

CONSILIUL JUDETEAN TELEORMAN
SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE
Str. Aviației, nr. 1, Roșiorii de Vede
Tel/fax 0247406085, 0247406095
Nr. 1431 22.03.2021



STRATEGIA DE DEZVOLTARE A SPITALULUI DE PNEUMOFTIZIOLOGIE Pentru perioada 2021-2026

Strategia de dezvoltare a Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede, între anii 2021-2026, constituie documentul **intern** principal de planificare strategică pe termen scurt, mediu și lung, care cuprinde obiectivele de dezvoltare a spitalului până în anul 2026 și stabilește măsurile și acțiunile prioritare pentru atingerea acestor obiective. Strategia servește drept instrument unic de integrare a cadrului strategic existent, de racordare a procesului de planificare bugetară cu cadrul de politici de dezvoltare ale Uniunii Europene în domeniul sanitar.

Pentru a asigura resursele disponibile în vederea realizării obiectivelor și a măsurilor necesare îndeplinirii acestora, cu impact maxim asupra dezvoltării serviciilor medicale asigurate de spitalul nostru, **strategia** se axează pe un număr limitat de priorități și pe derularea lor în ordinea importanței și urgenței, în **obiective** pe termen scurt, mediu și lung.

Această strategie aparține echipei manageriale actuale, numite în baza Deciziei nr. 17/09.03.2020.

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

Elaborarea prezentei strategii de dezvoltare instituțională a Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede în domeniul dezvoltării pe termen scurt, mediu și lung s-a realizat în conformitate cu legislația:

Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății și Legea spitalelor, nr.270/2003, cu modificările și completările ulterioare;

Ordinul MSP nr. 446/2017, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor și metodologiei de acreditare a spitalelor;

Ordinul MSP nr. 914/2006, pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare;

Legea nr. 46/2003, privind drepturile pacientului și normele de aplicare;

Ordinul MSP nr.1764/2006, privind aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor de urgență locale, județene și regionale din punctul de vedere al competențelor, resurselor materiale și umane și al capacității lor de a asigura asistența medicală de urgență și îngrijirile medicale definitive pacienților aflați în stare critică;

Ordinul 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare.

Ordinul MSP nr.39/2008, privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului;

Ordinul MSP nr.1224/2010, privind aprobarea normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, precum și pentru modificarea și completarea Ordinului MSP nr.1771/2006, privind aprobarea normativelor de personal.

MISIUNEA SPITALULUI

Spitalul de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede este un spital de specialitate cu 181 paturi de spitalizare continuă, 10 paturi de spitalizare de zi, a cărui misiune asumată este de a

furniza servicii medicale in specialitatea pneumologie adulti, pneumoftiziologie adulti pentru populatia din municipiul Rosiorii de Vede, judetul Teleorman si zonele limitrofe. Este un spital cu o traditie de peste 50 de ani in furnizarea de servicii medicale pentru aparatul respirator in mod integrat.

O problema prioritara reprezinta lupta contra tuberculozei pulmonare prin programul national de control si supraveghere. Exista o preocupare si ingrijorare crescanda la nivel national si mondial privind evolutia tuberculozei pulmonare prin cresterea in special a cazurilor cu rezistenta la medicamentele antituberculoase. Boala tuberculoasa ramane o problema si pentru comunitatile defavorizate socio-economic dar nu numai.

MISIUNEA Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede este de a presta un act medical de calitate, intr-un mediu sigur si confortabil, astfel incat pacientii sa beneficieze de cele mai bune ingrijiri.

VIZIUNEA CONDUCERII

Ne propunem ca Spitalul de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede sa devina cel mai bun furnizor de servicii medicale in specialitatea ftiziologie si pneumologie din judetul Teleorman si zonele limitrofe acestuia urmărind îmbunătățirea calității serviciilor medicale prestate pacientilor, care să vină în întâmpinarea dezideratului nostru principal «VINDECAREA BOLII ȘI RECUPERAREA TOTALĂ», sau, în ultima situație «AMELIORAREA SIMPTOMATOLOGIEI» cu respectarea drepturilor pacienților, având în vedere permanent **SATISFACTIA PACIENTULUI**.

In acelasi timp spitalul isi propune:

- 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.

VALORILE UNITATII

In atingerea tinte propuse Spitalul de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede porneste de la urmatorul set de valori:

- orientarea catre pacient prin identificarea nevoilor si asteptarilor acestui;
- legalitatea tuturor actiunilor intreprinse
- respectarea drepturilor populatiei de a beneficia de servicii medicale;
- garantarea calitatii si sigurantei actului medical;
- accesul facil la serviciile medicale oferite;
- competenta profesionala a personalului si incurajarea dezvoltarii acesteia;
- transparenta decizionala
- accesul populatiei la informatia cu caracter medical.

