

CONSILIUL JUDETEAN TELEORMAN  
SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE  
Str. Aviației , nr. 1 , Roșiorii de Vede  
Tel/fax 0247406085 , 0247406095  
Nr. 1742 / 1 dec. 2021



## PLAN DE DEZVOLTARE

### EVALUAREA SPITALULUI DE PNEUMOPTIZIOLOGIE DIN PUNCT DE VEDERE AL CALITATII

Jr. Savescu Laurentiu Marian

#### **A. SITUATIA PREZENTA A SPITALULUI DE PNEUMOPTIZIOLOGIE**

Spitalul de Pneumoftiziologie, cu sediul in municipiul Rosiorii de Vede str. Aviatiei nr.1, este unitate sanitară cu 181 paturi, de utilitate publica, cu personalitate juridica, in subordinea Consiliului Judetean Teleorman.

Este singurul spital de acest tip din judetul Teleorman, el deservind si o parte din bolnavii domiciliati in judetele limitrofe- Arges si Olt.

Are ca obiect de activitate furnizarea de servicii medicale in specialitatile pneumoftiziologie si pneumologie, fiind situat la o distanta de 5 km fata de oras si 35 km fata de Spitalul Judetean de Urgenta Alexandria .

A fost infiintat in anul 1961 intr-o constructie de tip pavilionar ce apartinea unitatii de aviatie Rosiorii de Vede.

In prezent spitalul isi desfasoara activitatea intr-o cladire noua, cu infrastructura moderna si dotari la nivelul standardelor europene (centrala termica proprie racordata la sistemul de gaze, spalatorie si bucatarie, statie de oxigen, statie de epurare). Imobilul este de tip monobloc, cu 3 etaje iar compartimentarea respecta circuitele functionale ale spitalului.

Constructia spitalului a inceput in anul 1993 ca urmare a aprobarii studiului de fezabilitate pentru obiectivul de investitie "Spital TBC Rosiori de Vede cu 181 paturi" conform Acordului MFP nr.874/1991 si OMS nr.431/1991 si datorita problemelor financiare din sistemul sanitar s-a derulat pe parcursul a 16 ani, punerea in functiune fiind posibila in anul 2009.

Conducerea Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede este asigurată de un manager, persoana fizica, care indeplineste atributiile ordonatorului terțiar de credite. In cadrul spitalului functioneaza un comitet director, format din: managerul spitalului, directorul medical si directorul financiar – contabil.

Spitalul de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede este institutie publica finantata integral din venituri proprii si functioneaza pe principiul autonomiei financiare care presupune organizarea activitatii spitalului pe baza bugetului de venituri si cheltuieli, astfel incat cheltuielile necesare pentru realizarea serviciilor medicale sa fie acoperite din veniturile realizate.

#### **Starea de sănătate a populației deservite**

Serviciile de sănătate oferite de spital trebuie corelate cu starea de sanatate a populatiei, motiv pentru care eforturile noastre sunt în direcția îmbunătățirii stării de sănătate și de reducere a inechității în statusul de sănătate a anumitor grupuri populaționale (cu risc), dar și de reducere a morbidității prin boala endemo-epidemică TBC. Cu alte cuvinte, resursele spitalului trebuie adaptate continuu la nevoile populaționale din zona de deservire.

Structura spitalului permite acordarea de servicii medicale de pneumologie adulților din județul Teleorman dar și din județele limitrofe, atat in spitalizare continua cat si in spitalizare de zi, având în

organigramă 2 secții de pneumologie, cu un număr total de 181 de paturi de spitalizare continuă și 10 paturi de spitalizare de zi, laboratoare de analize medicale și radiologie, două dispensare de specialitate.

### Servicii medicale oferite de personalul medical al spitalului:

Personalul medical al spitalului desfășoară următoarele servicii medicale:

- consult clinic, radiografii toracice de performanță, bronhoscopii cu prelevare de aspirat bronșic, broșaj, biopsie bronșică, lavaj bronhoalveolar, puncții pleurale diagnostice, examenul lichidului pleural – citologic, biochimic, bacteriologic, puncții biopsii pleurale – pentru examen histopatologic, spirometrie simplă și cu teste bronhodilatatorii, EKG – electrocardiogramă, recoltare de spută spontană sau prin spălătură bronșică pentru examen, bacteriologic al sputei – pentru floră nespecifică și bacilul Koch (tuberculoză).

