



PLANUL DE MANAGEMENT AL SPITALULUI MUNICIPAL DE URGENȚĂ ROMAN - 2024 -

	Nume si Prenume	Semnături
Elaborat – Manager	Dr. Andrici Maria	
Avizat - Comitet Director		
Director Medical	Dr. Popescu Nicoleta	
Director Financiar Contabil	Ec. Rus Magda	
Director Ingrijiri Medicale	As. med. jur. Chirilă Elena	
Aprobat – Președinte Consiliu de Administrație	Ec. Oprea Constantin	 SPITALUL MUNICIPAL DE URGENȚĂ ROMAN CONSILIUL DE ADMINISTRAȚIE
Data: 27.03.2024		

CUPRINS

1. VIZIUNEA, MISIUNEA si VALORILE SPITALULUI

1.1. Viziune

1.2. Misiune

1.3. Valori

2. CADRUL CONTEXTUAL AL DESFASURARII ACTIVITATILOR SPITALULUI

2.1. Generalitati

2.2. Activitati

3. SERVICII MEDICALE OFERITE DE SPITAL

3.1. Servicii de urgenta

3.2. Servicii curative

3.3. Servicii profilactice

4. ORGANIZAREA SPITALULUI

4.1. Structura organizatorica actuala a spitalului

4.2. Structura de personal

4.3. Patrimoniul spitalului

4.4. Dotarile spitalului

5. CONTEXT LEGISLATIV APLICABIL

5.1. Context legislativ general

5.2. Context legislativ specific

6. ANALIZA ANULUI 2023

6.1. Caracteristici relevante ale populatiei deservite de spital

6.2. Analiza SWOT

7. PRIORITATI MANAGERIALE 2024

8. ORIENTARI SI POLITICI 2024

8.1. Orientari de baza

8.2. Politici

9. OBIECTIVE SI INDICATORI 2024

9.1. Obiective generale

9.2. Obiective specifice - directii

10. REZULTATE ASTEPTATE

11. EVALUAREA PLANULUI DE MANAGEMENT

12. ANEXE

1. VIZIUNEA, MISIUNEA si VALORILE SPITALULUI

1.1. *Viziune*

1.1.1. **”Pentru sanatate, impreuna!”**

1.1.2. Dorim sa generam in permanenta pentru comunitatea locala performanta pe plan medical, plus valoare, sa contribuim la imbunatatirea continua a actului medical si sa diversificam serviciile medicale pe care sa le oferim, cu respectarea intotdeauna a drepturilor pacientilor.

1.1.3. Vom trata orice pacient cu simt de raspundere, respect si profesionalism.

1.1.4. Ne vom canaliza toata energia prentu a preveni, diagnostica, trata si oferi ingrijiri medicale la standarde adecvate si ne vom axa in permanenta spre imbunatatirea continua a calitatii vietii pacientilor nostri.

1.1.5. Dorim sa fim un spital eficient, bine dotat, cu personal motivat, bine pregatit si permanent aflat in slujba celor care au nevoie de serviciile noastre.

1.2. *Misiune*

1.2.1. Misiunea noastra este de a ne implica major in imbunatatirea starii de sanatate a comunitatii urbane si rurale arondate.

1.2.2. Suntem in permanenta orientati spre a identifica si solutiona profesionist nevoile pacientilor prin furnizarea de servicii medicale de calitate, bazate pe competenta profesionala, transparenta, etica si eficienta.

1.3. *Valori*

1.3.1. Valorile esentiale pe care le promovam in activitatile noastre de zi cu zi sunt:

a. Profesionalism – activitatile pe care le desfasuram au la baza reguli si cerinte clare de la care nu putem face rabat; cu totii ne implicam in mod activ in realizarea misiunii acestei institutii medicale; deviza noastra permanenta este sa construim incredere.

b. Performanta – rezultatele noastre trebuie sa ne reprezinte si sa ne consolideze pozitia pe plan local.

c. Grija fata de om – prin tot ceea ce noi vrem sa dezvoltam din punct de vedere medical si social, omul este in permanenta in centrul atentiei noastre, indiferent ca acesta se numeste pacient sau salariat al spitalului; ii respectam intotdeauna drepturile si libertatile.

d. Transparenta – comunicam cu pacientii si salariatii nostri; suntem in permanenta deschisi si venim in intampinarea nevoilor acestora.

e. Accesibilitate – prin modul in care suntem organizati, cei care ne solicita sprijin si ajutor, le pot primi in orice moment.

2. CADRUL CONTEXTUAL AL DESFASURARII ACTIVITATILOR SPITALULUI

2.1. *Generalitati*

2.1.1. Ingrijirea sanatatii centrata pe cetatean.

2.1.2. Sanatatea este bunul cel mai de pret al omului, iar dusmanul cel mai redutabil al sanatatii este boala. Intre acestea intervin spitalul si personalul acestei institutii medicale.

2.1.3. Ca institutie medicala publica, prin tot ceea ce urmarim sa realizam, dorim sa contribuim la asigurarea sanatatii populatiei municipiului Roman si a zonelor limitrofe arondate.

2.1.4. Ca institutie reprezentativa a sistemului sanitar al municipiului Roman, suntem in permanenta orientati sa facem fata tuturor provocarilor majore privind rolul si locul nostru in cadrul sistemului national actual de sanatate, sistem aflat intr-o continua transformare.

2.1.5. Calitatea este rezultanta nivelurilor caracteristicilor de calitate ale serviciului realizat la un moment dat.

2.1.6. Una dintre caracteristicile de calitate importante este cea economico-financiara care se refera la costuri, pret si corelarea dintre nivelul calitativ si pret.

2.2. Activitati

2.2.1. Activitatea organizatorica si functionala a spitalului este reglementata si supusa controlului, la nivel teritorial, de catre Consiliul Local Roman si Directia de Sanatate Publica Neamt, si in mod implicit si de catre Ministerul Sanatatii, ca autoritate centrala în domeniul asistentei de sanatate publica.

2.2.2. Activitatea profesionala si respectarea manoperelor si a procedurilor medicale sunt supuse reglementarilor în vigoare. Problemele de etica si deontologie profesionala care nu pot fi solutionate prin Consiliul etic al spitalului, sunt transmise spre evaluare specifica, dupa caz, la Colegiului Medicilor din Romania, Colegiului Farmacistilor din Romania sau Ordinului Asistentilor Medicali din Romania.

2.2.3. Prin Compartimentul de Primire Urgente, spitalul asigura primul ajutor si asistenta medicala de urgenta, avand personal propriu, special pregatit pentru triajul, evaluarea si tratamentul de urgenta al pacientilor cu afectiuni acute, care se prezinta la spital spontan sau care sunt transportati de ambulante, datorita starii lor critice de sanatate care necesita interventii operative si profesioniste.

2.2.4. Pentru pacienții care se adreseaza spitalului, acesta asigura asistenta medicala si răspunde pentru:

- calitatea actului medical;
- conditiile de cazare, igiena, alimentatie si de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale;
- acoperirea prejudiciilor cauzate pacientilor în caz de neefectuare si/sau efectuarea neadecvata a actului medical la care acestia au fost supusi, prejudicii stabilite de catre organele competente.

2.2.5. Spitalul acorda primul ajutor și asistenta medicala de urgenta oricarei persoane care se prezinta la Compartimentul de Primiri Urgente sau la Ambulatoriul integrat, daca starea sanatatii acelei persoane o necesita.

2.2.6. Dupa stabilizarea functiilor vitale, spitalul asigura, atunci cand situatia o impune, transportul medicalizat la o alta unitate medico-sanitara de profil cu care exista încheiata conventie medicala specifica.

3. SERVICII MEDICALE OFERITE DE SPITAL

3.1. Servicii de urgenta

- toate urgentele medico-chirurgicale se adreseaza Compartimentului de Primiri Urgente pentru consultatii, investigatii – analize medicale si investigatii radiologice (radiografii, ecografii, CT), tratament de specialitate, internare la nevoie si interventii chirurgicale de urgenta, acolo unde se impune.

3.2. Servicii curative

3.3. Servicii profilactice

- controale periodice;
- servicii de planificare familiala;
- monitorizarea evolutiei sarcinii si a lauziei;
- urmarirea dezvoltarii fizice si psihomotorii a sugarului si copilului;
- servicii de educatie sanitară.

3.4. Servicii recuperare și reabilitare medicală

3.5. Servicii îngrijiri paliative

4. ORGANIZAREA SPITALULUI

4.1. Structura organizatorică actuală a spitalului

4.1.1. În prezent spitalul funcționează în baza structurii organizate și aprobate prin OMS nr. 792/2010, cu modificările și completările ulterioare, respectiv HCL nr. 16 din data de 31.01.2024 privind aprobarea organigramei (Anexa nr.1_HCL);

4.1.2. Spitalul asigură servicii medicale unei populații zonale estimate la un număr de 235 000 locuitori.

4.1.3. Spitalul asigură servicii medicale atât pentru municipiul Roman cât și pentru un număr de 30 comune.

4.1.4. Spitalul dispune de un număr de :

- 666 paturi – spitalizare continuă;
- 20 paturi – spitalizare de zi;
- 30 paturi – insotitori;

4.1.5. Spitalul dispune de:

- secții și compartimente cu specific medical;
- compartiment primiri urgente;
- serviciu de anatomie patologică;
- laborator de analize medicale;
- laborator de radiologie și imagistică medicală;
- farmacie cu circuit închis;
- ambulatoriu integrat spitalului;

4.1.6. Din punct de vedere funcțional, activitățile manageriale, administrative, de aprovizionare și economico-financiare sunt organizate astfel încât să constituie un suport activ și eficient pentru desfășurarea tuturor serviciilor medicale.

4.2. Structura de personal

4.2.1. Structura de personal, la data elaborării prezentului Plan de management (luna Februarie 2024) este următoarea:

a. total personal medical : 849 din care:

- total medici: 110 din care total medici rezidenți: 13
- total personal îngrijiri medicale: 644 din care:
 - total asistenți medicali : 388,5 din care:
 - total asistenți medicali cu studii superioare: 10
 - total asistenți medicali cu studii medii: 378,5
 - total registratori medicali: 18
 - total infirmieri: 124
 - total îngrijitori: 103,5
 - total brancardieri: 10

b. farmacia spitalului dispune de un număr total de 13 salariați, din care:

- total personal cu studii superioare de specialitate: 2
- total personal cu studii medii: 11

c. laboratoarele ale căror activități furnizează datele necesare pentru stabilirea unor diagnostice adecvate de către medicii din structurile medicale ale spitalului au un număr total de 55 personal din care:

- un număr total de 14 îl reprezintă personal cu studii superioare de specialitate;
- un număr total de 41 îl reprezintă personal cu studii medii.

- d. total personal din cadrul aparatului functional-administrativ : 46 din care:
- total personal cu studii superioare: 27 din care:
 - personal cu studii superioare economice: 12
 - personal cu studii superioare tehnice: 5
 - personal cu studii superioare juridice: 2
 - total personal cu studii medii: 8

4.3. Patrimoniul spitalului

4.3.1. Spitalul functioneaza in 2 locatii din Roman:

- a. Str. Tineretului nr. 28 – cladire D+P+6E, unde isi desfasoara marea majoritate a personalului din structurile medicale - sectii/compartimente si ambulatoriu integrat)
- pavilionul administrativ in cladirea vechii Policlinici
 - compartiment Ingrijiri paliative in cladirea vechii Policlinici.
- b. Str. Speranței nr. 13 – cu doua corpuri:
- un corp unde isi desfasoara activitatile personalul din sectiile Pediatrie si Boli infectioase – accesul in aceste doua structuri medicale asigurandu-se distinct;
 - cel de-al doilea corp este destinat sectiei Psihiatrie.