Obiectivele noastre strategice, privind asigurarea si imbunatatirea calitatii serviciilor si sigurantei pacientului sunt:

- Obiective strategice cu privire la pacienti si la nevoilor de servicii medicale
 - plasarea permanenta a pacientului in centrul atentiei;
 - obtinerea satisfactiei pacientilor prin calitatea serviciilor oferite.
- Obiective strategice cu privire la angajati

- selectarea si recrutarea celor mai buni profesionisti in vederea asigurarii continuitatii activitatilor medicale si nemedicale;
 - cresterea calitatii actului medical prin pregatire profesionala continua si invatarea din erori a intregului personal;
 - instruirea permanenta a personalului pentru asigurarea flexibilitatii si mobilitatii acestuia;
 - obtinerea satisfactiei angajatilor prin calitatea serviciilor oferite;
 - colaborarea profesionala intre persoane si echipe medicale din institutie si din alte unitati sanitare cu care vom incheia protocoale de colaborare/ vom continua colaborarea pentru asigurarea unei asistente medicale integrate intern si multidisciplinara;
 - organizarea si imbunatatirea comunicarii intre profesionisti si intre personalul medical si pacient si aparinatori;
 - implicarea fiecarui angajat in scopul aplicarii politicii in domeniul calitatii prin initiative, performante, responsabilitate si colaborare permanenta.
- Obiective strategice cu privire la imbunatatirea continua a sistemului de management
- dezvoltarea managementului unitatii pe baze clinice,
 - implementarea managementului riscurilor;
 - asigurarea eficacitatii si eficientei actului medical, prin autoevaluare si imbunatatirea continua a protocoalelor de diagnostic si tratament si a procedurilor privind organizarea acordarii serviciilor de sanatate;
 - cresterea gradului de utilizare a resurselor prin o mai buna planificare a activitatii;
 - obtinerea satisfactiei partilor interesate prin calitatea serviciilor oferite;
 - conformarea cu cerintele legale in domeniul calitatii aplicabile activitatii desfasurate.

Echipe care a elaborat si care coordoneaza implementarea strategiei, formata din:

1. MANAGER INTERIMAR – Jr. SAVESCU LAURENTIU MARIAN
2. DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL - Ec. CHIRITA CORINA MIRELA
3. pt.DIRECTOR MEDICAL INTERIMAR– Dr. Varsa Marius
4. SEF BIROU SI, SMC- Ing.ec. Costea Monica
5. Coordonator sectia I- Dr. Nedelea Adelina
6. Coordonator sectia II- Dr. Varsa Marius
7. Coordonator cpt.endoscopie bronsica-Dr. Burcea Romica
8. CHIMIST PRINCIPAL- Neagu Ioana
9. ASISTENT SEF SECTIA –I- Toba Domnita
10. ASISTENT SEF SECTIA –II- Necsuleasa Ioana
11. ASISTENT SPIAAM – Cocos Marioara
12. COMP. ADMINISTRATIV – Ing. Tudor Bujorel
13. COMP. RUNOS- Ec. Luta Daniela

SCURTĂ DESCRIERE A SPITALULUI

1. Istoric

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

A fost infiintat in anul 1961, conform Deciziei nr. 501/25.04.1961 emisa de Sfatul Popular al Regiunii Bucuresti, si a functionat intr-o constructie de tip pavilionar ce apartinea unitatii de aviatie Rosiorii de Vede, pana in anul 2009.

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.

Construcția spitalului a început în anul 1993 ca urmare a aprobării studiului de fezabilitate pentru obiectivul de investiție "Spital TBC Rosiori de Vede cu 181 paturi", conform Acordului MFP nr.874/1991 și OMS nr.431/1991 și datorită problemelor financiare din sistemul sanitar s-a derulat pe parcursul a 16 ani, punerea în funcțiune fiind posibilă în anul 2009.

2. Organizare

Începând cu 30.06.2016 spitalul funcționează după următoarea structură conform avizului Ministerului Sănătății – Direcția Management și Structuri Unități Sanitare nr. XI/A/15916/VVV/1273/30.06.2016, aprobată prin Hotărârea Consiliului Județean Teleorman nr. 112/30.08.2016

- **Sectia pneumologie I** – **91 paturi**

din care:

- compartiment TBC - 24 paturi

- compartiment TBC-MDR - 6 paturi

- **Sectia pneumologie II** – **90 paturi**

din care:

- compartiment TBC - 34 paturi

- compartiment TBC-MDR - 6 paturi

- **Camera de garda**

Total: 181 paturi

-**Spitalizare de zi** **10 paturi**

Pe lângă acestea, structura spitalului include: farmacie, laborator analize medicale, laborator de radiologie și imagistică medicală, compartiment bronhologie, compartiment explorări funcționale, compartiment de prevenire și control al infecțiilor asociate actului medical, compartiment evaluare și statistică medicală, prosectura, două dispensare TBC (Rosiori și Vede), ambulatoriu integrat cu cabinet în specialitatea pneumologie și aparat funcțional.