### Indicatorii de performanță ai spitalului în evoluție

Analizând activitatea spitalului în ultimii 4 ani pe baza indicatorilor realizați se poate constata o creștere semnificativă a numărului de cazuri externe, deci creșterea adresabilității către spital a pacienților cu probleme pulmonare.

Indicatorii de utilizare a serviciilor medicale și indicatorii de calitate ai spitalului sunt :

Categorie de indicator	DENUMIRE INDICATOR	Valori medii nationale	2017	2018	2019	2020
A. Indicatori de management al resurselor umane	Nr. Mediu de bolnavi externati pe un medic	225 bolnavi/an	178	191	197	132
	Numar mediu de bolnavi externati la o asistenta	49 bolnavi/an	46	51	51	34
	Proportia medicilor din totalul personalului	7,11	9.85	10.24	10.00	9.60
	Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului	52,42	50.00	50.39	50.77	48.80
	Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical	16,71	28.79	28.13	28.79	29.51
	Numar mediu de consultatii efectuate in ambulatoriu pe un medic	4.525	3684	3599	3411	2029
	Numar mediu de consultatii pe medic in camera de garda/UPU	240	101	109	91	96
B. Indicatori de utilizare a serviciilor	Numar pacienti externati - total	Valoare proprie	2316	2489	2555	1582
	Durata medie de spitalizare pe spital	20,20	12.29	13.45	12.92	16.09
	Rata de utilizare a paturilor pe spital (zile)	292,00	161.85	189.43	187.02	144.95
	Rata de utilizare a paturilor pe spital (%)	80,00	44.71	51.90	51.24	39.71
	Proportia pacientilor internati din totalul pacientilor	Valoare proprie	84.58	85.62	85.53	87.83

	prezentati la camera de garda					
	Proportia urgentelor din totalul pacientilor internati	30	16.93	25.69	26.51	34.97
	Procentul pacientilor cu complicatii si comorbiditati din totalul pacientilor externati	Valoare proprie	97.19	97.79	98.12	96.46
D. Indicatori de calitate	Rata mortalitatii intraspitalicesti pe spital	1,58	1.34	0.96	1.53	1.39
	Rata infectiilor nosocomiale	Valoare proprie	0.47	0.68	0.43	0.44
	Rata pacientilor reinternati fara programare in 30 de zile de la extern	Valoare proprie	3.97	4.58	6.03	5.50
	Indice de concordanta intre diagnosticul la internare si diagnosticul la externare	Valoare proprie	95.77	97.03	97.85	97.41
	Procentul pacientilor internati si transferati catre alte spitale	30	1.30	1.65	1.02	3.16
	Numar reclamatii / plangeri pacienti	Valoare proprie	1	1	3	3

### **B. ANALIZA SWOT**

#### **PUNCTE TARI:**

- Spital modern, nou, de monospecialitate - pneumoftiziologie - care asigură diagnostic, tratament și monitorizare pentru pacienții județului Teleorman, dar și din alte județe, cu o buna adresabilitate;
- Asigurarea condițiilor de spitalizare optime – hoteliere;
- Experiența și profesionalismul medicilor și asistenților medicali cat si a personalului sanitar cu studii medii;
- Laboratoare și compartimente specializate de investigație dotate cu aparatură performantă;
- Amplasarea spitalului in afara mediului urban aglomerat;
- Amplasarea stației de ambulanță din oras da posibilitatea adresabilității rapide în cazul solicitării acestui serviciu;
- Numar suficient de paturi pentru tuberculoza aflate intr-o singura locatie, la care accesul din orice colt al judetului este facil.
- Aprovizionarea cu medicamente specifice corespunzatoare, ritmica;
- Colaborarea si comunicarea foarte buna intre unitatile de PNF si DSP, CJAS Teleorman, unitatea centrala a PNCT;

#### **PUNCTE SLABE:**

- Venituri proprii reduse;
- Deficit de personal medical superior (medic epidemiolog, radiolog) si personal sanitar mediu (asistente) si auxiliar (infirmiere) ;
- Deficiență în asumarea responsabilităților, un climat organizational care nu favorizează munca în echipă;
- Subordonarea dispensarelor PNF spitalelor teritoriale ce creeaza dificultati de aprovizionare si in aplicarea sarcinilor specifice PNCT;
- O colaborare dificila cu medicii de familie implicati direct in tratamentul sub directa observare;

Un numar redus de asistenti comunitari (10) la o populatie de de 393164 locuitori, o populatie imbatranita, cu multiple boli cronice.

