maximizarea productivității utilizatorilor.

7. KIT bază de alimentare (cradle), 1 slot pentru terminal mobil enterprise

Kit bază de încărcare pentru alimentarea terminalelor mobile enterprise, prevăzut cu 1 slot de încărcare. Include sursa de alimentare și cablu de alimentare

8. Imprimantă direct termică healthcare pentru printarea de etichete termice (se poate utiliza în farmacii, laboratoare)

Imprimantă direct termică healthcare, rezoluție min 203 dpi, USB, USB Host, Ethernet, BTLE5, EU and UK Cords, Swiss Font, EZPL. Lățime de printare de 50 mm, consumabilele se achiziționează separat.

9. Stație de lucru all in one pentru secții unități spitalicești (sau laptop cu aceleași specificații)

Stație de lucru all in one, Windows 10 Pro. Include tastatură și mouse.

Toate echipamentele medicale enumerate mai sus sunt certificate CE medical (în afara de echipamentele administrative)

Echipamentele medicale propuse fac parte din componentele de control al fluxului medical și impactează direct componentele de management al pacienților (tablete medicale, imprimantele de brățări), de management al secțiilor (tablete medicale, brățări, cititor de coduri de bare), al farmaciei (imprimanta de coduri de bare, cititor de coduri de bare).

Modul de securitate

Pentru un sistem de complexitate și importanța sistemului dorit a fi implementat, securitatea reprezintă o caracteristică esențială. Funcționarea, Disponibilitatea și Performanța sistemului depind în mod critic de securitatea sistemului.

Conceptul de securitate a soluției are în vedere următoarele aspecte:

- ✓ Prevenirea intruziunilor și a accesului neautorizat la funcționalitățile și datele sistemului, din exteriorul sau interiorul instituției;
- ✓ Împiedicarea încercărilor de atac asupra sistemului în vederea alterării acestuia;
- ✓ Gestiunea utilizatorilor, a rolurilor și drepturilor acestora;
- ✓ Securizarea canalelor de comunicații;
- ✓ Prevenirea pe cât posibil a introducerii datelor inconsistente, în formate incorecte sau a datelor eronate;
- ✓ Jurnalizarea tuturor operațiunilor de utilizare și administrare efectuate în cadrul sistemului, în vederea auditării și investigării situațiilor de pierdere de date, de funcționare defectuoasă sau cu performanță deteriorată a sistemului.

Prevenirea intruziunilor și a accesului neautorizat se realizează prin următoarele componente:

- ✓ Echipamente de tip firewall & IPS
- ✓ Caracteristici ale infrastructurii software (portal, componentă de securizare acces servicii electronice,

server de aplicație, sistem de stocare și gestionare documente în format electronic, server de baze de date, sisteme de operare), care permit accesul utilizatorilor la date și funcționalități doar în acord cu profilele lor (rol, drepturi). Gestiunea profilelor de utilizator se va face centralizat.

Sistemul dispune de securitate adecvata, ce asigura protectie impotriva prelucrării neautorizate sau ilegale, impotriva pierderii, a distrugerii sau deteriorării accidentale. Aceste masuri tehnice de protectie vor fi implementate atat prin configurari la nivelul componentelor aplicative (platforma document management, platforma portal, platforma de integrare si transformare, platforma server de aplicatie), cat si prin facilitati oferite de produsele de securitate oferite (autentificarea si autorizarea utilizatorilor, solutia impotriva pierderilor de date etc.).

Datele cu caracter personal, stocate in baza de date sau in serverul de continut al platformei vor fi protejate impotriva accesului printr-un mecanism de securitate bazat pe roluri si permisiuni.

Pentru anonimizarea datelor din mediul de testare se va folosi componenta dedicata acestui scop

- componenta de generare, mascare și administrare a datelor de test. Datele stocate in baza de date vor putea fi criptate pe baza facilitatilor oferite de sistemul de gestiune a bazelor de date oferit.