Conducerea Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede este asigurată de un manager, persoana fizică, care îndeplinește atribuțiile ordonatorului terțiar de credite. În cadrul spitalului funcționează un comitet director, format din: managerul spitalului, directorul medical și directorul financiar – contabil.

Spitalul de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede este instituție publică finanțată integral din venituri proprii și funcționează pe principiul autonomiei financiare care presupune organizarea activității spitalului pe baza bugetului de venituri și cheltuieli, astfel încât cheltuielile necesare pentru realizarea serviciilor medicale să fie acoperite din veniturile realizate.

3. Servicii

Principalele servicii medicale asigurate de spital cuprind: consultații, investigații paraclinice și de laborator, stabilirea diagnosticului, tratament medical, îngrijire, cazare, igienă, alimentație. Îngrijirile sunt acordate atât în regim de spitalizare continuă cât și în regim de spitalizare de zi și sunt reprezentate de cazuri acute și cronice.

În dispensarul TBC se oferă următoarele servicii: consultații pneumoftiziologie, tratamentul strict supravegheat al tuberculozei, examen radiologic al pacienților aflați în evidență TB, examen radiologic al contactilor TB, educație sanitară.

Spitalul răspunde, în condițiile legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea condițiilor de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, precum și pentru acoperirea prejudiciilor cauzate pacienților.

Spitalul este dotat cu aparatură medicală modernă și performantă pentru realizarea diagnosticului și tratamentului patologiei specifice: bronhoscop tip Olympus, aparat Rx HP

Hofmann Combigraph Quadro”, aparat Rx tip Philips, analizor automat hematologie si biochimie, microscopae electronice, analizor electroforeza, ecograf si electrocardiograf portabil, pulsoximetre, pletismograf.

4. Personal

Din punct de vedere al încadrării cu personal, spitalul se confruntă cu deficit de personal datorită pensionării pentru limită de vârstă. În prezent spitalul are 163 de posturi aprobate prin statul de funcții, din care 124 sunt ocupate (110 in spital, 11 in dispensarele TBC Rosiorii de Vede si Videle si 3 medici rezidenti).

Structura de personal se prezinta astfel:

Nr. total personal aprobat, din care:	163
Nr. medici	19
Nr. rezidenti	3
Alt personal superior sanitar	3
Personal sanitar mediu	54
Personal auxiliar sanitar	38
Personal tehnic, economic, informatic, administrativ si de deservire	21
Personal pentru activitatea de intretinere cladiri, apa, lumina, incalzire, etc.	25
Nr. total personal efectiv angajat din care:	124
Nr. medici	9
Nr. rezidenti	3
Alt personal superior sanitar	3
Personal sanitar mediu	46
Personal auxiliar sanitar	31
Personal tehnic, economic, informatic, administrativ si de deservire	12
Personal pentru activitatea de intretinere	20
Proportia medicilor din totalul personalului efectiv angajat(%)	9.60
Proportia personalului medical din totalul personalului efectiv angajat al spitalului (%)	48.80
Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical efectiv angajat al spitalului (%)	29.51

5. Indicatorii de performanță ai spitalului - conform ANEXA.

6. Situația financiară

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.

Planul strategic al spitalului a parcurs următoarele etape: Consultarea internă și analizele echipei de elaborare a strategiei, Analiza mediului intern și extern, analiza SWOT .

Analiza SWOT (Strenghts Weaknesses Oportunities Threats), este o metoda de planificare strategica utilizata pentru a evalua punctele tari, punctele slabe, oportunitatile si

amenințările ce caracterizează și influențează anumiți factori din cadrul unui proiect sau organizații.

Analiza SWOT grupează informațiile în două categorii principale:

- Factori interni – punctele tari și punctele slabe interne
- Factori externi – oportunitățile și amenințările din mediul extern

La nivelul Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede analiza SWOT se prezintă astfel:

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 bună adresabilitate;

Asigurarea condițiilor de spitalizare optime – hoteliere;

Experiența și profesionalismul medicilor și asistenților medicali;

Laboratoare și compartimente specializate de investigație dotate cu aparatură performantă;

Amplasarea spitalului în afara mediului urban aglomerat;

Amplasarea stației de ambulanță din oraș da posibilitatea adresabilității rapide în cazul solicitării acestui serviciu;

Număr suficient de paturi pentru tuberculoza aflate într-o singură locație, la care accesul din orice colț al județului este facil.