#### **OPORTUNITĂȚI:**

Pozitia orasului buna prin amplasare si prin faptul ca este nod de cale ferata, oferind accesul facil al pacientilor, adresabilitate crescuta a unei comunitati bine conturate;

Derularea la nivelul spitalului a PNS pentru prevenirea si combaterea tuberculozei;

Atragerea factorilor decizionali de la nivelul Consiliului Județean în procesul de modernizare si dotare a spitalului;

Declararea de catre OMS a TB ca urgenta mondiala inca din anul 1993, decizia Guvernului Romaniei de a aproba Strategia Nationala de Control a Tuberculozei in Romania 2015-2020;

Finantarea cursurilor EMC pentru personalul implicat in DOTS din fonduri nerambursabile europene;

Scaderea incidentei si prevalentei TBC in Romania, avand in vedere ca prevalenta TBC in Romania este mult peste media europeana;

Atragerea unor surse externe de finanțare (firme private, oameni de afaceri);

Diversificarea serviciilor medicale oferite.

#### **AMENINȚĂRI:**

Scaderea procentului din PIB pentru sanatate, problemele financiare ale sistemului public de sanatate;

Implicarea redusa a medicului de familie in aplicarea DOTS;

Nivel scazut de educatie sanitara a populatiei;

Lipsa fondurilor pentru dotarea cu aparatura necesara investigatiilor radiologice din judet;

Cresterea morbiditatii HIV-SIDA;

Finantarea discontinua, cresterea datoriilor ca urmare a subfinantarii sistemului sanitar;

Situatia socio-economica din teritoriu, foarte multa populatie paupera (nivel de trai scazut, in prezent judetul nostru este pe locul 1 din tara privind rata somajului);

Inerția personalului la schimbare;

Reducerea numarului de paturi finantate, fata de numarul de paturi aprobate in structura organizatorica;

Concurența: secția de pneumoftiziologie a Spitalului Caracal;

Decontari ale serviciilor medicale mult sub nivelul serviciilor medicale efectiv realizate.

#### **C. PROBLEME IDENTIFICATE IN SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE ROSIORII DE VEDE**

- imbunatatirea permanenta a calitatii actului medical prestat, in acord cu standardele internationale cele mai ridicate si in contextul specific national si zonal;

- implementarea de solutii corecte pentru asigurarea educatiei medicale continue personalului medical;

- asigurarea de conditi optime pentru desfasurarea unui act medical de calitate, atat preventiv, cat si de diagnostic si tratament;

- profilaxia bolilor transmisibile (tbc) si netransmisibile prin campanii de informare a populatiei cu privire la factorii de risc;

- diversificarea serviciilor medicale acordate populatiei deservite;

- mentinerea acreditarii ANMCS si obtinerea de certificari SR EN ISO 15189:2013, SMC ISO 9001:2015.

#### **OBIECTIVE PENTRU REZOLVAREA PROBLEMELOR IDENTIFICATE:**

1. Imbunatatirea calitatii serviciilor medicale furnizate si a sigurantei pacientilor;

2. Îmbunătățirea managementului resurselor umane;
3. Obținerea certificării ISO 15189 pentru laboratorul de analize medicale;
4. Asigurarea funcționalității ambulatoriului de specialitate integrat existent în structura spitalului;
5. Acreditarea spitalului de către ANMCS ciclul II de acreditare (trim.3.2021);
6. Obținerea certificării ISO 22000 pentru blocul alimentară;
7. Obținerea certificării ISO 9001:2015 pentru calitatea serviciilor medicale oferite;
8. Diversificarea serviciilor medicale spitalicești cu noi tipuri de servicii medicale printr-o restructurare și modernizare permanentă (Compartiment reabilitare respiratorie, laborator somnologie, compartiment îngrijiri paleative) în concordanță cu nevoile populației deservite.