Confidentialitatea datelor este asigurata prin limitarea accesului la date numai persoanelor autorizate in acest sens, prin mecanisme de securitate implementate la nivelul componentelor aplicative si al bazei de date.

Integritatea datelor este asigurata prin mecanismele tranzactionale implementate la nivelul bazei de date.

Disponibilitatea si rezistenta sistemului si a serviciilor de prelucrare sunt asigurate prin arhitectura redundanta propusa, conform careia toate componentele critice ale sistemului sunt plasate in configuratii cluster.

Sistemul proiectat va avea in vedere conceptul "data protection by design and by default", incluzand mecanisme de securitate pentru datele cu caracter personal.

Sistemul propus se bazeaza pe o platforma de virtualizare a serverelor fizice, care asigura si virtualizarea comunicatiilor, astfel doua masini virtuale nu vor putea comunica decat prin canale dedicate acestui scop.

Utilizatorii sistemului vor fi stocati centralizat, in subcomponenta server director a componentei de administrare a utilizatorilor.

La nivelul aplicatiei exista un log in care vor fi inregistrate toate activitatile utilizatorilor. Accesul la acest log va fi permis numai utilizatorilor cu rol corespunzator.

Sistemul va fi proiectat avand in vedere principiul securitatii prin conceptie.

Solutiile de securitate oferite permit configurarea accesului/autentificarii utilizatorilor la resursele sistemului informatic cu utilizarea atributelor si a nivelurilor de asigurare eIDAS (Regulamentul 910/2014).

Managementul identitatii

Solutia propusa include si un cumul de tehnologii, produse si metodologii care permite gestionarea unitara a identitatilor electronice ale utilizatorilor si a drepturilor de acces, contribuind la reducerea costurilor de administrare si help desk.

Solutia ofera o abordare integrata pentru gestionarea credentialelor de autentificare complexe (certIFICATE digitale, smart cards), pentru provizionarea si sincronizarea conturilor de utilizator in cadrul mai multor sisteme si platforme eterogene (de ex. crearea automata a casutelor de e-mail), sa ofere utilitate de tip „self-help”, permitand administratorilor delegarea de activitati catre utilizatorii finali (de ex. functionalitati de resetare a parolelor), sa previna anomalii generate in urma parasirii organizatiei de catre un utilizator (conturi orfane), sa ofere un cadru pentru implementarea de politici de control si urmarire a identitatilor si datelor de acces, sa permita auditarea si obtinerea de rapoarte. ,

Solutia propusa este menita sa automatizeze procesul de gestionare a informatiilor referitoare la identitati electronice, provenind din platforme eterogene, pastrand in acelasi timp integritatea si proprietatea acestor date in cadrul institutiei.

Solutia de management a identitatilor permite crearea, modificarea, stergerea dar si sincronizarea

identitatilor electronice si parolelor aferente, indiferent de sistemul in care aceste identitati se afla.

Solutia este usor customizabila si extensibila pentru a putea acoperi nevoile specifice institutiei.

Sistemul suporta implementarea unei solutii de single-sign-on bazata pe acces web (Web-based SSO) care sa autentifice utilizatorii, in cadrul aceleiasi sesiuni de broser web, pe mai multe aplicatii, permitand accesul acestora fara a li se cere credentiale in cadrul fiecarei aplicatii distincte, indiferent de platofmele pe care ruleaza aceste aplicatii. Aceasta permite colaborarea B2B (business-to-business) cu partenerii agreeati, permitand fiecarei organizatii sa foloseasca propriile conturi locale pentru autentificare si acces. Acesti parteneri „de incredere” pot fi parteneri externi, sau departamente, filiale locale sau regionale.

Rezultate asteptate

Îmbunătățirea interoperabilității într-o unitate sanitară prin intermediul proiectului de infrastructură IT propus nu numai că aduce beneficii semnificative pentru pacienți și personalul medical, ci și pentru eficiența globală și calitatea serviciilor oferite de instituție. Acest demers contribuie la transformarea unității sanitare într-un mediu modern, eficient și orientat către pacient.