Aprovizionarea cu medicamente specifice corespunzătoare, ritmică;

Colaborarea și comunicarea foarte bună între unitățile de PNF și DSP, CJAS Teleorman, unitatea centrală a PNCT;

PUNCTE SLABE:

Venituri proprii reduse;

Deficit de personal medical superior (medic epidemiolog, radiolog) și personal sanitar mediu (asistente pentru compartimentele de bronhologie și explorări funcționale) și auxiliar (infermiere și îngrijitor curățenie);

Deficiență în asumarea responsabilităților, un climat organizațional care nu favorizează munca în echipă;

Subordonarea dispensarelor PNF spitalelor teritoriale ce creează dificultăți de aprovizionare și în aplicarea sarcinilor specifice PNCT;

O colaborare dificilă cu medicii de familie implicați direct în tratamentul sub directă observare;

Un număr redus de asistenți comunitari (10) la o populație de 393164 locuitori, o populație îmbătrânită, cu multiple boli cronice.

OPORTUNITĂȚI:

Poziția orașului bună prin amplasare și prin faptul că este nod de cale ferată, oferind accesul facil al pacienților, adresabilitate crescută a unei comunități bine conturate;

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

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

Declararea de către OMS a TB ca urgență mondială încă din anul 1993, decizia Guvernului României de a aproba Strategia Națională de Control a Tuberculozei în România 2015-2021;

Finanțarea cursurilor EMC pentru personalul implicat în DOTS din fonduri nerambursabile europene;

Scaderea incidenței și prevalenței TBC în România, având în vedere că prevalența TBC în România este mult peste media europeană;

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.

Stabilirea OBIECTIVELOR STRATEGICE are in vedere urmatoarele aspecte:

1. Identificarea priorităților;
2. Identificarea obiectivelor strategice și a posibilităților de implementare;
3. Dezvoltarea planului de implementare;
4. Consultarea cu Consiliul Medical si acceptarea propunerilor acestuia;
5. Aprobarea strategiei de către Consiliul de Administratie;

Fiecare obiectiv este proiectat pentru a susține realizarea obiectivelor strategice ale spitalului nostru; acestea sunt formulate astfel încât să răspundă la problemele ridicate în timpul consultațiilor, a discutiilor si a analizelor de management efectuate, precum și a examinării mediului extern (din analiza SWOT).

Obiectivele strategice sunt repartizate pe sectoare si fiecare sector are cel putin un obiectiv de indeplinit.

OBIECTIVE PE TERMEN SCURT:

1. Imbunatatirea calitatii serviciilor medicale furnizate si a sigurantei pacientilor;
2. Imbunatatirea managementului resurselor umane;
3. Obținerea certificării ISO 15189 pentru laboratorul de analize medicale;
4. Asigurarea functionalitatii ambulatoriului de specialitate integrat existent in structura spitalului;
5. Acreditarea spitalului de catre ANMCS ciclul II de acreditare (trim.3.2021).

OBIECTIVE PE TERMEN MEDIU:

6. Obținerea certificării ISO 22000 pentru blocul alimentar;
7. Obținerea certificării ISO 9001:2015 pentru calitatea serviciilor medicale oferite;

OBIECTIVE PE TERMEN LUNG:

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

OBIECTIVE GENERALE SI SPECIFICE

Obiectiv general

1. Imbunatatirea calitatii serviciilor medicale furnizate si a sigurantei pacientilor

Calitatea serviciilor medicale este un principiu din ce în ce mai important în domeniul sănătății, deoarece crește gradul de informare al pacienților, concomitent cu progresele tehnologice și terapeutice. Calitatea serviciilor medicale are numeroase dimensiuni, dintre care cele mai importante sunt reprezentate de eficacitate, eficiență, continuitatea îngrijirilor, siguranța pacientului, competența echipei medicale, satisfacția pacientului, dar și a personalului medical.

Responsabil: comitetul director

Termen de realizare: permanent

Monitorizare: trimestrial

Evaluare: anual

Indicatori de calitate

1. rata mortalității intraspitalicești, pe total spital și pe fiecare secție;
2. rata infecțiilor asociate actului medical, pe total spital și pe fiecare secție;
3. rata bolnavilor reinternati în intervalul de 30 de zile de la externare;
4. indicii 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. analizează gradul de satisfacție al pacienților, prin chestionare de satisfacție și ia măsuri în consecință;
8. numărul măsurilor de îmbunătățire a activității luate în urma analizării gradului de satisfacție al pacienților.

Obiective specifice:

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.

Situația actuală: 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; căci ghidul furnizează informațiile necesare pentru a construi protocolul, în timp ce protocolul face legătura între ghiduri și practica medicală de zi cu zi.