4.4. Dotarile spitalului

- 4.4.1. Sectiile cu profil medical sunt dotate cu aparatura performanta care asigura conformitatea prestarii serviciilor medicale de specialitate, conform domeniului acreditat.
- 4.4.2. Laboratorul de analize medicale are asigurate toate dotarile necesare efectuării analizelor din domeniul pentru care a fost autorizat si contracte cu un laborator extern de analize pentru analizele care nu se lucreaza la noi.
- 4.4.3. Laboratorul de radiologie si imagistica medicala, prin dotarile actuale de care dispune, asigura populatiei efectuarea urmatoarelor tipuri de investigatii:
- a. radiografii de: craniu, coloana vertebrală, schelet, abdomen nativ, bazin; cardio -pulmonare; torace osos; urografii; histerosalpingografii;
 - b. examene radioscopice: pulmonar, tranzit esofagian, gastro-duodenal, irigoscopie;
 - c. ecografii: abdominale și pelvine, de tiroidă, de sân, Doppler;
 - d. CT;
 - e. mamograf.
- 4.4.4. Echipamentele si aplicatiile IT utilizate asigura procesarea electronica operativa atat a datelor privitoare la afectiunile tratate, la pacientii spitalizati dar si procesarii de date pe linie economica, de achizitii, tehnica, etc.

5. CONTEXT LEGISLATIV APLICABIL

5.1. Context legislativ general

5.1.1. Cadrul legislativ aplicabil asigura planificarea, prestarea si tinerea sub control a serviciilor medicale oferite este reprezentat de legislatia generala si specifica urmatoarelor domenii de activitate: medical, paraclinic, farmaceutic, functional-administrativ (resurse umane, economic, tehnic, igiena si siguranta alimentara, SSM, PSI-SU, metrologie, ISCIR)

5.2. Context legislativ specific

5.2.1. Legislatia de baza aplicabila domeniului medical este:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare;
- Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientilor, cu modificarile si completarile ulterioare;

PLANUL DE MANAGEMENT AL SPITALULUI MUNICIPAL DE URGENȚĂ ROMAN

- Ordinul nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003;
- Ordinul (MS) nr. 1096/2016 pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare;
- Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calitatii în sistemul de sănătate;
- Ordin nr. 1500/2009 din 24 noiembrie 2009 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare;
- OMS nr. 1224/2006 pentru aprobarea Normelor privind activitatea unităților de transfuzie sanguină din spitale;
- Ordin nr. 1706 din 2 octombrie 2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor;
- Ordinul nr. 1101 din 30 septembrie 2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare;
- Ordinul nr. 1761/2021 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în unitățile sanitare;
- Ordin nr. 1761/2021 din 3 septembrie 2021 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în unitățile sanitare publice și private, evaluarea eficacității procedurilor de curățenie și dezinfecție efectuate în cadrul acestora, procedurile recomandate pentru dezinfectia mâinilor în funcție de nivelul de risc, precum și metodele de evaluare a derulării procesului de sterilizare și controlul eficienței acestuia;
- Ordinul MS nr. 75/2010, pentru aprobarea Regulilor de bună practică farmaceutică;
- Legea nr. 266/2008 *** Republicata - legea farmaciei;
- Ordinul nr. 39/16.01.2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului;
- Ordinul nr. 1228/2006 pentru aprobarea Normelor privind organizarea sistemului de hemovigilență, de asigurare a trasabilității, precum și a Regulamentului privind sistemul de înregistrare și raportare în cazul apariției de incidente și reacții adverse severe legate de colecta și administrarea de sânge și de componente sanguine umane;
- Legea nr. 448/2006 din 6 decembrie 2006 *** Republicată - privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap;
- Legea nr. 185/2021 din 1 iulie 2021 pentru completarea art. 86¹ din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap;
- Ordinul nr. 1502/2016 din 19 decembrie 2016 pentru aprobarea componenței și a atribuțiilor Consiliului etic care funcționează în cadrul spitalelor publice;
- Ordinul nr. 559/874/4017 din 8 noiembrie 2001 privind înființarea nucleelor de calitate în unele unități spitalicești;
- Ordinul nr. 1782/28.12.2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu toate modificările și completările specifice ulterioare;
- Ordinul nr. 3670/2022 din 6 decembrie 2022 privind stabilirea programului de vizite în unitățile sanitare publice;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1226/2012, pentru aprobarea Normei tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale și a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale;

5.2.2. Legislația de baza aplicabilă domeniului economic este reprezentată de:

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

- Hotărârea nr. 521/2023 din 26 mai 2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- Ordinul nr. 1857/441/2023 din 30 mai 2023 - privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.
- Legea contabilitatii 82/1991 republicata, si actualizata;
- OMFP 2861/2009 pentru aprobarea Normelor privind Organizarea si efectuarea inventarierii elementelor de natura activelor, datoriilor si capitalului proprii – cu actualizarile specifice ulterioare
- HG 1031/1999 pentru aprobarea Normelor Metodologice privind inregistrarea in contabilitate a bunurilor care alcatuiesc domeniul public al statului si al unitatilor administrativ – teritoriale cu actualizare specifice ulterioare
- Ordinul 2634/2015 privind documentele financiar contabile
- Legea 500/2002 privind finantele publice, cu modificarile si completarile ulterioare
- HG 2230/1969 privind gestionarea bunurilor materiale cu actualizarile specifice ulterioare
- HG 841/1995 privind procedurile de transmitere fara plata si de valorificare a bunurilor apartinand institutiilor publice – cu actualizarile specifice ulterioare
- OMFP nr. 1792/2002 pentru aprobarea Normelor metodologice privind angajarea, lichidarea, ordonantarea si plata cheltuielilor institutiilor publice, precum și organizarea, evidența și raportarea angajamentelor bugetare și legale;
- Hotararea nr. 423/2022 din 25 martie 2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate;

5.2.3. Legislatia de baza privitoare la achizițiile publice este:

- Legea nr. 98/2016 privind achizițiile publice;
- Hotararea nr. 395/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la atribuirea contractului de achizitie publica/acordului-cadru din Legea nr. 98/2016 privind achizițiile publice;
- Legea nr. 99/2016 privind achizițiile sectoriale;
- Legea nr. 101/2016 privind remediile si caile de atac în materie de atribuire a contractelor de achizitie publica, a contractelor sectoriale si a contractelor de concesiune de lucrari si concesiune de servicii, precum si pentru organizarea si functionarea CNSC;
- Ordinul nr. 281/2016, privind stabilirea formularelor standard ale Programului anual al achizițiilor publice si Programul anual al achizițiilor sectoriale.
- Ordonanța nr. 3/2021 din 25 august 2021 pentru modificarea și completarea unor acte normative în domeniul achizițiilor publice;

5.2.4. Legislatia de baza pe linie de management resurse umane este:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare;
- Legea 53/2003 – Codul muncii republicat, cu toate actualizarile specifice ulterioare;
- Hotărârea nr. 1336/2022 din 28 octombrie 2022 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și dezvoltarea carierei personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice;
- Ordinul nr. 974/2020 din 2 iunie 2020 privind stabilirea criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale pentru personalul contractual și a fișei de evaluare a personalului de execuție și de conducere;

PLANUL DE MANAGEMENT AL SPITALULUI MUNICIPAL DE URGENȚĂ ROMAN

- Regulamentul nr. 679/27.04.2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor);
- Legea nr. 544/2001 cu toate completările ulterioare - privind liberul acces la informațiile de interes public, actualizare 2016;
- Hotărârea nr. 478/08.07.2016 pentru modificarea și completarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 123/2002;
- Legea nr. 52/2003 din 21 ianuarie 2003*** Republicată - privind transparența decizională în administrația publică;
- Legea nr. 176/2010 din 1 septembrie 2010 privind integritatea în exercitarea funcțiilor și demnităților publice, pentru modificarea și completarea Legii nr. 144/2007 privind înființarea, organizarea și funcționarea Agenției Naționale de Integritate, precum și pentru modificarea și completarea altor acte normative;
- Legea 153/2017 privind salarizarea personalului platit din fonduri publice;
- Hotărârea nr. 153/2018 din 29 martie 2018 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind stabilirea locurilor de munca, a categoriilor de personal, a marimii concrete a sporului pentru condiții de munca prevăzute în anexa nr. II la Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului platit din fonduri publice, precum și a condițiilor de acordare a acestuia, pentru familia ocupatională de funcții bugetare "Sanatate și asistență socială";
- Hotărârea nr. 970/2023 din 12 octombrie 2023 pentru aprobarea Metodologiei privind prevenirea și combaterea hărțuirii pe criteriul de sex, precum și a hărțuirii morale la locul de muncă;
- Hotărârea nr. 1344/2007 din 31 octombrie 2007 privind normele de organizare și funcționare a comisiilor de disciplină;

5.2.5. Legislația de baza și standarde pe linie de management calitate în domeniul sanitar

- Ordinul SGG nr. 600/07.05.2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;
- Ordinul MSP nr. 446/18.04.2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurilor și metodologiei de acreditare și evaluare a spitalelor;
- Ordinul nr. 1312/250/2020 - privind organizarea și funcționarea structurii de management al calității serviciilor de sănătate în cadrul unităților sanitare cu paturi și serviciilor de ambulanță, în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;
- Ordinul nr. 298/2020 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;
- SR EN ISO 9001:2015 - Cerințe privitoare la managementul calității;

5.2.6. Legislația de baza aplicabilă SSM-PSI-SU

- Legea nr. 319/2006 din 14 iulie 2006 - Legea securității și sănătății în muncă;
- Hotărârea nr. 1425/2006 din 11 octombrie 2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006;
- Hotărârea nr. 1048/2006 din 9 august 2006 *** Republicată - privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru utilizarea de către lucrători a echipamentelor individuale de protecție la locul de muncă;
- Legea nr. 307/2006 privind apărarea împotriva incendiilor;
- Ordinul nr. 163/2007 pentru aprobarea Normelor generale de apărare împotriva incendiilor;
- Legea nr. 481/2004 din 8 noiembrie 2004*** Republicată - privind protecția civilă;

- Ordinul nr. 75/2019 pentru aprobarea Criteriilor de performanță privind constituirea, încadrarea și dotarea serviciilor voluntare și a serviciilor private pentru situații de urgență;
- Hotararea nr. 160 din 14 februarie 2007 pentru aprobarea Regulamentului privind portul, descrierea, condițiile de acordare și folosire a uniformei, echipamentului de protecție și însemnelor distinctive ale personalului serviciilor pentru situații de urgență voluntare/private;

6. ANALIZA ANULUI 2023

6.1. Caracteristici generale

6.1.1. Analiza anului 2023 privind activitățile medicale și nemedicale în cadrul SMU Roman arată astfel:

- Vizita de evaluare ANMCS

În perioada 24 - 28.04.2023 s-a desfășurat vizita de evaluare ANMCS în vederea Acreditării spitalului - ciclul II, vizita care a necesitat o pregătire susținută din partea tuturor salariaților spitalului și care s-a încheiat cu primirea raportului de evaluare nr. CE 93_13.05.2023. În baza raportului de evaluare va fi elaborat raportul de acreditare și ulterior emiterea Hotărârii privind Acreditarea spitalului ciclul II;

În perioada premergătoare vizitei de evaluare ANMCS spitalul a alocat resurse financiare importante, suport în asigurarea îndeplinirii cerințelor și indicatorilor de calitate (de exemplu: culoar acces persoane cu dizabilități, reparații și igienizări atât în spital cât și în sediul Administrativ, servicii de monitorizare electronică și intervenție rapidă în caz de evenimente – butoane de panică, extinderea sistemului de supraveghere prin mijloace audio-video privind paza obiectivelor, bunurilor, valorilor și protecția persoanelor, dotare aparatură).