#### **D. CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE**

Având în vedere politica sanitară a Ministerului Sănătății și implicit necesitatea de a integra serviciile medicale oferite de spitalul nostru în rândul spitalelor din UE, problema prioritară abordată în elaborarea unui plan de dezvoltare este problema creșterii calității serviciilor medicale oferite pacienților noștri prin diversificarea serviciilor medicale.

Astfel, pentru elaborarea planului de dezvoltare, sunt abordate realizarea acelor activități care vor pune la dispoziția profesioniștilor din spital cadrul prielnic pentru creșterea calității serviciilor medicale furnizate pacienților și în același timp care vor crește calitatea condițiilor hoteliere din spital, care va duce în final la creșterea gradului de satisfacție al pacienților.

Poate cel mai puternic impact asupra satisfacției pacienților care beneficiază de serviciile spitalului nostru, este dat de calitatea serviciilor hoteliere și calitatea alimentației oferite. Condițiile de cazare și masă trebuie aduse la standardele europene în vederea asigurării unor servicii spitalicești de calitate atât în ceea ce privește serviciul medical, cât și cel hotelier.

#### **E. PLAN DE MANAGEMENT PENTRU CREȘTEREA CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE**

**SCOP:** creșterea continuă a calității actului medical acordat în cadrul spitalului nostru, cu scopul final de a asigura îmbunătățirea calității vieții pacienților.

##### **OBIECTIVE:**

**Obiectivul nr. 1:** Îmbunătățirea calității serviciilor medicale furnizate și a siguranței pacienților

##### **ACTIVITATE**

**1.1 Ameliorarea practicilor medicale de îngrijire a pacientului,** prin implementarea ghidurilor naționale aprobate prin ordine ale Ministrului Sănătății, protocoale adoptate de asociațiile profesionale la nivel național, adoptarea unor ghiduri de practică europeană sau internaționale, prin elaborarea de protocoale terapeutice în baza ghidurilor adoptate.

**Termen de realizare:** permanent

**Responsabil:** Directorul Medical

**Buget necesar** - bugetul propriu al secției

##### **ACTIVITATE**

**1.2 Îmbunătățirea calității îngrijirilor acordate pacientului,** prin implementarea ghidurilor de nursing și adoptarea de protocoale și proceduri de îngrijire pe tipuri de pacient și nevoi.

**Termen de realizare:** permanent

**Responsabil:** asistent șef secție

**Buget necesar:** bugetul propriu al secției

##### **ACTIVITATE**

**1.3 Implementarea unui sistem de colaborare și parteneriate cu asociații, servicii sociale, medico-sociale și de îngrijire la domiciliu,** în scopul asigurării integrării sociale și a

continuității îngrijirilor acordate pacientului

**Termen de realizare permanent**

**Responsabil:** Managerul

**Buget necesar-** nu este cazul

**ACTIVITATE**

**1.4 Depistarea, controlul si supravegherea infectiilor asociate asistentei medicale spitalicesti**

**Termen de realizare permanent**

**Responsabil:** departament CPIAAM, medicii sefi de sectie, asistentele sefe de sectie

**Buget necesar anual**

Materiale de curatenie – 36.000 lei

Dezinfectanti – 165.000 lei(din BVC propriu)

**Obiectivul nr. 2: Imbunatatirea managementului resurselor umane**

**ACTIVITATE**

**2.1 Asigurarea încadrării minim necesare cu personal în condițiile aplicării unei legislații restrictive în acest domeniu;**

**Termen de realizare: 31.12.2021**

**Responsabil:** Comitetul director, RUNOS

**Buget necesar:fondul de salarii- BVC propriu**

**ACTIVITATE**

**2.2 Dezvoltarea formării profesionale pentru toate categoriile de salariați prin alocarea fondurilor bugetare necesare care să asigure îmbunătățirea cunostintelor și a abilităților profesionale ale salariaților**

**Termen de realizare: anual**

**Responsabil:** Manager, Director Medical, Director Financiar –Contabil, Sefi compartimente, RUNOS

**Buget necesar:** Alocarea bugetară pentru formarea profesionala in bugetul de venituri sicheitului anual- 20.000 lei BVC propriu