ACTIVITATI

Implementarea ghidurilor de practică și adoptarea de protocoale terapeutice, protocoale de practică, algoritmi de investigații, diagnostic sau tratament în secțiile cu paturi

Responsabil: Medicul șef de secție / compartiment

Indicatori măsurabili:

- Număr și tip protocoale de practică aprobate de consiliul medical
- Număr și tip protocoale, proceduri medicale implementate
- Număr și tip protocoale, proceduri medicale revizuite

Monitorizare prin rapoarte către Consiliul

Medical: trimestrial

Termen de realizare: permanent

Responsabil: Directorul Medical

Buget necesar - bugetul propriu al secției

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

ACTIVITĂȚI

- Implementarea ghidurilor de nursing
- Elaborarea si adoptarea de proceduri de ingrijire pe tip de pacient si tip de nevoi , la nivel de spital

Indicatori masurabili:

- Număr și tip proceduri avizate de consiliul medical
- Număr și tip proceduri implementate

Monitorizare prin rapoarte catre Consiliul Medical : trimestrial

Termen de realizare: permanent

Responsabil: asistent sef sectie

Buget necesar: bugetul propriu al sectiei

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

ACTIVITĂȚI

Încheierea de parteneriate cu asociatii, fundatii sau alti furnizori de servicii sociale sau medico-

sociale pentru preluarea sau asistența acordată pacienților internați sau la externarea pacienților

Încheierea de parteneriate cu cultele religioase pentru a oferi asistența spirituală fara discriminare

Indicatori masurabili:

- Nr parteneriate incheiate pe tip de parteneriat

Monitorizare prin rapoarte catre Comitetul

director : semestrial

Termen de realizare permanent

Responsabil: Managerul

Buget necesar- nu este cazul

1.4 Depistarea, controlul si supravegherea infectiilor asociate asistentei medicale spitalicesti

ACTIVITATI

- Controlul raspandirii bacteriilor multirezistente si emergenta fenomenelor infectioase cu potential epidemic
- Intarirea sistemului de supraveghere si control al IAAM
- Implicarea organizatiei la toate nivelurile in politica de prevenire a IAAM si gestiunea riscului infectios
- Intarirea prevenirii transmiterii incrucisate a microorganismelor

Indicatori masurabili:

- - incidenta infectiilor asociate actului medical (nr infectii asociate actului medical / nr pacienti externati)

Monitorizare prin rapoarte catre Comitetul Director: trimestrial

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)

Obiective punctuale de imbunatatire a serviciilor de ingrijire oferite pacientilor :
Controlul IAAM de la nivelul sectiilor

Actiuni de intreprins	Indicator de performanta	Responsabili	Termene	Resurse previziu na bugetar ă / alte surs e
<p>Activitatea de supraveghere și prevenire a infecțiilor nosocomiale face parte din obligațiile profesionale ale personalului și este înscrisă în fișa postului fiecărui angajat, acestuia revenindu-i obligația profesională de a aplica măsurile de prevenire și combatere a infecțiilor nosocomiale prevazute în , Ordinul nr. 914/2006 pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare Ordinului nr. 961/2016 pentru aprobarea Normelortehnice privind curățarea, dezinsecția și sterilizarea în unitățile sanitare publice și private, tehnicii de lucru șiinterpretare pentru testele de evaluare a eficienței procedurii de curățenie și dezinsecție, procedurilor recomandate pentru dezinsecția mâinilor, Ordinului nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare, ordinului MS nr. 1226/2012 pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activitati medicale si a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza nationala de date privind deșeurile rezultate din activitati medicale</p>	100%	Medic sef, CPIAAM	permanent	Bugetul Propriu al sectiei
<p>Realizarea și respectarea planului de curățenie și dezinsecție (Plan DDD) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -respectarea măsurilor de curățenie și dezinsecție curentă - programarea ciclizării spațiilor, a perioadelor de dezinsecție și deratizare - proceduri și protocoale respectate, afișate, postere afișate - completarea zilnică a graficelor de curățenie 	100%	Medic sef, CPIAAM	permanent	Bugetul Propriu al sectiei
<p>Gestionarea corectă a deșeurilor menajere și periculoase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - actualizarea anuală și respectarea planului de gestionare a deșeurilor în conformitate cu legislația în vigoare - instruiri/reinstruiri ale personalului medico-sanitar - participare la cursuri de formare medicală continuă - încurajarea colectării selective. 	100%	Medic sef, CPIAAM	permanent	Bugetul Propriu al sectiei

Mentinerea starii de functionare a aparaturii medicale

Actiuni de intreprins	Indicator de performanta	Responsabili	Termene	Resurse previziunea bugetară / alte surse
Intreținere în bună stare de funcționare a instalațiilor sanitare și nesanitare, a echipamentelor medicale prin Sesizarea serviciului tehnic - administrativ în caz de defecțiuni, avarii (atenție la păstrarea tuturor cărților tehnice, respectiv fișelor de prezentare a produselor)	100%	Sef Sectie / sef birou administrativ	permanent	Bugetul Propriu al sectiei

Obiectiv general

2. Îmbunătățirea managementului resurselor umane

Managementul resurselor umane constă în ansamblul activităților orientate către asigurarea, dezvoltarea, motivarea și menținerea resurselor umane în cadrul organizației în vederea realizării cu eficiență maximă a obiectivelor acesteia și satisfacerii nevoilor angajaților.