- Proiecte prin Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR)

➤ Componenta C12 – Sănătate

Demararea proiectului derulat prin Planul Național de Redresare și Reziliență, PNRR/2022/C12/MS/I2 „Achiziții echipamente medicale destinate reducerii riscului de infecții nosocomiale; dezvoltarea laboratoarelor de referință și a celor cu capacitate de investigații și analize de microbiologie specializate în Spitalul Municipal de Urgență Roman”;

➤ Componenta C7 - Transformare digitală

Demararea realizării sistemului de eHealth și telemedicină; Investiția specifică: Investiții în sistemele informatice și în infrastructura digitală a unităților sanitare publice; COD APEL MS-733

- Proiecte extindere

Au continuat lucrările privind modernizarea Stației Centrale de Sterilizare a spitalului – fonduri CNI și lucrările privind Proiectul de Extindere, reabilitare, modernizare și dotare Ambulatoriu integrat – Fonduri Europene;

- Sistemul de Management al Calității ISO 9001:2015

Pe parcursul anului 2023 spitalul și-a menținut certificarea Sistemului de Management al Calității în conformitate cu cerințele ISO 9001:2015 iar în perioada 30.10 - 03.11.2023 a avut loc auditul de supraveghere (S1), încheiat cu raportul de audit nr. 38103/ 27.11.2023;

- RENAR - Asociația de Acreditare din Romania

Etapă conform procesului de acreditare supraveghere S2 plus E1 – extindere domenii pentru Laboratorul de Analize medicale al spitalului, în urma vizitei RENAR, care s-a desfășurat în perioada 20 – 21.05.2023. În baza raportului de evaluare Laboratorul de Analize medicale și-a menținut parțial criteriile de acreditare stabilite de RENAR. - Sistemul de management al calitatii implementat este menținut parțial și îmbunătățit în conformitate cu cerințele de management și tehnice ale standardului de referință SR EN ISO 15189:2013. Conform anexei nr. 1 la certificatul de acreditare nr. LM 810, actualizat la data 08.01.2024, s-au menținut domeniile acreditate anterior și s-a extins cu noi acreditări pentru următoarele:

- Hematologie – Hemoleucograma completă/Determinarea automată a elementelor figurate din sânge;
- Chimie clinică – Determinări biochimice/Spectrofotometrie: TGP, TGO, LDH, CO2, Glucoză

Prin campania derulată în cadrul Programului 1762 ROU-T-MoH Abordarea provocărilor sistemului de sănătate privind controlul tuberculozei în România - în cadrul Laboratorului de analize medicale se lucrează probe pentru depistarea BK;

- Feedback SMS

În vederea aprecierii îngrijirilor medicale și a creșterii calității acestora Feedback SMS este un proces de monitorizare continuu al SMU Roman. Lunar s-au analizat răspunsurile/sugestiile și recomandările pacienților/apartinătorilor la chestionarele din aplicația Feedback SMS, atât în Consiliu Medical și Consiliu etic cât și în cadrul sesiunilor Comitetului Director;

- Accentul pe „Spitalizarea de zi” - indicator servicii medicale

În anul 2023 a crescut semnificativ numărul serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi (peste 40%), spitalul susținând astfel Proiectul de Masterplan din regiunea N-E

- STOP CORUPȚIE – Educație contra corupției

S-a pus accent pe stoparea corupției promovând proiectul „Nu corupție”, prin afisarea, la toate intrările, a pliantelor STOP CORUPȚIE, efectuare cursuri specifice privind modalitatea de evitare a infracțiunilor de corupție;

- Genetică medicală (specialitate deficitară la nivel național)

Înființarea cabinetului Genetică medicală în cadrul Ambulatoriului de specialitate.

- Serviciul privat propriu pentru situații de urgență

Primirea avizului de înființare a Serviciului privat propriu pentru situații de urgență al instituției Tip P1 și a avizului pentru sectorul de competență a Serviciului privat propriu pentru situații de urgență la data de 11.10.2023.

6.1.3. În anul 2024 ne propunem să ridicăm și mai mult standardele calitatii serviciilor medicale, cu scopul de a ajuta cât mai mulți pacienți cu patologii diverse să își recapete functionalitatea, mobilitatea, sănătatea.

6.2. Situația realizării indicatorilor de performanță ai managementului spitalului pentru anul 2023, a fost următoarea:

Indicatori	Realizat
A. Indicatori de management resurse umane	
A.1. Proporția medicilor din totalul personalului	12.08 %
A.2. Proporția personalului de specialitate medico-sanitar din totalul personalului angajat al spitalului	88.47 %
A.3. Gradul de ocupare cu personal specializat a serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale	92.31 %
B. Indicatori de utilizare a serviciilor	
B.1. Durata medie de spitalizare pe spital	6.51 %
B.2. Rata de utilizare a paturilor – pe spital	52.48 %
B.3. Indicele de complexitate a cazurilor – pe spital	1.3336
B.4. Numarul spitalizarilor de zi raportat la numarul total de spitalizari	40.69 %
C. Indicatori economico-financiari	
C.1. Execuția bugetară față de bugetul de cheltuieli aprobat	87.82 %
C.2. Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului (sintagma "venituri proprii" înseamnă, în cazul acestui indicator, toate veniturile proprii ale spitalului public, mai puțin sumele încasate în baza contractelor încheiate cu casa de asigurări de sănătate);	11.37 %
C.3. Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului	68.29 %
C.4. Procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului	9.65 %
C.5. Costul mediu/zi de spitalizare, pe spital	1068.00
D. Indicatori de calitate	
D.1. Rata mortalității intraspitalicești pe total spital (din cauza complicațiilor survenite în timpul spitalizării)	0.37 %
D.2. Rata infecțiilor asociate asistenței medicale pe total spital (la 100 de pacienți externați)	0.68 %
D.3. Sancțiuni/măsurile de remediere dispuse de către Inspekția Sanitară de Stat în urma acțiunilor de inspekție a măsurilor igienico-sanitare, activităților de sterilizare și dezinsekție în spital	Au fost dispuse sancțiuni/măsurile de remediere și au fost implementate/remediate în termenul dispus
D.4. Numărul mediu de consultații/medic în ambulatoriu	896.02
D.5. Rata de screening pentru germeni cu risc epidemic (enterobacterii rezistente la carbapenem, enterococi rezistenți la vancomicină, enterobacterii producătoare de betalactamaze cu spectru extins) la pacienții internați în secțiile ATI, oncologie, hematologie	91.87 %
D.6. Realizarea anuală a unui studiu de prevalență de moment a infecțiilor asociate asistenței medicale și a consumului de antibiotice pe baza metodologiei elaborate de Institutul Național de Sănătate Publică	Realizat
D.7. Rata de conformitate cu administrarea unei doze unice de antibiotic în profilaxia antibiotică perioperatorie constatată la studiul de prevalență de moment	100.00 %
D.8. Sistem de comunicare cu aparținătorii/reprezentanții legali ai pacienților, procedurat și implementat	Procedurat și implementat
D.9. Sistem de evaluare a gradului de satisfacție a pacienților, procedurat și implementat	Procedurat și implementat

E. Indicatori de integritate	
E.1. Proporția angajaților unității sanitare care au fost instruiți prin intermediul programelor de formare profesională pe tema conflictelor de interese și a incompatibilităților;	0.00 %
E.2. Gradul de realizare a măsurilor preventive pentru limitarea conflictelor de interese și a incompatibilităților: a) respectarea standardului general de publicare a informațiilor de interes public conform anexei nr. 4 la Hotărârea Guvernului nr. 1.269/2021 privind aprobarea Strategiei naționale anticorupție 2021-2025 și a documentelor aferente acesteia; b) existența unui ghid privind conflictele de interese și incompatibilitățile, precum și documentarea faptului că a fost adus la cunoștință angajaților; c) existența unei proceduri în conformitate cu prevederile Legii nr. 361/2022 privind protecția avertizorilor în interes public; d) funcționarea Consiliului etic.	100.00 %

6.3. Analiza SWOT

6.3.1. Analiza SWOT a fost efectuată în baza evaluării situației anului 2023

Puncte forte	Puncte slabe
<p><u>Mediul intern</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Spital de urgență, grad III, acreditat ANMCS și ISO 9001/2015; Structură medicală care asigură servicii medicale pentru o patologie vastă; Compartiment de chirurgie toracică, unicul în județ, maternitate grad 2; Dotări adecvate, care pot asigura continuitatea desfășurării serviciilor medicale și de îngrijiri medicale; Tratament egal și de calitate oferit tuturor pacienților, cu respectarea drepturilor acestora; Facilități de acces în structurile spitalului pentru persoane cu dizabilități; Echipa managerială profesionistă și stabilă; Laborator analize acreditat RENAR, laborator biologie moleculară. 	<p><u>Mediul intern</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Personal medical în număr insuficient pentru anumite specialități; Lipsa secțiilor de neurochirurgie, chirurgie vasculară, chirurgie plastică; Costuri relativ mari de funcționare a spitalului în sezonul rece, respectiv pentru energia electrică și gaz metan; Costuri ridicate pentru mentenanța echipamentelor medicale; Digitalizare limitată (sistem informatic parțial integrat, trasabilitatea medicației incompletă, trasabilitatea echipamentului medical parțial asigurată printr-o aplicație IT specifică); Lipsa unui RMN al spitalului; Structură insuficientă pentru spitalizarea de zi. Structuri care nu respectă cubajul și suprafața/m² pat și număr toalete alocate / salon (ATI, chirurgie, recuperare, pediatrie, boli infectioase); Neasigurarea circuitelor corecte din punct de vedere epidemiologic și funcțional în ATI, Pediatrie, Boli Infectioase.
<p><u>Mediul extern</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Municipiul Roman este situat strategic, fiind tranzitat de multe persoane în drumul lor spre 	<p><u>Mediul extern</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Finanțare scăzută prin tarifele impuse de CAS pe caz ponderat, spitalizare de zi și laborator

PLANUL DE MANAGEMENT AL SPITALULUI MUNICIPAL DE URGENȚĂ ROMAN

<p>Iași, Suceava, Vaslui, București și vestul țării; 2. Acces facil al populației zonale (suntem situați pe artera E85); 3. Adresabilitate crescută.</p>	<p>analize medicale; 2. Supraaglomerarea Compartimentului de Primiri Urgențe cu multe cazuri ce țin de medicina de familie și centre de permanență; 3. Neincluderea în toate programele de finanțare ale Ministrerului Sănătății corespunzatoare unui spital de urgență.</p>
Oportunități	Amenințări
<p><u>Mediul intern</u></p> <p>1. Constituirea unei structuri organizatorice care să aibă drept domeniu de activitate managementul proiectelor, cu scopul de a putea elabora documentații specifice prin care să se poată asigura atragerea de fonduri pe programe europene (structurale și/sau nerambursabile) pentru modernizarea dotărilor tehnice, îndeosebi pentru structurile medicale; 2. Orientarea spre încheierea unor parteneriate publice private care să genereze plus valoare serviciilor medicale prestate de spital; 3. Lărgirea gamei serviciilor medicale atât in spital cât și in ambulatoriu; 4. Implementarea sistemului integrat de management calitate-igienă și siguranța alimentară-securitate și sănătate ocupațională.</p> <p><u>Mediul extern</u></p> <p>1. Sprijinul autorităților locale și central prin posibilitatea obținerii de finanțări pe proiecte din fonduri europene, CNI, sponsorizari; 2. Funcționalitatea unei Asociații a Spitalelor din România care să aibă un reprezentant autorizat în discuțiile cu Ministerul Sănătății, CNAS, Colegiul Național al Medicilor, cu reprezentării Senatului și Parlamentului României.</p>	<p><u>Mediul intern</u></p> <p>1. Cheltuieli de personal mari, 70% din cheltuielile spitalului; 2. Cheltuieli reduse cu medicamentele; 3. Evenimente adverse asociate asistenței medicale care pot pune în pericol siguranța pacienților; 4. Dezvoltarea serviciilor medicale concurențiale, private.</p> <p><u>Mediul extern</u></p> <p>1. Instabilitate legislativă (exemplu – Legea 296/2023 și OUG 90/2023); 2. Alte pandemii sau Situații de Urgență (război, cataclisme naturale, etc); 3. Nivel de trai scăzut al populației zonale, generat de rata crescută a șomajului; 4. Îmbătrânirea populației și migrarea forței de muncă tinere; 5. Creșterea costurilor asistenței medicale; 6. Presiunea socială, prin lipsa posibilităților proprii ale pacienților de a-și continua la domiciliu tratamentele medicale prescrise după externare; 7. Creșterea nivelului de informare a pacienților concomitent cu progresul și diversificarea tehnologiilor diagnostice și terapeutice vor genera creșterea așteptărilor pacienților și, implicit, creșterea cererii serviciilor medicale complexe; 8. Competiția cu alte spitale din zonă.</p>