Indicatori de monitorizare:

- Număr echipamente hardware achiziționate și instalate
- Număr soluții software implementate (dezvoltate și/sau configurate)
- Număr sisteme/aplicații informatice implementate/ funcționale interconectate și interoperabile cu sistemele existente la nivelul unității sanitare și/sau altor instituții
- Număr persoane instruite și certificate de instruire emise

Termen: 30.04.2025

Buget total eligibil din PNRR (lei cu TVA): 1.469.352,50 (lei cu TVA)

Sursa de finantare: PNNR

Responsabil: Comitet Director

OBIECTIVUL GENERAL NR. 4

Îmbunătățirea Managementului Resurselor Umane

Obiective specifice:

4.1. Stimularea pregătirii profesionale a medicilor specialiști și primari și a personalului medico-sanitar și auxiliar din cadrul spitalului, la nivelul actual al cunoașterii și nevoilor în activitate

ACTIVITATI

- aplicarea planului de formare profesionala, elaborat pe baza propunerilor sefilor de sectii, avizat de catre Consiliul Medical si aprobat de Manager
- organizarea de cursuri de pregatire cu personalul medico-sanitar la nivelul spitalului

Indicatori de monitorizare:

- *Numar de participari la cursuri, pe tip de formare si categorii de personal*

Termen de realizare: permanent

Responsabil: Director Medical, Sefi sectie, RUNOS

Buget necesar : conform BVC

OBIECTIVUL GENERAL nr. 5

Îmbunătățirea Managementului Financiar al spitalului

Obiective specifice:

5.1. Creșterea transparenței în utilizarea fondurilor

Activități

- Integrarea în sistemul informatic medical a biroului financiar-contabil al spitalului în scopul evidențierii costurilor reale ale serviciilor medicale;
- Organizarea de licitații pentru achiziții de bunuri și servicii;
- Întărirea capacității de evaluare și control intern;
- Afișarea permanentă a datelor financiare de interes public.

5.2. Întărirea disciplinei financiare

Activități:

- Asigurarea finanțării serviciilor medicale realizate prin contractarea cu CAS-PH și accesul la programele naționale de sănătate cu respectarea prevederilor legale și încadrarea în bugetul aprobat;
- Fundamentarea propunerilor de buget inițiale și de rectificare pe baza principalelor strategii ale spitalului;
- Încheierea exercițiilor financiare, analiza, controlul și elaborarea situațiilor financiare trimestriale și anuale, potrivit dispozițiilor legale;
- Analiza, verificarea și înaintarea spre avizare a bugetului de venituri și cheltuieli, potrivit dispozițiilor legale;
- Monitorizarea modului de utilizare a resurselor financiare;
- Respectarea cu strictețe a disciplinei financiare și bugetare, prin actualizarea reglementărilor interne specifice în raport cu prevederile legale.

5.3. Atragerea de noi resurse financiare în domeniul sanitar

Activități:

- Evidențierea cheltuielilor efectuate pentru toate serviciile medicale pentru fiecare pacient.
- Implementarea unor programe curative de sănătate care se derulează cu finanțare de la Ministerul Sănătății
- Elaborarea de cereri de finanțare și implementarea proiectelor cu fonduri europene eligibile pentru spital - atragerea de fonduri europene (reabilitare infrastructură, informatizarea spitalului, formarea de personal, activități de mediu);
- Diversificarea veniturilor proprii prin subcontractarea unor servicii sau închirierea de spații
- Atragerea de donații și sponsorizări

5.4. Creșterea capacității de control al costurilor

În prezent, calculul costurilor la nivel de pacient și crearea unui proces regulat de calculare a costurilor serviciilor spitalicești se realizează retrospectiv.