Principiile esențiale ale managementului resurselor umane sunt:

1. Aprecierea factorului uman ca o resursă vitală;
2. Corelarea, într-o manieră integrată, a politicilor și sistemelor privind resursele umane cu misiunea și strategia organizației;
3. Dezvoltarea unei culturi organizaționale sănătoase.

Obiective strategice pentru dezvoltarea resurselor umane

- selectarea și recrutarea celor mai buni profesioniști în vederea asigurării continuității activităților medicale și nemedicale;
- creșterea calității actului medical prin pregătire profesională continuă și învățarea din erori a întregului personal, asigurarea coerenței în formarea și dezvoltarea resurselor umane;
- instruirea permanentă a personalului pentru asigurarea flexibilității și mobilității acestuia;
- obținerea satisfacției angajaților prin calitatea serviciilor oferite;
- colaborare profesională între persoane și echipe medicale din instituție și din alte unități sanitare cu care vom încheia protocoale de colaborare/vom continua colaborarea pentru asigurarea unei asistențe medicale integrate inter și multi disciplinară;
- organizarea și îmbunătățirea comunicării între profesioniști și între personalul medical și pacient și aparținători;
- identificarea nevoilor de instruire și întocmirea planului anual de formare profesională a personalului spitalului;
- implicarea fiecărui angajat în scopul aplicării politicii în domeniul calității prin inițiative, performanțe, responsabilitate și colaborare permanentă;
- respectarea legislației privind salarizarea personalului;
- acoperirea cu personal de specialitate a posturilor vacante, în conformitate cu legislația în vigoare, în limita bugetului.

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

ACTIVITATI

- angajarea unui director medical
- angajarea a dou sefi de sectie si un sef de laboratorul de analize medicale
- angajarea a 3 asistente, 3 infirmiere si 4 ingrijitoare de curatenie pentru continuitatea activitatii medicale in sectiile cu paturi
- angajarea unui asistenti de farmacie pentru asigurarea continuitatii activitatii
- angajarea unui statistician medical in compartimentul de evaluare si statistica medicala
- angajarea unui jurist in compartimentul juridic
- angajarea unui referent in cadrul biroului de managemet al calitatii
- angajarea unui muncitor instalator si aunui muncitor zidar.

Indicatori măsurabili:

Realizat cu incadrarea in timp

Numar de personal existent la sfarsitul trimestrului IV 2021

Cresterea gradului de ocupare a posturilor de medici , asistenti medicali si personal auxiliar

Monitorizare prin rapoarte catre comitetul director: trimestrial

Termen de realizare: 31.12.2021

Responsabil: Comitetul director, RUNOS

Buget necesar: fondul de salarii- BVC propriu

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

ACTIVITATI

- intocmirea si aplicarea planului de formare profesională, elaborat pe baza propunerilor șefilor desecții/ sectoare de activitate
- organizarea de cursuri de pregătire cu personalul medico-sanitar la nivelul spitalului
- educatie medicala continua pentru asistenti medicali si medici prin Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România si Colegiul Medicilor

Indicatori măsurabili:

Număr de participări la cursuri, pe tip de formare și categorii de personal

Nr autorizatii de libera practica emise pe tip de personal

Monitorizare prin rapoarte catre comitetul director: semestrial

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 si cheltuieli anual- 20.000 lei BVC propriu

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

ACTIVITATI

- elaborarea criteriilor de evaluare a performantelor profesionale individuale
- elaborarea fisei de autoevaluare a performantelor profesionale individuale
- elaborarea fisei de evaluare a performantelor profesionale individuale

Indicatori măsurabili:

Numar de contestatii privind nota obtinuta pentru indeplinirea criteriilor de evaluare

Indice de concordanta intre autoevaluare si evaluare

Monitorizare prin rapoarte catre comitetul director : anual

Termen de realizare: 01.03. a fiecarui an

Responsabil: Sef birou RUNOS, Sefi sectii/ compartimente,

Buget necesar: bugetul propriu al sectiei/ compartimentului

Obiectivul general

3. Obținerea certificării ISO 15189 pentru laboratorul de analize medicale

Un **Laborator de Analize Medicale** are nevoie de acreditare conform **ISO 15189** pentru a intra în relații contractuale cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice.

ACTIVITĂȚI

- desemnarea unui responsabil cu managementul calitatii în laborator conform SR EN ISO 15189:2013
- elaborarea, implementarea și revizuirea periodică unui plan de calitate (plan de control intern și extern, plan de instruire)

Indicatori măsurabili:

- Decizie cu responsabilul cu managementul calitatii în laborator conform SR EN ISO 15189:2013
- Analiza de management
- plan de calitate (plan de control intern și extern, plan de instruire) existent
- Acreditare SR EN ISO 15189:2013 obținută

Monitorizare prin rapoarte către comitetul director : anual

Termen de realizare : 31.12.2021

Responsabil: Managerul, șef laborator

Buget necesar: 30.000 lei anual(BVC propriu)

Obiectivul general

4. Asigurarea funcționalității ambulatoriului de specialitate integrat existent în structura spitalului

Cresterea diversității serviciilor medicale oferite de spital prin consultatii pneumologice realizate în ambulatoriu integrat și în același timp creșterea veniturilor spitalului prin decontarea de către casă a acestor servicii.