PLANUL DE MANAGEMENT AL SPITALULUI MUNICIPAL DE URGENȚĂ ROMAN

6.3.2. Probleme critice identificate

Nr. crt	Problema critică identificată		Consecințe pe care le poate genera această problemă critică
	Definire	Structura organizatorică direct afectată	
1.	Deficit de personal medico-sanitar, auxiliar si TESA	Toate structurile spitalului	-Perturbarea asigurării continuității actului medical si/sau activitatilor specifice în perioadele de concedii de odihnă ale salariatilor; -Posibile reclamatii ale pacientilor care ar genera scaderea gradului de incredere; -Scaderea veniturilor ca urmare a nerealizarii contractului cu CAS Neamt.
2.	Cheltuieli mari cu structura de personal	Intreg spitalul	Diminuarea bugetului pentru bunuri și servicii precum medicamente, materiale sanitare și de curățenie și investiții.
3.	Producerea unor EAAAM – uri si IAAM- uri	Unele sectii si compartimente ale spitalului	-Deteriorarea starii de sanatate a pacientilor care poate genera si decesul acestora si atragerea raspunderii juridice; -Cresterea cheltuielilor per pacient (datorita nevoii de ingrijiri medicale suplimentare, cresterea DMS)
4.	Existenta unei structuri deficitare in asigurarea circuitelor si respectarii unui cubaj si spatieri intre paturi	ATI, BOU, Pediatrie, Boli infectioase, CPU, Spitalizare de zi, Ambulatoriu integrat	-Punerea in pericol a sigurantei actului medical si de ingrijiri medicale a pacientilor
5.	Lipsa unor specialitati absolut necesare in concordanta cu morbiditatea deservita	Intreg spitalul	-Transferul pacientilor catre alte unitati sanitare -Scaderea adresabilitatii spitalului -Scaderea veniturilor spitalului
6.	Necesitatea asigurarii de aparatura de inalta performanta	Radiologie (RMN, CT)	-Transferul pacientilor catre alte unitati sanitare -Scaderea adresabilitatii spitalului -Scaderea veniturilor spitalului

7. PRIORITATI MANAGERIALE 2024

7.1.1. Managementul spitalului, urmareste in mod prioritar **satisfactia pacientului - furnizarea serviciilor medicale de calitate** si este indreptat spre indeplinirea scopului său, respectiv cel de a furniza servicii medicale **de calitate** pentru un numar cat mai mare de pacienti care necesita asistenta medicala de specialitate.

7.1.2. Dezvoltarea si promovarea spitalului bazata pe:

- activitatea medicala competitiva si sustenabila;
- o infrastructura moderna;
- servicii de inalta calitate, accesibile tuturor, avand la baza forta de munca înalt calificata si responsabila, angajata în spiritul respectarii drepturilor pacientilor.

8. ORIENTARI SI POLITICI 2024

8.1. Orientari de baza

- Respectarea dreptului la ocrotirea sanatatii populatiei;
- Garantarea calitatii si sigurantei actului medical;
- Asigurarea accesibilitatii la servicii medicale;
- Respectarea dreptului la libera alegere;
- Cresterea rolului serviciilor preventive;
- Imbunatatirea continua a sistemului de prevenire si gestiune a riscurilor si a evenimentelor nedorite.

8.2. Politici

8.2.1. Rol, scopuri vizate

Spitalul Municipal de Urgenta Roman si-a definit urmatoarele politici suport:

- politica de atragere de fonduri europene
- politica de promovare a serviciilor medicale oferite de spital
- politica de imbunatatire a calitatii serviciilor medicale furnizate pacientilor
- politica de imbunatatire a serviciilor hoteliere
- politica de management integrat
- politica de management al riscurilor

Scopurile vizate prin implementarea acestor politici suport sunt:

- determinarea unei schimbari sustinute in care fiecare individ sa poata intelege necesitatea de a adopta si de a mentine un comportament sanatos (prin respectarea unor reguli de igiena personala si a unor reguli corecte de alimentatie);
- depasirea unor probleme de natura sistematica privitoare la accesul populatiei zonale la sistemul de ingrijiri medicale.

➤ *Politica de atragere a fondurilor europene*

Aceasta politica presupune:

- instruirea salariatilor spitalului privind necesitatea fructificarii oportunitatilor de accesare a spitalului de fonduri europene;
- incurajarea tuturor salariatilor de a participa activ din punct de vedere informational la identificarea surselor europene de finantare pentru spital;
- eficientizarea promovarii relatiilor cu autoritatile publice care au competente in gestionarea atragerii de fonduri europene;

d. orientarea spre realizarea unor parteneriate si colaborari care sa permita implementarea unui management al proiectelor care sa genereze plus valoare spitalului.

➤ ***Politica de promovare a serviciilor medicale prestate de spital***

Aceasta politica presupune:

- a. diseminarea, prin intermediul mass media, al diverselor canale interpersonale sau prin organizarea unor evenimente specifice, a unor mesaje privitoare la serviciile medicale pe care spitalul le poate presta;
- b. organizarea unor activitati de tipul:
 - interactiuni clinician-pacient;
 - organizarea unor dezbateri pe tematici de maxima utilitate populatiei zonale.

➤ ***Politica de imbunatatire a calitatii serviciilor medicale furnizate pacientilor***

Elementele principale care stau la baza satisfactiei pacientilor sunt:

- a. componenta tehnica a ingrijirilor de sanatate – care se refera la acuratetea procesului de diagnostic si de tratament, calitatea fiind evaluata prin comparatie cu cel mai bun act medical practicat in ultimii doi ani;
- b. latura interpersonală a ingrijirilor de sanatate – care este reprezentata de elementele umaniste ale ingrijirilor medicale;
- c. accesibilitatea - care se refera la timpul de asteptare al pacientului pentru a i se face o programare medicala;
- d. continuitatea ingrijirilor de sanatate - care contribuie la obtinerea unui beneficiu maxim al fiecarui pacient sau a unei utilizari maximale a resurselor spitalului.

La nivelul spitalului exista o preocupare permanenta privind conditiile asigurarii celor mai ridicate standarde de calitate a serviciilor medicale oferite populatiei zonale. Continuitatea ingrijirilor de sanatate si dupa externare este un obiectiv prioritar al echipei manageriale. Data fiind experienta profesionala a cadrelor medicale ale spitalului, cu referire la patologia constatata, recuperarea medicala asistata de personal calificat este evidentiata ca o necesitate si o prioritate in planul serviciilor medicale oferite populatiei zonale.

➤ ***Politica de imbunatatire a serviciilor hoteliere***

Unul dintre cele mai reprezentative impacturi in privinta satisfactiei pacientilor care beneficiaza de serviciile medicale ale spitalului il reprezinta calitatea serviciilor hoteliere si calitatea alimentatiei oferite acestora pe durata spitalizarii.

Orientarea noastra este spre a aduce aceste servicii la standarde cat mai ridicate pentru a asigura servicii spitalicesti de calitate orientate ca un tot unitar, eficace si eficient pentru pacienti.

➤ ***Politica de management integrat***

1. Spitalul Municipal de Urgenta Roman, prin natura si specificul activitatilor pe care le desfasoara este orientat spre a genera calitate, plus valoare si continua diversificare a serviciilor medicale oferite, pentru a putea contribui la imbunatatirea permanenta a actului medical si de ingrijiri medicale oferite tuturor pacientilor, cu respectarea cerintelor, necesitatilor si drepturilor acestora.
2. Tratam fiecare pacient cu simt de raspundere, respect si profesionalism.
3. Dorim sa oferim tuturor in permanenta imaginea unui spital de incredere, modern, bine dotat, cu un personal motivat, bine pregatit. Suntem focusati pentru a preveni, diagnostica, trata si oferi ingrijiri medicale la standarde adecvate, pacientii nostri fiind intotdeauna partea interesata externa de cea mai mare importanta pentru noi toti.

4. Sistemul general de obiective al spitalului este un suport esential in implementarea cerintelor privitoare la managementul calitatii, sanatatii si securitatii in munca precum si a sigurantei alimentare, asigurand baza pentru implementarea la nivelul tuturor structurilor organizatorice a abordarii bazate pe: proces si resurse eficient stabilite si gestionate, decizii eficiente, risc precum si abordari spre sanatatea si siguranta atat a salariatilor, pacientilor si apartinatorilor acestora cat si a tuturor celorlalte parti interesate externe.

5. Acordam maxima atentie :

a. implementarii contextului organizational si imbunatatirii continue a planificarii, desfasurarii si controlului tuturor activitatilor desfasurate in cadrul fiecarei structuri organizatorice din acest spital;

b. asigurarii hranei zilnice pentru toti pacientii spitalizati, cu respectarea stricta a regulilor de igiena si siguranta alimentara stabilite.

6. Intreg personalul care isi desfasoara activitatile in structurile organizatorice ale spitalului se angajeaza sa:

a. respecte cerintele reglementarilor in vigoare, in raport cu specificul activitatilor pe care le desfasoara;

b. asigure implementarea adecvata a managementului riscurilor, in corelare cu sistemul general si sectorial de obiective stabilit;

c. respecte reglementarile interne in vigoare privitoare la sanatatea si securitatea in munca pentru a putea fi prevenite incidente si accidente de munca;

d. asigure satisfacerea cerintelor si necesitatilor pacientilor si a celorlalte parti interesate;

e. se implice activ in asigurarea imbunatatirii continue a sistemului integrat de management proiectat si aflat in implementare.

7. Directiile noastre prioritare de actiune privitoare la managementul integrat sunt:

a. sa functionam in deplina conformitate cu toate cerintele legale si de reglementare și in vigoare precum si cu toate celelalte cerinte aplicabile spitalului, evitand la maximum posibil poluarea mediului inconjurator și alte situatii de urgenta si punerea in pericol a sanatatii salariatilor;

b. dezvoltam continuu pachetul de servicii medicale pe care sa le oferim pacientilor nostri.

c. implementare PNRR – C7 – Digitalizare – Componenta 3 din cadrul proiectului ce presupune implementarea si/sau imbunatatirea software-ului non-clinic si a interoperabilitatii si include:

- Managementul Resurselor umane
- Servicii de securitate antivirus
- Management lant de aprovizionare
- Managementul documentelor

➤ ***Politica de management al riscurilor***

Spitalul Municipal de Urgenta Roman este in permanenta orientat spre dezvoltarea unei culturi organizationale axate catre siguranta pacientilor si adopta un stil de management proactiv prin implementarea unor masuri de identificare a riscurilor inainte ca acestea sa se materializeze si sa genereze consecinte nefavorabile asupra realizarii obiectivelor si desfasurarii activitatilor stabilite.