**ACTIVITATE**

**2.3 Evaluarea corectă a activității profesionale a salariaților și utilizarea acestui instrument pentru stimularea activității viitoare;**

**Termen de realizare: 01.03. a fiecarui an**

**Responsabil:** Sef birou RUNOS, Sefi sectiilor/ compartimente,

**Buget necesar:** bugetul propriu al sectiei/ compartimentului

**Obiectivul nr. 3: Obținerea certificării ISO 15189 pentru laboratorul de analize medicale**

**ACTIVITĂȚI**

- desemnarea unui responsabil cu managementul calitatii in laborator conform SR EN ISO 15189:2013

- elaborarea, implementarea și revizuirea periodica unui plan de calitate ( plan de control intern si extern, plan de instruire )

**Termen de realizare :31.12.2021**

**Responsabil:** Managerul, sef laborator

**Buget necesar:30.000 lei anual( BVC propriu)**

**Obiectivul nr. 4: Asigurarea functionalitatii ambulatoriului de specialitate integrat existent in structura spitalului**

**ACTIVITĂȚI**

- Intocmirea documentatiei necesare incheierii contractului cu CAS pentru servicii medicale in ambulatoriu

- Modificarea statutului de functii prin infintarea unui post asistent medical
- Angajarea unui asistent medical

**Termen de realizare : trim IV 2021**

**Responsabil:** Comitet director

**Buget necesar:**

**Obiectivul nr. 5: Reacreditarea spitalului de catre Autoritatea de Management al Calitatii in Spitale**

**ACTIVITĂȚI**

Mentineria acreditarii spitalului de catre Autoritatea de Management al Calitatii in Spitale si acreditarea in ciclul II

**Termen de realizare :trim III 2021**

**Responsabil:** Comitetul director, SMC, Coordonatori sectie, Asistenti sefi de sectie, Sef laborator,as. CPIAAM

**Buget necesar:100.000 lei - ( BVC propriu)**

**Obiectivul nr. 6: Obținerea certificării ISO 22000 pentru blocul alimentar HACCP**

Activitati specifice

- Organizarea procedurii de achizitie
- Intocmirea documentatiei
- Mentenanța echipamentelor de lucru
- Deratizare, dezinsecție și dezinsecție
- Curățenie generală a spațiilor din cadrul blocului alimentar

**Termen de realizare: 31.12.2023**

**Responsabil:** Manager, Director medical

**Buget necesar- 25.000 lei ( BVC propriu)**

**Obiectivul nr. 7: Obținerea certificării ISO 9001:2015 pentru calitatea serviciilor medicale oferite**

**ACTIVITĂȚI:**

- desemnarea unui responsabil cu monitorizarea standardelor ISO pe spital.

**Responsabil:** managementul calitatii

- elaborarea, implementarea și revizuirea periodica unui plan de calitate in spital
- audit intern si audit extern

**Termen de realizare : 31.12.2023**

**Responsabil:** Comitetul director, SMC, Coordonatori sectie, Asistenti sefi de sectie, Sef laborator,as. CPIAAM

**Buget necesar: 30.000 lei pentru 3 ani inclusiv 2 audituri de supraveghere( BVC propriu)**

**Obiectivul nr. 8: Diversificarea serviciilor medicale spitalicesti cu noi tipuri de servicii medicale printr-o restructurare si modernizare permanenta (Compartiment reabilitare respiratorie, laborator somnologie, compartiment ingrijiri paleative) in concordanta cu nevoile populatiei deservite**