ACTIVITĂȚI

- Intocmirea documentației necesare încheierii contractului cu CAS pentru servicii medicale în ambulatoriu
- Modificarea statutului de funcții prin înființarea unui post asistent medical
- Angajarea unui asistent medical

Indicatori măsurabili:

- Realizat cu încadrarea în timp
- Creșterea gradului de satisfacție a pacienților
- Sumele încasate de la CAS MM și servicii la cerere
- Creșterea gradului de adresabilitate

Monitorizare prin rapoarte către comitetul director : trimestrial

Termen de realizare : trim IV 2021

Responsabil: Comitet director

Buget necesar:

Obiectivul general

5. Reacreditarea spitalului de către Autoritatea de Management al Calității în Spitale

Mentineră acreditării spitalului de către Autoritatea de Management al Calității în Spitale și acreditarea în ciclul II;

ACTIVITĂȚI

- desemnarea unui responsabil de fișă de autoevaluare pe fiecare sector de activitate medical și nemedical
- elaborarea, implementarea standardelor ANMCS la fiecare sector
- dezvoltarea controlului intern managerial
- Intensificarea activităților de monitorizare și control desfășurate la nivelul fiecărei

structuri, în scopul eliminării riscurilor existente și utilizării cu eficiență a resurselor alocate.

- Dezvoltarea activităților de prevenire și control pentru protejarea resurselor alocate împotriva pierderilor datorate risipei, abuzului, erorilor sau fraudelor.

- Îmbunătățirea comunicării între structurile spitalului, în scopul asigurării circulației informațiilor operative, fără distorsiuni, astfel încât acestea să poată fi valorificate eficient în activitatea de prevenire și control intern.

- Proiectarea, la nivelul fiecărei structuri, a standardelor de performanță pentru fiecare activitate, în scopul utilizării acestora și la realizarea analizelor pe baza deciziei obiective, privind valorificarea resurselor alocate.

Indicatori măsurabili:

- Decizii cu responsabilități fisei de autoevaluare
- Decizie privind constituirea comisiei de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a dezvoltării sistemului de control managerial
- Acreditare ANMCS obținută

Monitorizare prin rapoarte către comitetul director: lunar

Termen de realizare :trim III 2021

Responsabil: Comitetul director

Buget necesar:100.000 lei - (BVC propriu)

Obiectivul general

6. Obținerea certificării ISO 22000 pentru blocul alimentar HACCP

HACCP (Hazard Analysis & Critical Control Points)) este o metodă de operare structurată recunoscută pe plan internațional, care ajută organizațiile din industria alimentară și a băuturilor să identifice riscurile de siguranță alimentară, să le prevină și să respecte legislația. Sistemul HACCP este structurat științific și identifice riscurile și măsurile de control asociate lor pentru a asigura siguranța alimentară. HACCP este utilizat în toate etapele de producție și toate procesele de preparare a alimentelor.

Prin documentarea și implementarea SMSA:

- se asigură că pericolele pentru siguranța alimentului care sunt posibil să apară legat de produsele sale, în limitele domeniului sistemului sunt identificate, evaluate și controlate în așa fel încât produsele să nu dăuneze, direct sau indirect, consumatorilor;
- comunică informații adecvate pe întreg lanțul alimentar referitoare la problemele de siguranță a produselor sale;
 - comunică informații despre dezvoltarea, implementarea și actualizarea sistemului de management al siguranței alimentului
- evaluează periodic și actualizează, dacă este necesar, sistemul de management al siguranței alimentului

Activități specifice

- Organizarea procedurii de achiziție
- Intocmirea documentației
- Menținerea echipamentelor de lucru
- Deratizare, dezinsecție și dezinsecție
- Curățenie generală a spațiilor din cadrul blocului alimentar

Indicatori măsurabili:

- certificatul de management al calității și siguranței alimentului (HACCP)

Termen de realizare: 31.12.2023

Responsabil: Comitetul director, SMC, Coordonatori secție, Asistenți șefi de secție, Șef laborator, as. CIAAM

Buget necesar- 25.000 lei (BVC propriu)

Obiectivul general

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

Standardul ISO 9001 specifică cerințele generale pentru dezvoltarea, implementarea și îmbunătățirea sistemelor de management al calitatii. Standardul ISO 9001 poate fi aplicat de către orice organizație care dorește să îmbunătățească funcționarea sa, indiferent de mărimea sau domeniul de aplicare și este cel mai răspândit standard de management la nivel mondial.