Identificarea riscurilor inerente care ar putea afecta realizarea obiectivelor specifice stabilite la nivel de structuri organizatorice, analiza riscurilor identificate pe baza elementelor specifice managementului riscurilor (probabilitate de aparitie si impact), incadrarea nivelului de expunere la risc in categoriile specifice prestabilite, stabilirea planurilor de actiuni pentru tinerea sub control a fiecarui risc identificat si in scopul atingerii unui risc rezidual diminuat, sunt elemente definitorii ale conceptului de abordare bazata pe risc.

Activitatea de monitorizare și gestionare a riscurilor se desfășoară la nivelul fiecărei structuri organizatorice, atât medicale cât și nemedicale, prin intermediul responsabililor de riscuri desemnați, în colaborare cu toate funcțiile de management și de execuție.

9. OBIECTIVE GENERALE ȘI SPECIFICE STABILITE PENTRU ANUL 2024

9.1. În baza Analizei SWOT efectuate și a problemelor critice identificate, au fost stabilite obiectivele generale și specifice pentru anul 2024, obiective care susțin obiectivele strategice stabilite și documentate în Planul strategic de dezvoltare a SMU Roman pentru perioada 2021-2025.

9.2. Obiectivul general stabilit la nivel de spital pentru anul 2024 este:

<<Imbunătățirea siguranței pacienților și creșterea satisfacției acestora>> pentru toți pacienții care se prezintă pentru servicii medicale la Spitalului Municipal de Urgență Roman>>

Responsabilitate realizare: Manager

Periodicitate evaluare: Anual

9.3. Pentru atingerea obiectivului general la nivelul Spitalului Municipal de Urgență Roman au fost stabilite următoarele obiective suport:

a. Obiectiv general medical

- Eficientizarea managementului actului medical

Responsabilitate: Director medical

Periodicitate evaluare: Anual

b. Obiectiv general îngrijiri medicale

- Eficientizarea managementului actului de îngrijiri medicale

Responsabilitate: Director îngrijiri medicale

Periodicitate evaluare: Anual

c. Obiectiv general componenta tehnico-economico-administrativă

- Eficientizarea managementului activităților tehnico-economico-administrative

Responsabilitate: Director financiar contabil

Periodicitate evaluare: Anual

d. Obiectiv general SMI

- Imbunătățirea continuă a calității sănătății și vieții pacienților

Responsabilitate: RMI

Periodicitate evaluare: Anual

9.4. Pentru realizarea obiectivului general al managerului și a celor stabilite pe fiecare direcție în parte, s-au conturat următoarele obiective specifice:

9.5. Obiective specifice Managementului Medical

9.5.1. Creșterea calității actului medical

Responsabilitate: Director medical în colaborare cu medic epidemiolog SPIAAM și cu toți medicii sefi/ medicii coordonatori structuri medicale

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanță asociați obiectivului:

- Procentul EAAAM produse la pacienții internati;
- Procentul IAAM produse la pacienții internati;
- Procentul de realizare a măsurilor stabilite pentruținerea sub control a riscurilor clinice;
- Numărul de parteneriate locale nou-încheiate, privitoare la componenta de asistentă medicală;
- Numărul de reclamații/sesizări cu privire la calitatea actului medical;

9.5.2. Îmbunătățirea dotarilor cu aparatura și echipamente medicale performante la nivelul structurilor cu profil medical și chirurgical

Responsabilitate: Director medical în colaborare cu medicii sefi/medicii coordonatori structuri medicale, șef serviciu Intretinere/Reparații și șef birou Achiziții

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanță asociați obiectivului:

- Procentul de dotare cu aparatura și echipamente medicale din totalul propus în lista de investiții pentru anul în curs;

9.5.3. Eficientizarea comunicării la nivel de echipă medicală

Responsabilitate: Director medical în colaborare cu medicii sefi/medicii coordonatori structuri medicale

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanță asociați obiectivului

- Procentul reclamațiilor și sesizărilor fondate, transmise în scris, de către pacienți/ aparținători privitoare la o comunicare deficitară, prin încălcarea conduitei de etică profesională;
- Procentul deceselor survenite ca urmare a comunicării ineficiente a echipei medicale;

9.6. Obiective specifice Management îngrijiri medicale

9.6.1. Eficientizarea asigurării serviciilor de îngrijiri medicale a pacienților, în corelare cu nevoile de îngrijiri stabilite

Responsabilitate: Director Îngrijiri medicale în colaborare cu asistenții medicali sefi/asistenți medicali coordonatori

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanță asociați obiectivului:

- Procentul erorilor de identificare a pacienților din totalul pacienților internați în SMU Roman;

9.6.2. Dezvoltarea profesională a personalului de îngrijiri medicale

Responsabilitate: Director Îngrijiri medicale în colaborare cu asistenții medicali sefi /asistenți medicali coordonatori

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanță asociați obiectivului:

- Procentul efectuării instruirilor interne a personalului de îngrijiri medicale (asistenți medicali, infirmieri, îngrijitori, brancardieri) cu privire la îngrijirea pacienților;
- Procentul efectuării instruirilor interne a personalului de îngrijiri medicale (asistenți medicali, infirmieri, îngrijitori, brancardieri) cu privire la comunicarea cu pacienții;

9.6.3. Eficientizarea implementării planurilor de îngrijiri medicale

Responsabilitate: Director Îngrijiri medicale în colaborare cu asistenții medicali sefi/asistenți medicali coordonatori

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanță asociați obiectivului:

- Procentul înregistrărilor conforme a fișei de monitorizare a cateterului în planurile de îngrijiri medicale ale pacienților internați;

- Procentul înregistrărilor conforme a fișei de administrare a medicației în planurile de îngrijiri medicale ale pacienților internati;
- Procentul înregistrărilor tipului de regim alimentar, conform indicațiilor medicului, în planul de îngrijiri ale pacienților internati;
- Procentul înregistrărilor recomandărilor specifice la externare în planurile de îngrijiri medicale ale pacienților;

9.6.4. Eficientizarea comunicării atât la nivel de personal medical și de îngrijiri medicale cât și al celui de comunicare cu pacienții și aparținătorii

Responsabilitate: Director Îngrijiri medicale în colaborare cu asistenții medicali șefi /asistenți medicali coordonatori

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanță asociați obiectivului:

- Procentul reclamațiilor și sesizărilor fondate, transmise în scris, de către pacienți/aparținători privitoare la calitatea actului de îngrijiri medicale din numărul total al pacienților internati, ca urmare a unei comunicări deficitare;
- Număr reclamații cu privire la încălcarea Codului de conduită etică;

9.7. Obiective specifice Managementul activităților tehnico-economico-administrative

9.7.1. Îmbunătățirea condițiilor hoteliere asigurate pacienților și aparținătorilor acestora precum și a infrastructurii spitalului

Responsabilitate: Director financiar contabil în colaborare cu Șef serviciu Întreținere/Reparații

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanță asociați obiectivului:

- Procentul de finalizare a implementării lucrărilor de reabilitare a infrastructurii spitalului documentate în Planul de investiții aprobat și desfășuratorului de realizare a lucrărilor din Planul Strategic 2021-2025;

9.7.2. Eficientizarea desfășurării activităților prin digitalizarea fluxurilor specifice în cadrul structurilor organizatorice

Responsabilitate: Director financiar contabil în colaborare cu Șef structura informatică

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanță asociați obiectivului:

- Număr aplicațiilor IT nou-instalate și funcționale la nivelul structurilor organizatorice pentru fluidizarea sistemului de procesare date /comunicare internă;

9.7.3. Eficientizarea derulării procesului de management al achizițiilor publice

Responsabilitate: Director financiar contabil în colaborare cu Șef structura achiziții publice și contractari

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanță asociați obiectivului:

- Număr situațiilor de întârzieri în finalizarea procedurilor de achiziții publice cauzate de timpul mare de soluționare a contestațiilor transmise de ofertanți;
- Număr situațiilor în care din vina BAP nu s-au asigurat la timp necesarele de bunuri materiale și servicii solicitate de structurile din spital;

9.7.4. Creșterea încasărilor spitalului din veniturile proprii realizate

Responsabilitate: Director financiar contabil in colaborare cu Serviciul financiar contabil

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanta asociati obiectivului:

- Procentul de crestere a incasarilor din veniturile proprii realizate de spital;

9.7.5. Eficientizarea aprovizionarii spitalului

Responsabilitate: Director financiar contabil in colaborare cu Sef birou aprovizionare

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanta asociati obiectivului:

- Numarul situatiilor de intarziere in aprovizionarea cu bunuri materiale fata de termenele contractuale stabilite;
- Numarul situatiilor in care la receptia calitativa a bunurilor materiale efectuata la sediul spitalului a rezultat necesitatea returnarii acestora la furnizori;
- Procentul de mentinerea a stocului critic pentru bunurile materiale aflate in magaziile spitalului;

9.7.6. Promovarea serviciilor de sanatate ale spitalului

Responsabilitate: Director financiar contabil in colaborare cu Purtator cuvânt

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanta asociati obiectivului:

- Cresterea numarului de informari si prezentari ale activitatii SMU Roman in mass-media;

9.7.7. Acoperirea cu personal de specialitate a posturilor vacante aprobate pentru a fi scoase la concurs

Responsabilitate: Director medical, Director ingrijiri medicale, Director financiar contabil, Sef serv. RUNOS

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanta asociati obiectivului:

- Procentul de ocupare a posturilor vacante existente in structurile medicale din cele scoase la concurs (medici, asistenti medicali, personal auxiliar) in conformitate cu necesitatea de ingrijiri/dependentă a pacientilor;
- Procentul de ocupare a posturilor vacante existente in structurile functional administrative;

9.7.8. Dezvoltarea profesionala a personalului din structurile organizatorice ale spitalului

Responsabilitate: Director medical, Director ingrijiri medicale, Director financiar contabil, Sef serv. RUNOS

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanta asociati obiectivului:

- Procentul personalului inclus in programe externe (generale si specifice) de dezvoltare profesionala (programe care sa fie implementate) din total personal angajat SMU Roman;

9.7.9. Efectuarea evaluarii performantelor profesionale ale salariatilor spitalului

Responsabilitate: Sef serviciu RUNOS in colaborare cu Director medical, Director ingrijiri medicale si Director financiar contabil

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanta asociati obiectivului:

- Procentul salariatilor nemultumiti de rezultatele evaluarii performantelor lor profesionale care le-au fost aduse la cunostinta de functiile lor direct ierarhice;

9.7.10. Imbunatatirea calitatii hranei asigurate pacientilor internati

Responsabilitate: Asistent dietetician, Director Ingrijiri medicale, Director Financiar contabil SMCSS

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanta asociati obiectivului:

- Numarul de meniuri alimentare nou-introduse;
- Procentul neconformitatilor inregistrate cu privire la calitatea hranei;
- Procentul nemultumirilor cu privire la calitatea si distributia alimentelor catre pacienti;

9.8. Obiective specifice Management integrat

9.8.1. Imbunatatirea implementarii managementului informatiilor documentate la nivelul structurilor medicale

Responsabilitate: Director medical, Director ingrijiri medicale, medici sefi/medici coordonatori, asistenti medicali sefi/coordonatori structuri medicale impreuna cu RMC