Activități:

- întocmirea Planului de achiziții și a calendarului de achiziții;
- evaluarea cantitativă și calitativă a stocurilor, efectuată periodic
- necesar de materiale și echipamente, evaluate periodic;
- implicarea personalului tehnic specializat în îndeplinirea strategiei de achiziții

- instituirea unor mecanisme de monitorizare a utilizării resurselor financiare;

Indicatori de monitorizare (economico-financiari):

- execuția bugetară față de bugetul de cheltuieli aprobat;
- procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului;
- procentul cheltuielilor de personal din totalul sumelor decontate de Casa de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru serviciile medicale furnizate, precum și din sumele asigurate din bugetul Ministerului Sănătății cu această destinație;
- procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului;
- costul mediu pe zi de spitalizare, pe fiecare secție;
- procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului
(sintagma "venituri proprii" înseamnă, în cazul acestui indicator, toate veniturile obținute de spital, exclusiv cele obținute în contractul cu casa de asigurări de sănătate).

Monitorizare, evaluare, raportare:

- Monitorizarea periodică a cheltuielilor efectuate de spital;
- Monitorizarea cheltuielilor de personal;
- Monitorizarea periodică, prin sistemul operativ de raportare, a angajamentelor bugetare și a plăților efectuate pentru bunuri și servicii de către unitățile sanitare cu paturi finanțate integral din venituri proprii.

Termen: permanent

Buget: surse proprii

Responsabil: Director Financiar Contabil, Comitet Director

OBIECTIVUL GENERAL NR. 6 Promovarea Spitalului

Obiective specifice:

6.1 Actualizarea site-ului de prezentare a spitalului

6.2 Participarea la evenimente (conferințe, evenimente online sau cu prezență fizică)

6.3 Intensificarea și personalizarea relațiilor cu pacienții spitalului prin organizarea de întâlniri (online) cu membrii asociațiilor de pacienți

Activități

- actualizarea conținutului și formei site-ului oficial, promovarea spitalului prin mesaje de prezentare și promovare
- participarea la evenimente de specialitate (congrese, conferințe) prin care spitalul a fost reprezentat

Indicatori de monitorizare:

- Site actualizat - număr de accesări a site-ului
- Număr evenimente la care spitalul a fost reprezentat
- Număr întâlniri cu Asociații de pacienți

Termen: permanent

Resurse: fonduri proprii sau din sponsorizări

Responsabil: Comitet Director, purtator de cuvânt, responsabil IT

OBIECTIVUL GENERAL NR. 7

Implementarea și derularea de programe naționale de sănătate care să răspundă problemelor de sănătate publică prioritare

Activități

- Continuarea Programului Național de Supraveghere și control al Tuberculozei

Indicatori de monitorizare:

- Numar PN (Programe Nationale) in derulare
- Sume contractate cu CAS PH

Termen: 31.12.2024

Buget: conform BVC

Responsabil: Comitet Director, Consiliul Medical

H. GRAFICUL GANTT

OBIECTIVE / ACTIVITATI	2023	2024	2025	2026
OBIECTIV STRATEGIC I REORGANIZAREA STRUCTURII DE PERSONAL PE SECTII SI COMPARTIMENTE				
Completarea structurii de personal pe sectii si compartimente medicale				
Diversificarea serviciilor medicale în Ambulatoriul integrat al Spitalului				
OBIECTIV STRATEGIC II IMBUNATATIREA CONTINUA A CALITATII SERVICIILOR MEDICALE FURNIZATE				
Imbunatatirea practicilor medicale si de ingrijire a pacientului				
Imbunatatirea calitatii ingrijirilor acordate a pacientului				
Continuarea implementarii sistemului de evaluare si monitorizare continua a calitatii serviciilor medicale in spital				
Stabilire colaborari si parteneriate cu alte unitati sanitare, asociatii, servicii sociale, medico-sociale si de ingrijire la domiciliu				
Depistarea, controlul si supravegherea infectiilor nosocomiale				

**OBIECTIV STRATEGIC III
DEZVOLTAREA, MODERNIZAREA INFRASTRUCTURII SPITALULUI și DOTAREA cu
APARATURĂ/ ECHIPAMENTE MEDICALE**