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

Indicatori măsurabili:

- Decizie cu responsabilul de monitorizare a standardelor ISO pe spital
- Numar rapoarte ale activitatii structurii managemetului calitatii
- Plan de imbunatatire a calitatii serviciilor medicale existent si revizuit periodic
- Certificare ISO obtinuta

Monitorizare prin rapoarte catre comitetul director : trimestrial

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 general

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

Spitalul de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede este incadrat in categoria aV-a motiv pentru care la contractarea paturilor din sectiile de acuti- DRG contracteaza cu 23% mai putin decat cele incadrate in categoria I.

Pentru a atrage in continuare fonduri suplimentare de la CAS vom solicita modificarea structurii organizatorice prin transformarea unor paturi de pe sectii de acuti-DRG PneumologieAdulti in Compartiment de reabilitare respiratorie, Compartiment de ingrijiri paleative si Laborator de somnologie.

ACTIVITATI:

- modificarea stucturii organizatorice

Indicatori măsurabili:

Realizat cu incadrarea in timp

Gradul de utilizare a compartimentelor de pneumologie cronici, RMR, Ingrijiri paliative

Suma incasata de la la Casa de asigurari de Sanatate pentru pacientii cronici

comparativ cu acelasinumar de paturi in sistem DRG.

Monitorizare prin rapoarte catre comitetul director : trimestrial

Termen de realizare: trim I 2020

Responsabili: comitet director

Buget necesar: nu este cazul

Acest PLAN DE IMPLEMENTARE va deveni un document de lucru, care va fi actualizat ori de câte ori este necesar, deoarece strategia echipei manageriale:

- Este abia inițiată și este departe de a fi perfectă;
- Reflectă dezvoltarea noastră organizațională la un nivel superior în cadrul spitalului, intenția de a crea o bază pentru a susține gândirea strategică și a dezvolta capacitățile noastre manageriale;

- Delimitează clar prioritățile spitalului pentru următorii 5 ani, în concordanță cu serviciile regionale și specificul național;
- Ia în calcul modificările mediului extern la nivel local, regional și național;
- Recunoaște rolul cheie pe care personalul îl joacă în realizarea obiectivelor strategice viitoare, identifică și rezolvă majoritatea problemelor de resurse umane cu care se confruntă spitalul nostru în prezent.

ÎNCADRARE ÎN TIMP – GRAFIC GANTT
Eșalonarea OBIECTIVELOR STRATEGICE în timp: 5 ANI

OBIECTIVE / ACTIVITATI	2021	2022	2023	2024	2025	2026
OBIECTIV STRATEGIC PRIORITAR						
OBIECTIVE PE TERMEN SCURT						
1. Îmbunătățirea calitatii serviciilor medicale furnizate și a siguranței pacienților	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Ameliorarea practicilor medicale de îngrijire a pacientului	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Îmbunătățirea calității îngrijirilor acordate pacientului, prin implementarea ghidurilor de nursing și adoptarea de protocoale și proceduri de îngrijire pe tipuri de pacient și nevoi	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Implementarea unui sistem de colaborare și parteneriate cu asociații, servicii sociale, medico-sociale și de îngrijire la domiciliu	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Depistarea, controlul și supravegherea infecțiilor asociate asistenței medicale spitalicești	2021	2022	2023	2024	2025	2026
2. Îmbunătățirea managementului resurselor umane	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Asigurarea încadrării minim necesare cu personal în condițiile aplicării unei legislații restrictive în acest domeniu	2021					
Dezvoltarea formării profesionale pentru toate categoriile de salariați	2021	2022	2023	2024	2025	2026

Evaluarea corectă a activității profesionale a salariaților	2021	2022	2023	2024	2025	2026
3. Obținerea certificării ISO 15189 pentru laboratorul de analize medicale	2021					
4. Asigurarea functionalitatii ambulatoriului de specialitate integrat existent in structura spitalului	2021					
5. Reacreditarea spitalului de catre Autoritatea de Management al Calitatii in Spitale	2021					
OBIECTIVE PE TERMEN MEDIU						
6. Obținerea certificării ISO 22000 pentru blocul alimentar HACCP			2023			
7. Obținerea certificării ISO 9001:2015 pentru calitatea serviciilor medicale oferite			2023			
OBIECTIVE PE TERMEN LUNG						
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						2026

Comitetul director ,

Manager interimar - Jr. Savescu Laurentiu Marian

Director financiar contabilitate – Ec. Chirita Corina Mirela

Pt. Director medical interimar – Dr. Varsa Marius

Indicatorii de performanță ai Spitalului de Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede, Teleorman

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 prezentati la camera de garda	Valoare proprie	84.58	85.62	85.53	87.83
	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	Valoare proprie	3.97	4.58	6.03	5.50

zile de la extern					
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

Comitetul director ,

Manager interimar - Jr. Savescu Laurentiu Marian

Director financiar contabilitate – Ec. Chirita Corina Mirela

Pt. Director medical interimar – Dr. Varsa Marius