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanta asociati obiectivului:

- Procentul actualizarii protocoalelor medicale in raport cu necesitatile obiective ale fiecarei structuri medicale;
- Procentul actualizarii procedurilor operationale pe linie medicala in raport cu necesitatile obiective identificate;
- Procentul instruirilor interne efectuate medicilor in baza cerintelor documentate in protocoalele si procedurile medicale aprobate si aplicabile structurii medicale raportat la total instruirii interne planificate pentru anul 2024 la nivelul structurii medicale;
- Procentul actualizarii ghidurilor de ingrijiri medicale in raport cu necesitatile obiective identificate;
- Procentul actualizarii procedurilor operationale pe linie de ingrijiri medicale in raport cu necesitatile obiective identificate;
- Procentul instruirilor interne efectuate de asistentul sef personalului din subordine directa in baza cerintelor documentate in ghidurile de ingrijiri medicale si si procedurile operationale aprobate si aplicabile structurii de ingrijiri medicale raportat la total instruirii interne planificate pentru anul 2024 la nivelul structurii de ingrijiri medicale;

9.8.2. Imbunatatirea implementarii managementului informatiilor documentate la nivelul structurilor nemedicale

Responsabilitate: Director financiar contabil, sefi structuri nemedicale impreuna cu RMC

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanta asociati obiectivului:

- Procentul actualizarii procedurilor operationale aplicabile in raport cu necesitatile obiective identificate;
- Procentul instruirilor interne efectuate de catre fiecare FMN personalului din subordine directa in baza cerintelor documentate in procedurile operationale aprobate si aplicabile raportat la total instruirii interne planificate pentru anul 2024 la nivelul structurii nemedicale;
- Procentul actualizarii procedurilor de sistem in raport cu necesitatile obiective identificate la nivel de spital;

9.8.3. Evaluarea masurilor care sustin Planul de management al calitatii

Responsabilitate: RMC

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanta asociati obiectivului:

- Procentul indeplinirii masurilor identificate la nivel de spital si care sustin Planul de management al calitatii pentru anul 2024;

9.8.4. Imbunatatirea implementarii managementului riscurilor

Responsabilitate: Fiecare responsabil de riscuri desemnat la nivel de structura organizatorica

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanta asociati obiectivului:

- Procentul de implementare a actiunilor documentate in fiecare plan de actiuni al fiecarui risc inerent documentat in registrul riscurilor la nivel de structura organizatorica;
- Procentul de atingere a riscurilor reziduale strabilite si documentate in registrul riscurilor la nivel de structura organizatorica;
- Procentul general la nivel de spital al atingerii riscurilor reziduale la nivel global de structuri medicale;
- Procentul general la nivel de spital al atingerii riscurilor reziduale la nivel global de structuri nemedicale;

9.8.5. Imbunatatirea implementarii la nivelul structurilor medicale a cerintelor specifice de sanatate si securitate ocupationala

Responsabilitate: Sef SIPP

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatori de performanta asociati obiectivului:

- Numarul incidentelor de munca produse la nivel general de structuri medicale cauzate de nerespectarea cerintelor SSM aplicabile;
- Numarul accidentelor de munca produse la nivel general de structuri medicale cauzate de nerespectarea cerintelor SSM aplicabile;
- Numarul imbolnavirilor profesionale produse la nivel general de structuri medicale cauzate de nerespectarea cerintelor SSM aplicabile;
- Numarul incidentelor de munca produse la nivel general de structuri nemedicale cauzate de nerespectarea cerintelor SSM aplicabile;
- Numarul accidentelor de munca produse la nivel general de structuri nemedicale cauzate de nerespectarea cerintelor SSM aplicabile;
- Numarul incendiilor produse in spital cauzate de nerespectarea cerintelor legislatiei PSI aplicabile spitalului.

10. REZULTATE ASTEPTATE

10.1. Planul de management al Spitalului Municipal de Urgenta Roman urmareste ca prin realizarea obiectivelor generale si specifice stabilite pentru anul 2024 sa atinga urmatoarele rezultate:

- a. Un spital modern si competitiv, in acord cu reglementarile nationale si europene;
- b. O eficientizare in ceea ce priveste utilizarea resurselor;
- c. Cresterea satisfactiei pacientilor si a apartinatorilor care se adreseaza SMU Roman;
- d. Cresterea performantei serviciilor medicale oferite;

- e. Reducerea numarului de reclamatii cu privire la aspecte de etica si integritate;
- f. Reducerea duratei medii de spitalizare;
- g. Imbunatatirea conditiilor hoteliere oferite;
- h. Realizarea unui ICM care sa reflecte in mod real complexitatea si diversitatea patologiilor tratate si implicit atragerea unei finantari suplimentare pentru serviciile medicale acordate .

11. EVALUAREA REALIZARII PLANULUI DE MANAGEMENT

11.1. Evaluarea realizarii prezentului Plan de management se va efectua în primul trimestru al anului imediat următor, având la bază indicatorii de performanță stabiliți si tintele pentru fiecare obiectiv specific.

11.2. La această analiză vor participa membrii Comitetului Director al SMU Roman.

11.3. La baza acestor analize vor sta situații statistice concrete care vor trebui furnizate de structurile organizatorice direct implicate in realizarea obiectivelor generale și specifice stabilite.

11.4. Concluziile evaluărilor anuale se vor documenta centralizat în Raportul de evaluare al realizării acestui Plan de management.

12. ANEXE

12.1. Macheta obiective generale - 2024

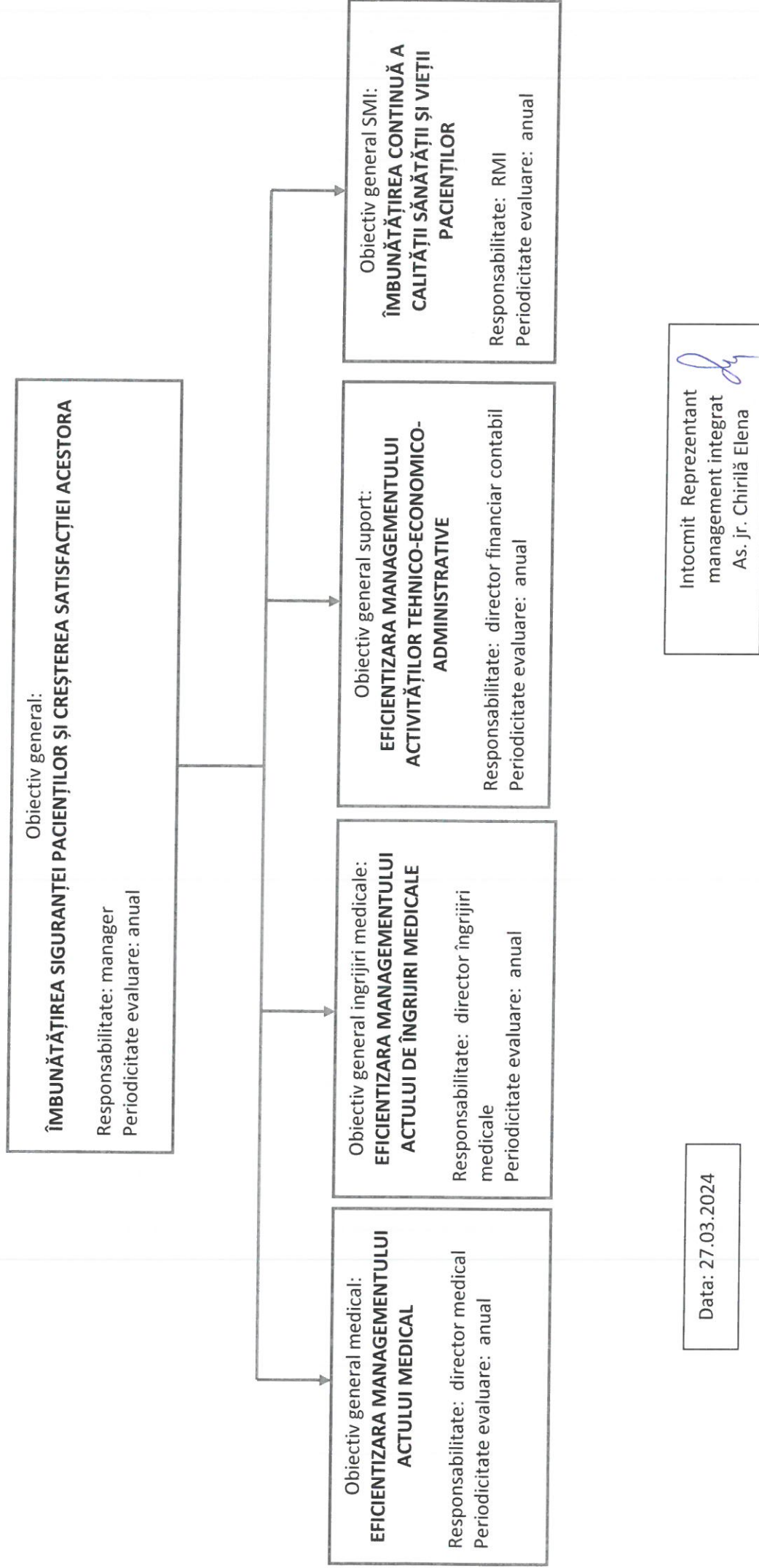
12.2. Macheta obiective management medical - 2024

12.3. Macheta obiective management ingrijiri medicale - 2024

12.4. Macheta obiective management activitati suport (tehnico-economico-administrative) - 2024

12.5. Macheta obiective management integrat - 2024

OBIECTIVE GENERALE 2024



OBIECTIVE MANAGEMENT MEDICAL – 2024

a. Obiectiv general: EFICIENTIZAREA MANAGEMENTULUI ACTULUI MEDICAL

b. Obiective specifice:

Obiectiv specific	Termen realizare obiectiv specific	Responsabili realizare obiectiv	Periodicit. evaluare obiectiv	Raportare situatie realizare obiectiv	Indicator performanta asociat obiectivului	Tinta ptr. anul 2024	Indicator de evaluare obiectiv
1. Creșterea calității actului medical	31.12.2024	Medic epidemiolog SPIAAM în colaborare cu toți medicii șefi de secții și medicii coordonatori structuri medicale	Anual	Director medical	1.1. Procentul EAAAM produse la pacienții internați	max.1% EAAAM produse	Nr. total al EAAAM produse ----- x 100 Nr. total al pacienților internați
					1.2. Procentul IAAM produse la pacienții internați	max.2% IAAM produse	Nr. total al IAAM produse ----- x 100 Nr. total al pacienților internați
					1.3. Procentul de realizare a măsurilor stabilite pentru ținerea sub control a riscurilor clinice	min 90% măsuri implementate	Nr. total al măsurilor implementate pentru ținerea sub control a riscurilor clinice ----- x 100 Nr. total al măsurilor stabilite pentru ținerea sub control a riscurilor clinice
					1.4. Numarul de parteneriate locale nou-încheiate, privitoare la componenta de asistență medicală	1	Nr. parteneriate locale nou-încheiate /an