**ACTIVITATE :-** modificarea stucturii organizatorice

**Termen de realizare: trim I 2020**

**Responsabili:** Comitetul director

**Buget necesar: nu este cazul**

## ÎNCADRARE ÎN TIMP – GRAFIC GANTT

Obiectiv	Activitate	2021	2022	2023	2024	2025	2026
NR. 1 Îmbunătățirea calitatii serviciilor medicale furnizate și a siguranței pacienților	Ameliorarea practicilor medicale de îngrijire a pacientului	permanent	permanent	permanent	permanent	permanent	permanent
	Îmbunătățirea calității îngrijirilor acordate pacientului , prin implementarea ghidurilor de nursing și adoptarea de protocoale și proceduri de îngrijire pe tipuri de pacient și nevoi	permanent	permanent	permanent	permanent	permanent	permanent
	Implementarea unui sistem de colaborare și parteneriate cu asociații, servicii sociale, medico- sociale și de îngrijire la domiciliu	permanent	permanent	permanent	permanent	permanent	permanent
	Depistarea, controlul și supravegherea infecțiilor asociate asistentei medicale spitalicești	permanent	permanent	permanent	permanent	permanent	permanent
NR. 2 Îmbunătățirea managementului resurselor umane	Asigurarea încadrării minim necesare cu personal în condițiile aplicării unei legislații restrictive în acest domeniu	Tr.4.2021					
	Dezvoltarea formării profesionale pentru toate categoriile de salariați	Tr.4.2021					
	Evaluarea corectă a activității profesionale a salariaților	Tr.1.2021					
NR. 3 Obținerea certificării ISO 15189 pentru laboratorul de analize medicale	- Desemnarea unui responsabil cu managementul calitatii în laborator conform SR EN ISO15189:2013 - Elaborarea, implementarea și revizuirea periodică unui plan de calitate (plan de control intern și extern, plan de instruire)	Tr.4.2021					



NR. 4 Asigurarea functionalitatii ambulatoriului de specialitate integrat existent in structura spitalului	- Intocmirea documentatiei necesare incheierii contractului cu CAS pentru servicii medicale in ambulatoriu - Modificarea statului de functii prin infintarea unui post asistent medical - Angajarea unui asistent medica	Tr.4.2021					
NR. 5 Reacreditarea spitalului de catre Autoritatea de Management al Calitatii in Spitale	Mentinerea acreditarii spitalului de catre Autoritatea de Management al Calitatii in Spitale si acreditarea in ciclul II	Tr.3.2021					
NR. 6 Obtinerea certificarii ISO 22000 pentru blocul alimentar HACCP	- Organizarea procedurii de achizitie - Intocmirea documentelor - Mentenanta echipamentelor - Deratizare, dezinfectie si dezinfectie - Curatenie generala a spatiilor din cadrul blocului alimentar			Tr.4.2023			
NR. 7 Obtinerea certificarii ISO 9001:2015 pentru calitatea serviciilor medicale oferite	- Desemnarea unui responsabil cu monitorizarea standardelor ISO pe spital. Responsabil: managementul calitatii - Elaborarea, implementarea și revizuirea periodica unui plan de calitate in spital - Audit intern si audit extern			Tr.4.2023			
NR. 8 Diversificarea serviciilor medicale spitalicesti cu noi tipuri de servicii medicale printr-o restructurare si modernizare permanenta(Comp	Modificarea structurii organizatorice						Tr.4.2021

artiment reabilitare respiratorie, laborator somnologie, compartiment ingrijiri paleative) in concordanta cu nevoile populatiei deservite							
---	--	--	--	--	--	--	--

### MONITORIZAREA PLANULUI DE IMPLEMENTARE – INDICATORI

Managerul spitalului va fi responsabil de monitorizarea realizarii obiectivelor și acțiunilor din acest plan. Pentru fiecare acțiune va fi numită o anumită persoană, care va fi responsabilă pentru:

- progresul acțiunii;
- ședințe pentru a discuta evoluția acțiunii;
- garantarea finalizării acțiunii în intervalul de timp stabilit.

La fiecare 3 luni, responsabilul strategiei va realiza un raport al stării obiectivului strategic.

Se vor face recomandări pentru utilizarea judicioasă a fondurilor.

Se va dezvolta sistemul pentru monitorizare și evaluarea performanței financiare.

Se va stimula permanent personalul pentru a fi inovativ în identificarea căilor de a furnizare de servicii de calitate cât mai eficiente în raport cu costurile.

Se va dezvolta un sistem care să compare cheltuielile per pacient cu media pe departament/secție/spital (exbuget).

Se va pune în funcțiune mecanismul potrivit pentru a obține un buget per spital adaptat la activitate și servicii medicale, dar și la planurile de extindere și dezvoltare.

Comitet Director:

MANAGER INTERIMAR, Jr. Savescu Laurentiu Marian  
Director financiar-contabilitate, - Ec. Chirita Corina Mirela  
Pt. Director medical interimar, Dr. Varsa Marius