Dotarea cu aparatura si echipamente medicale

Modernizare infrastructura spital

Îmbunătățirea condițiilor hoteliere

Îmbunătățirea rețelelor de comunicații (infrastructura IT);
Implementarea și/sau îmbunătățirea software-ului clinic și a interoperabilității;
Implementarea și/sau îmbunătățirea software-ului non-clinic și a interoperabilității

OBIECTIV STRATEGIC IV

IMBUNATATIREA MANAGEMENTULUI RESURSELOR UMANE

Stimularea pregătirii postuniversitare a medicilor specialisti si primari si a personalului medico-sanitar din cadrul spitalului prin obținerea de competente si supraspecializari

OBIECTIV STRATEGIC V

IMBUNATATIREA MANAGEMENTULUI FINANCIAR AL SPITALULUI

Creșterea transparenței in utilizarea fondurilor

Intarirea disciplinei financiare

Atragerea de noi resurse financiare in domeniul sanitar

Creșterea capacității de control al costurilor

OBIECTIV STRATEGIC VI

PROMOVAREA SPITALULUI

Actualizarea site-ului de prezentare a spitalului

Participarea la evenimente (conferințe, evenimente online sau cu prezență fizică)

Intensificarea și personalizarea relațiilor cu pacienții spitalului prin organizarea de întâlniri (online) cu membrii asociațiilor de pacienți

OBIECTIV STRATEGIC VII

PROGRAME NAȚIONALE DE SANATATE

Programul Național de Supraveghere și control al Tuberculozei

RISURI in Implementarea Strategiei

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

- Mediu intern:
 - slaba cointeresare (motivare) a personalului în realizarea sarcinilor și indicatorilor de performanță;
 - scăderea disponibilității la efort suplimentar datorită suprasolicitării în activitatea de bază;
 - nealocarea fondurilor autoritatilor de a ajuta la dezvoltarea spitalului.

- Mediu extern:
 - modificarea frecvența a legislației în domeniul sanitar;
 - întârzieri datorate partenerilor de proiecte.

I. EVALUAREA PLANULUI STRATEGIC

A. EVALUAREA DE ETAPĂ

Evaluarea de etapă se va realiza prin analiza tuturor indicatorilor măsurabili, pentru fiecare obiectiv general și specific, în parte.

Periodicitate: ANUAL

Documente emise: RAPORT de EVALUARE de ETAPĂ.

Responsabil: COMITETUL DIRECTOR

B. REVIZUIREA PLANULUI STRATEGIC

Revizuirea Planului Strategic se va realiza în urma analizei Rapoartelor de etapă, la propunerea Comitetului Director și dacă, Consiliul de Administrație decide modificarea obiectivelor Planului Strategic.

Ediția revizuită este supusă dezbaterii în Spital înainte de adoptarea și ulterior, avizării de către Consiliul Medical și aprobării de către Consiliul de Administrație.

Periodicitate: *dupa caz*

Documente emise: PROIECT de PLAN STRATEGIC

Responsabil: COMITETUL DIRECTOR

C. CONCLUZII

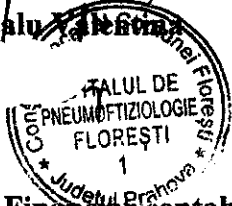
Strategia de dezvoltare a Spitalului de Pneumoftiziologie Floresti va deveni document de lucru, care va fi actualizat ori de câte ori este necesar, deoarece:

- Reflecta dezvoltarea noastră organizațională la un nivel de calitate și siguranță acordate pacienților;
- Delimitați clar prioritățile pentru următorii 4 ani, în concordanță cu strategia națională de sănătate;

- Ia in calcul modificarile mediului extern la nivel local, regional si national
- Recunoaste rolul cheie pe care personalul il joaca in realizarea obiectivelor propuse.

Intocmit,
Comitetul Director:

**Manager Interimar,
Jr. Muscalu Valentin**



**Director Financiar Contabil Interimar
Ec. Dogaru Monica Maria**

**Director Medical Interimar,
Dr. Vasile Lorel**

Dr. VASILF
mer

EL MIHAIL
tumolog
2