Obiectiv specific	Termen realizare obiectiv specific	Responsabili realizare obiectiv	Periodicit. evaluare obiectiv	Raportare situatie realizare obiectiv	Indicator performanta asociat obiectivului	Tinta ptr. anul 2024	Indicator de evaluare obiectiv
2. Imbunatatirea dotărilor cu aparatură și echipamente medicale performante la nivelul structurilor cu profil medical și chirurgical	31.12.2024	Medicii șefi de secții și medicii coordonatori de structuri medicale în colaborare cu șef serviciu Intretinere/ reparații și șef Achizitii	Anual	Director medical	1.5. Numărul de reclamații/sesizări cu privire la calitatea actului medical 2.1. Procentul de dotare cu aparatură și echipamente medicale din totalul propus în lista de investiții pentru anul în curs	max. 3%	Nr. total al reclamațiilor și sesizărilor fondate, transmise în scris, de către pacienți/apartinători ----- x 100 Nr. total al pacienților internați Nr. total al aparatului și echipamentelor medicale achiziționate și puse în funcțiune ----- x 100 Nr. total al aparatului și echipamentelor medicale achiziționate solicitate a fi achiziționate
3. Eficientizarea comunicării la nivel de echipă medicală	31.12.2024	Medicii șefi de secții și medicii coordonatori de structuri medicale	Anual	Director medical	3.1. Procentul reclamațiilor și sesizărilor fondate, transmise în scris, de către pacienți/apartinători privitoare la o comunicare deficitară, prin încălcarea conduitei de etică profesională 3.2. Procentul deceselor survenite ca urmare a comunicării ineficiente a echipei medicale	0	Nr. reclamațiilor și sesizărilor fondate, transmise în scris, de către pacienți/apartinători privitoare la o comunicare deficitară, prin încălcarea conduitei de etică profesională ----- x 100 Nr. total al reclamațiilor și sesizărilor fondate, transmise în scris, de către pacienți/apartinători Nr. deceselor survenite ca urmare a comunicării ineficiente a echipei medicale ----- x 100 Nr. total decese

Data: 27.03.2024

Director medical, Dr. Popescu Nicoleta

OBIECTIVE MANAGEMENT INGRIJIRI MEDICALE - 2024

a. Obiectiv general: EFICIENTIZAREA MANAGEMENTULUI ACTULUI DE INGRIJIRI MEDICALE

b. Obiective specifice:

Obiectiv specific	Termen realizare obiectiv	Respons realizare obiectiv	Periodicit. evaluare obiectiv	Raportare situatie realizare obiectiv	Indicator performanta asociat obiectivului	Tinta ptr. anul 2024	Indicator de evaluare obiectiv
1. Eficientizarea asigurării serviciilor de îngrijiri medicale a pacienților, în corelare cu nevoile de îngrijiri medicale stabilite	31.12.2024	Asistenți medicali șefi/asistenți medicali coordonatori	Anual	Director îngrijiri medicale	1.1. Procentul erorilor de identificare a pacienților internati	0%	Nr. total al erorilor de identificare a pacienților ----- x 100 Nr. total al pacienților internați
2. Dezvoltarea profesională a personalului de îngrijiri medicale	31.12.2024	Asistenți medicali șefi/asistenți medicali coordonatori	Anual	Director îngrijiri medicale	2.1. Procentul efectuării instruirilor interne a pers. de îngrijiri medicale (asistenți medicali, infirmieri, îngrijitori, brancardieri) cu privire la îngrijirea pacienților 2.2. Procentul efectuării instruirilor interne a pers. de îngrijiri medicale (asistenți medicali, infirmieri, îngrijitori, brancardieri) cu privire la comunicarea cu pacienții	min 95%	Nr. total personal de îngrijiri medicale care au participat la instruiți interne cu privire la îngrijirea pacienților ----- x 100 Nr. total personal de îngrijiri medicale care își desfășoară activitatea în structura medicală Nr. total personal de îngrijiri medicale care au participat la instruiți interne cu privire la comunicarea cu pacienții ----- x 100 Nr. total personal de îngrijiri medicale care își desfășoară activitatea în structura medicală

Obiectiv specific	Termen realizare obiectiv	Respons realizare obiectiv	Periodicit. evaluare obiectiv	Raportare situatie realizare obiectiv	Indicator performanta asociat obiectivului	Tinta ptr. anul 2024	Indicator de evaluare obiectiv
3. Eficientizarea implementării planurilor de îngrijiri medicale	31.12.2024	Asistenți medicali șefi/asistenți medicali coordonatori	Anual	Director îngrijiri medicale	3.1. Procentul înregistrărilor conforme a fișei de monitorizare a cateterului în planurile de îngrijiri medicale ale pacienților internați	100%	Nr. total al înregistrărilor conforme a fișei de monitorizare a cateterului în planurile de îngrijiri medicale ----- x 100
					3.2. Procentul înregistrărilor conforme a fișei de administrare a medicației în planurile de îngrijiri medicale ale pacienților internați	100%	Nr. total al înregistrărilor conforme a fișei de administrare a medicației în planurile de îngrijiri medicale ----- x 100
					3.3. Procentul înregistrărilor tipului de regim alimentar, conform indicațiilor medicului, în planurile de îngrijiri ale pacienților internați	100%	Nr. total al înregistrărilor tipului de regim alimentar, conform indicațiilor medicului ----- x 100
					3.4. Procentul înregistrărilor recomandărilor specifice la externare în planurile de îngrijiri medicale ale pacienților	100%	Nr. total al planurilor de îngrijiri evaluate (eșantionare) Nr. total al înregistrărilor recomandărilor specifice la externare ----- x 100 Nr. total al planurilor de îngrijiri evaluate (eșantionare)

Obiectiv specific	Termen realizare obiectiv	Respons realizare obiectiv	Periodicit. evaluare obiectiv	Raportare situatie realizare obiectiv	Indicator performanta asociat obiectivului	Tinta ptr. anul 2024	Indicator de evaluare obiectiv
4. Eficientizarea comunicării atât la nivel de personal medical și de îngrijiri medicale cât și al celui de comunicare cu pacienții și aparținătorii	31.12.2024	Asistenți medicali șefi/asistenți medicali coordonatori	Anual	Director îngrijiri medicale	4.1. Procentul reclamațiilor și sesizărilor fondate, transmise în scris, de către pacienți / aparținători privitoare la calitatea actului de îngrijiri medicale	min. 3%	Nr. reclamațiilor si sesizărilor fondate, transmise în scris, de către pacienți/ aparținători privitoare la calitatea actului de îngrijiri medicale, ca urmare a unei comunicări deficiente ----- x 100 Nr. total al reclamațiilor și sesizărilor fondate, transmise în scris, de către pacienți/ aparținători
					4.2. Numar reclamații cu privire la încălcarea Codului de conduită etică	0	Nr. reclamațiilor cu privire la încălcarea Codului de conduită etică ----- x 100 Nr. total al reclamațiilor primite

Data: 27.03.2024

Director Îngrijiri medicale, as. Jr.Chiriță Elena



OBIECTIVE MANAGEMENT ACTIVITĂȚI SUPPORT (TEHNICO-ECONOMICO-ADMINISTRATIVE) - 2024

- a. Obiectiv general: EFICIENTIZAREA MANAGEMENTULUI ACTIVITĂȚILOR TEHNICO-ECONOMICO-ADMINISTRATIVE
 b. Obiective specifice:

Obiectiv specific	Termen realizare obiectiv	Respons realizare obiectiv	Periodicit. evaluare obiectiv	Raportare situație realizare obiectiv	Indicator performanta asociat obiectivului	Tinta ptr. anul 2024	Indicator de evaluare obiectiv
1. Imbunătățirea condițiilor hoteliere asigurate pacienților și aparținătorilor acestora precum și a infrastructurii spitalului	31.12.2024	Șef serviciu Întreținere /Reparații	Anual	Director financiar contabil	1.1. Procentul de finalizare a implementării lucrărilor de reabilitare a infrastructurii spitalului documentate în Planul de investiții aprobat și a desfășurătorului realizare lucrări din Planul Strategic 2021-2025	100% finalizare lucrari planificate	Nr. total lucrări de reabilitare a infrastructurii spitalului finalizate în 2024 ----- x 100 Nr. total de lucrări planificate a se realiza în anul 2024
2. Eficientizarea desfășurării activităților prin digitalizarea fluxurilor specifice în cadrul structurilor organizatorice	31.12.2024	Șef structură Informatică	Anual	Director financiar contabil	2.1. Numarul aplicațiilor IT nou- instalate și funcționale la nivelul structurilor organizatorice pentru fluidizarea sistemului de procesări date /comunicare internă	Minim o aplicatie IT nou- instalată și funcțională	Nr. aplicațiilor IT nou- instalate și funcționale la nivelul structurilor în 2024 ----- x 100 Nr. total de aplicații IT existente și utilizate în mod curent în 2024

Obiectiv specific	Termen realizare obiectiv	Respons realizare obiectiv	Periodicit. evaluare obiectiv	Raportare situație realizare obiectiv	Indicator performanta asociat obiectivului	Ținta ptr. anul 2024	Indicator de evaluare obiectiv
3. Eficientizarea derulării procesului de management al achizițiilor publice	31.12.2024	Șef structură Achiziții	Anual	Director financiar contabil	3.1. Numărul situațiilor de întârzieri în finalizarea procedurilor de achiziții publice cauzate de timpul mare de soluționare a contestațiilor transmise de ofertanți	zero astfel de întârzieri	-
4. Creșterea încasărilor spitalului din veniturile proprii realizate	31.12.2024	Șef serviciu financiar-contabilitate	Anual	Director financiar contabil	3.2. Numărul situațiilor în care din vina BAP nu s-au asigurat la timp necesarele de bunuri materiale și servicii solicitate de structurile din spital 4.1. Procentul de creștere a încasărilor din veniturile proprii realizate de spital	zero astfel de situații	- Total încasări realizate din veniturile proprii ----- x 100 Total general încasări
5. Eficientizarea aprovizionării spitalului	31.12.2024	Șef structură aprovizionare	Anual	Director financiar contabil	5.1. Numărul situațiilor de întârziere în aprovizionarea cu bunuri materiale față de termenele contractuale stabilite	zero astfel de întârzieri	-

Obiectiv specific	Termen realizare obiectiv	Respons realizare obiectiv	Periodicit. evaluare obiectiv	Raportare situație realizare obiectiv	Indicator performanta asociat obiectivului	Ținta ptr. anul 2024	Indicator de evaluare obiectiv
6. Promovarea serviciilor de sănătate ale spitalului	31.12.2024	Purtător cuvânt Director Financiar contabil	Anual	Manager	5.2. Numărul situațiilor în care la recepția calitativă a bunurilor materiale efectuată la sediul spitalului a rezultat necesitatea returnării acestora la furnizori 5.3. Procentul de menținere a stocului critic pentru bunurile materiale aflate în magaziile spitalului	zero astfel de situații 100%	- Nr. de produse considerate critice existente în magaziile spitalului ----- x 100 Nr. total de produse critice care trebuie asigurate la nivelul spitalului
7. Acoperirea cu personal de specialitate a posturilor vacante aprobate pentru a fi scoase la concurs	31.12.2024	Director medical Director îngrijiri med. Director financiar contabil Șef serviciu RUNOS	Anual	Manager	6.1. Creșterea numărului de informări și prezentări ale activității spitalului în mass-media 7.1. Procentul de ocupare a posturilor vacante existente în structurile medicale din cele scoase la concurs (medici, asistenți medicali, personal auxiliar) în conformitate cu necesitatea de îngrijiri/dependență a pacienților	100% din cele aprobate	Nr. de activități/acțiuni de promovare organizate în cadrul spitalului (conferințe de presă, clipuri de prezentare postate, zile speciale, actualizarea permanentă și completarea informațiilor care se regăsesc pe site-ul spitalului și pe rețelele sociale)

Obiectiv specific	Termen realizare obiectiv	Respons realizare obiectiv	Periodicit. evaluare obiectiv	Raportare situație realizare obiectiv	Indicator performanta asociat obiectivului	Ținta ptr. anul 2024	Indicator de evaluare obiectiv
8. Dezvoltarea profesională a personalului din structurile organizatorice ale spitalului	31.12.2024	Director medical Director îngrijiri med. Director financiar contabil Şef serviciu RUNOS	Anual	Manager	7.2. Procentul de ocupare a posturilor vacante existente în structurile funcțional administrative 8.1. Procentul personalului inclus în programe externe (generale și specifice) de dezvoltare profesională (programe care să fie implementate)	100% din cele aprobate	Total personal angajat care a urmat forme de dezvoltare profesională ----- x 100 Total general personal angajat în spital
9. Efectuarea evaluării performanțelor profesionale ale salariaților spitalului	31.12.2024	Director medical Director îngrijiri med. Director financiar contabil Şef serviciu RUNOS	Anual	Manager	9.1. Procentul salariatilor nemulțumiți de rezultatele evaluării performanțelor lor profesionale care le-au fost aduse la cunoștință de funcțiile lor direct ierarhice	Maxim 10% din total personal	Total fișe de evaluare a performanțelor profesionale completate, cu rezultate agreeate (anul 2023) ----- x 100 Total fișe de evaluare a performanțelor profesionale completate, cu rezultate contestate (anul 2023)
10. Îmbunătățirea calității hranei asigurate pacienților internați	31.12.2024	Asistent dietetician Director Ingrijiri medicale	Anual	Manager	10.1. Numarul de meniuri alimentare nou-introduse	Minim câte un meniu alimentar nou-introdus pentru fiecare regim alimentar	Nr. total de meniuri alimentare nou-introduse pentru fiecare regim alimentar ----- x 100 Nr. total al meniurilor alimentare utilizate in luna ianuarie 2024

Obiectiv specific	Termen realizare obiectiv	Respons realizare obiectiv	Periodicit. evaluare obiectiv	Raportare situatie realizare obiectiv	Indicator performanta asociat obiectivului	Tinta ptr. anul 2024	Indicator de evaluare obiectiv
		Director Financiar contabil			10.2. Procentul neconformităților înregistrate cu privire la calitatea hranei	0%	Nr. neconformităților înregistrate cu privire la calitatea hranei ----- x 100 Nr. total de fișe de control completate
		SMCSS			10.3. Procentul nemulțumirilor cu privire la calitatea și distribuția hranei către pacienți	Maxim 5%	Nr. pacienți nemulțumiți cu privire la calitatea și distribuția hranei ----- x 100 Nr. total de chestionare completate de aceștia

Data: 27.03.2024

Director financiar contabil
Ec. Rus Magda

OBIECTIVE MANAGEMENT INTEGRAT – 2024

Obiectiv general: ÎMBUNĂTĂȚIREA CONTINUĂ A CALITĂȚII SĂNĂTĂȚII ȘI VIETII PACIENȚILOR
a. Obiective specifice:

Obiectiv specific	Termen realizare obiectiv specific	Respons realizare obiectiv	Periodicit. evaluare obiectiv	Raportare situatie realizare obiectiv	Indicator de performanță asociat obiectivului	Tinta ptr. anul 2024	Indicator de evaluare obiectiv
A. Obiective specifice managementului calitatii							
1. Îmbunătățirea implementării managementului informațiilor documentate la nivelul structurilor medicale	31.12.2024	fiecare medic coordonator structură medicală	Annual	Director medical si RMC	1.1. Procentul actualizării protocolor medicale în raport cu necesitățile obiective ale fiecărei structuri medicale 1.2. Procentul actualizării procedurilor operaționale pe linie medicală în raport cu necesitățile obiective identificate 1.3. Procentul instruirilor interne efectuate medicilor în baza cerințelor documentate în protocoalele și procedurile medicale aprobate și aplicabile structurii medicale raportat la total instruirii interne planificate pentru anul 2024 la nivelul structurii medicale	100% 100% 100%	Total protocoale medicale actualizate ----- x 100 Total general protocoale medicale aplicabile la nivel de structură medicală Total proceduri operaționale pe profil medical actualizate ----- x 100 Total general proceduri operaționale pe profil medical aplicabile Total instruirii interne la nivel de structura medicală care au avut ca și tematici cerințele protocoalelor medicale și procedurilor operaționale specifice domeniului medical ----- x100 Total general instruirii interne planificate pentru anul 2024 la nivelul structurii medicale

Obiectiv specific	Termen realizare obiectiv specific	Respons realizare obiectiv	Periodicit. evaluare obiectiv	Raportare situatie realizare obiectiv	Indicator de performanță asociat obiectivului	Tinta ptr. anul 2024	Indicator de evaluare obiectiv
1. Îmbunătățirea implementării managementului informațiilor documentate la nivelul structurilor medicale	31.12.2024	Fiecare asistent medical șef	Anual	Director îngrijiri medicale și RMC	1.4. Procentul actualizării ghidurilor de îngrijiri medicale în raport cu necesitățile identificate	100%	Total ghiduri de îngrijiri medicale actualizate ----- x 100 Total general ghiduri de îngrijiri medicale aplicabile
					1.5. Procentul actualizării procedurilor operaționale pe linie de îngrijiri medicale în raport cu necesitățile obiective identificate	100%	Total proceduri operaționale pe profil de îngrijiri medicale actualizate ----- x 100 Total general proceduri operaționale pe profil de îngrijiri medicale aplicabile
					1.6. Procentul instruirilor interne efectuate de asistentul medical șef personalului din subordine directă în baza cerințelor documentate în ghidurile de îngrijiri medicale și în procedurile operaționale aprobate și aplicabile structurii raportat la total instruirii interne planificate pentru anul 2024 la nivelul structurii de îngrijiri medicale	100%	Total instruirii interne efectuate la nivelul structurii care au avut ca și tematici cerințele ghidurilor de îngrijiri medicale și a procedurilor operaționale specifice îngrijirilor medicale ----- x 100 Total general instruirii interne planificate pentru anul 2024 la nivelul structurii de îngrijiri medicale

Obiectiv specific	Termen realizare obiectiv specific	Respons realizare obiectiv	Periodicit. evaluare obiectiv	Raportare situatie realizare obiectiv	Indicator de performanță asociat obiectivului	Tinta ptr. anul 2024	Indicator de evaluare obiectiv
A. Obiective specifice managementului calității							
2. Îmbunătățirea implementării managementului informațiilor documentate la nivelul structurilor nemedicale	31.12.2024	Fiecare FMN	Anual	Director financiar contabil și RMC	2.1. Procentul actualizării procedurilor operaționale aplicabile în raport cu necesitățile obiective identificate	100%	Numărul de proceduri operaționale aplicabile structurii nemedicale care s-a impus a fi revizuite și au fost revizuite ----- x 100 Total general proceduri operaționale aplicabile structurii nemedicale
					2.2. Procentul instruirilor interne efectuate de către fiecare FMN personalului din subordine directă în baza cerințelor documentate în procedurile operaționale aprobate și aplicabile raportat la total instruirii interne planificate pentru anul 2024 la nivelul structurii nemedicale	100%	Total instruirii interne efectuate în cadrul structurii nemedicale care au avut ca și tematici cerințele procedurilor operaționale aplicabile ----- x 100 Total general instruirii interne planificate pentru anul 2024 la nivel de structura nemedicală
3. Evaluarea măsurilor care susțin Planul de management al calității	31.12.2024	RMC	Anual	Comitet Director	2.3. Procentul actualizării procedurilor de sistem în raport cu necesitățile obiective identificate la nivel de spital	100%	Numărul de proceduri de sistem care s-a impus a fi revizuite și au fost revizuite ----- x 100 Total general proceduri de sistem aplicabile la nivel de spital
		RMC	Anual	Comitet Director	Procentul îndeplinirii măsurilor identificate la nivel de spital care susțin Planul de management al calității pentru anul 2024	100%	Total măsuri îndeplinite, conform termen de finalizare stabilit pentru anul 2024 ----- x 100 Total general măsuri de îndeplinit, conform termen de finalizare stabilit

Obiectiv specific	Termen realizare obiectiv specific	Respons realizare obiectiv	Periodicit. evaluare obiectiv	Raportare situatie realizare obiectiv	Indicator de performanță asociat obiectivului	Tinta ptr. anul 2024	Indicator de evaluare obiectiv
A. Obiective specifice managementului calității							
4. Îmbunătățirea implementării managementului riscurilor	31.12.2024	Fiecare responsabil de riscuri desemnat la nivel de structură organizatorică	Annual	Comisia de gestionare riscuri	4.1. Procentul de implementare a acțiunilor documentate în fiecare plan de acțiuni al fiecărui risc inerent documentat în registrul riscurilor la nivel de structură organizatorică	Min 80% Anual	Total acțiuni implementate din fiecare plan de acțiuni întocmit, cu respectarea țintei ----- x 100 Total acțiuni stabilite și documentate în fiecare plan de acțiuni întocmit
			Annual	Comisia de gestionare riscuri	4.2. Procentul de atingere a riscurilor reziduale strabile și documentate în registrul riscurilor la nivel de structură organizatorică	100%	Total riscuri reziduale atinse ----- x 100 Total general riscuri documentate în registrul riscurilor la nivel de structură organizatorică
	Annual	Coordonator secretariat tehnic CMO CIM Comisia de gestionare riscuri	Comitet Director	4.3. Procentul general, la nivel de spital, al atingerii riscurilor reziduale la nivel global de structuri medicale	100%	Total general riscuri reziduale atinse la nivelul tuturor structurilor medicale ----- x 100 Total general riscuri documentate în registrele riscurilor structurilor medicale	
				4.4. Procentul general, la nivel de spital, al atingerii riscurilor reziduale la nivel global de structuri nemedicale	100%	Total general riscuri reziduale atinse la nivelul tuturor structurilor medicale ----- x 100 Total general riscuri documentate în registrele riscurilor structurilor nemedicale	

Obiectiv specific	Termen realizare obiectiv specific	Respons realizare obiectiv	Periodicit. evaluare obiectiv	Raportare situație realizare obiectiv	Indicator performanță asociat obiectivului	Ținta ptr. anul 2024	Indicator de evaluare obiectiv
B. Obiective specifice managementului sănătății și securității în muncă							
1. Îmbunătățirea implementării la nivelul structurilor medicale a cerințelor specifice de sănătate și securitate ocupațională	31.12.2024	Șef SIPP	Anual	Comitet Director si RMC	1.1. Numarul incidentelor de munca produse la nivel general de structuri medicale cauzate de nerespectarea cerințelor SSM aplicabile	Zero incidente de munca	-
					1.2. Numarul accidentelor de munca produse la nivel general de structuri medicale cauzate de nerespectarea cerințelor SSM aplicabile	Zero accidente de munca	-
					1.3. Numarul imbolnavirilor profesionale produse la nivel general de structuri medicale cauzate de nerespectarea cerințelor SSM aplicabile	Zero imbolnaviri profesionale	-
					1.4. Numarul incidentelor de munca produse la nivel general de structuri nemedicale cauzate de nerespectarea cerințelor SSM aplicabile	Zero incidente de munca	-
					1.5. Numarul accidentelor de munca produse la nivel general de structuri nemedicale cauzate de nerespectarea cerințelor SSM aplicabile	Zero accidente de munca	-
					1.6. Numarul incendiilor produse in spital cauzate de nerespectarea cerințelor legislației PSI aplicabile spitalului	Zero incendii	-
		Cadrul tehnic PSI	Anual	Comitet Director si RMC			

Abrevieri: RMI = reprezentantul managementului integrat; FMN = functie coordonatoare a unei structuri nemedicale;

RMC = responsabilul managementului calității; SIPP = serviciu intern de prevenire si protectie

Data: 27.03.2024

Avizat RMI, Chirila Elena



Întocmit, RMC Ref. sp. Bențea Veronica

