

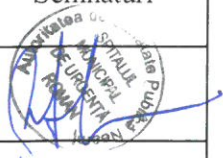
|                    |                |
|--------------------|----------------|
| SPITALUL MUNICIPAL | 11528          |
| INTRARE NR.        |                |
| Data               | - 3. APR. 2025 |

# PLANUL DE MANAGEMENT

## AL SPITALULUI MUNICIPAL DE URGENȚĂ

### ROMAN

#### - 2025 -

|                                                                     | Nume și Prenume       | Semnături                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Elaborat</b> – Manager<br>02.04. 2025                            | Dr. Andrici Maria     |  |
| <b>Avizat</b> - Comitet Director                                    |                       |                                                                                       |
| Director Medical                                                    | Dr. Popescu Nicoleta  |  |
| Director Financiar contabil                                         | Ec. Rus Magda         |  |
| Director Îngrijiri                                                  | As. med. Căpuș Toader |  |
| <b>Aprobat</b> – Președinte Consiliu de Administrație<br>25.04.2025 | Ec. Oprea Constantin  |  |

## CUPRINS

### **1. VIZIUNEA, MISIUNEA și VALORILE SPITALULUI**

- 1.1. Viziune
- 1.2. Misiune
- 1.3. Valori

### **2. CADRUL CONTEXTUAL AL DESFĂȘURĂRII ACTIVITĂȚILOR SPITALULUI**

- 2.1. Generalități
- 2.2. Activități

### **3. SERVICII MEDICALE OFERITE DE SPITAL**

- 3.1. Servicii de urgență
- 3.2. Servicii curative
- 3.3. Servicii profilactice

### **4. ORGANIZAREA SPITALULUI**

- 4.1. Structura organizatorică actuală a spitalului
- 4.2. Structura de personal
- 4.3. Patrimoniul spitalului
- 4.4. Dotările spitalului

### **5. CONTEXT LEGISLATIV APLICABIL**

- 5.1. Context legislativ general
- 5.2. Context legislativ specific

### **6. ANALIZA ANULUI 2024**

- 6.1. Caracteristici relevante ale populației deservite de spital
- 6.2. Analiza SWOT

### **7. PRIORITĂȚI MANAGERIALE 2025**

### **8. ORIENTĂRI ȘI POLITICI 2025**

- 8.1. Orientări de bază
- 8.2. Politici

### **9. OBIECTIVE ȘI INDICATORI 2025**

- 9.1. Obiective generale
- 9.2. Obiective specifice - direcții

### **10. REZULTATE AȘTEPTATE**

### **11. EVALUAREA PLANULUI DE MANAGEMENT**

### **12. ANEXE**

## 1. VIZIUNEA, MISIUNEA și VALORILE SPITALULUI

### 1.1. Viziune

#### 1.1.1. "Pentru sănătate, împreună!"

1.1.2. Dorim să generăm în permanență pentru comunitatea locală performanță pe plan medical, plus valoare, să contribuim la îmbunătățirea continuă a actului medical și să diversificăm serviciile medicale pe care să le oferim, cu respectarea întotdeauna a drepturilor pacienților.

1.1.3. Vom trata orice pacient cu simț de răspundere, respect și profesionalism.

1.1.4. Ne vom canaliza toată energia pentru a preveni, diagnostica, trata și oferi îngrijiri medicale la standarde adecvate și ne vom axa în permanență pe îmbunătățirea continuă a calității vieții pacienților noștri.

1.1.5. Dorim să fim un spital eficient, bine dotat, cu personal motivat, bine pregătit și permanent aflat în slujba celor care au nevoie de serviciile noastre.

### 1.2. Misiune

1.2.1. Misiunea noastră este de a ne implica major în îmbunătățirea stării de sănătate a comunității urbane și rurale arondate.

1.2.2. Suntem în permanență orientați spre a identifica și soluționa profesionist nevoile pacienților prin furnizarea de servicii medicale de calitate, bazate pe competență profesională, transparență, etică și eficiență.

### 1.3. Valori

1.3.1. Valorile esențiale pe care le promovăm în activitățile noastre de zi cu zi sunt:

a. *Profesionalism* – activitățile pe care le desfășurăm au la bază reguli și cerințe clare de la care nu putem face rabat; cu toții ne implicăm în mod activ în realizarea misiunii acestei instituții medicale; deviza noastră permanentă este să construim încredere.

b. *Performanță* – rezultatele noastre trebuie să ne reprezinte și să ne consolideze poziția pe plan local.

c. *Grija față de om* – prin tot ceea ce noi vrem să dezvoltăm din punct de vedere medical și social, omul este în permanență în centrul atenției noastre, indiferent că acesta se numește pacient sau salariat al spitalului; îi respectăm întotdeauna drepturile și libertățile.

d. *Transparență* – comunicăm cu pacienții și salariații noștri; suntem în permanență deschiși și venim în întâmpinarea nevoilor acestora.

e. *Accesibilitate* – prin modul în care suntem organizați, cei care ne solicită sprijin și ajutor, le pot primi în orice moment.

## 2. CADRUL CONTEXTUAL AL DESFĂȘURĂRII ACTIVITĂȚILOR SPITALULUI

### 2.1. Generalități

2.1.1. Îngrijirea sănătății centrată pe cetățean.

2.1.2. Sănătatea este bunul cel mai de preț al omului, iar dușmanul cel mai redutabil al sănătății este boala. Între acestea intervin spitalul și personalul acestei instituții medicale.

2.1.3. Ca instituție medicală publică, prin tot ceea ce urmărim să realizăm, dorim să contribuim la asigurarea sănătății populației municipiului Roman și a zonelor limitrofe arondate.

2.1.4. Ca instituție reprezentativă a sistemului sanitar al municipiului Roman, suntem în permanență orientați să facem față tuturor provocărilor majore privind rolul și locul nostru în cadrul sistemului național actual de sănătate, sistem aflat într-o continuă 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-financiară care se referă la costuri, preț și corelarea dintre nivelul calitativ și preț.

### 2.2. Activități

2.2.1. Activitatea organizatorică și funcțională a spitalului este reglementată și supusă controlului, la nivel teritorial, de către Consiliul Local Roman și Direcția de Sănătate Publică Neamț, și în mod

implicit și de către Ministerul Sănătății, ca autoritate centrală în domeniul asistenței de sănătate publică.

2.2.2. Activitatea profesională și respectarea manoperelor și a procedurilor medicale sunt supuse reglementărilor în vigoare. Problemele de etică și deontologie profesională care nu pot fi soluționate prin Consiliu etic al spitalului, sunt transmise spre evaluare specifică, după caz, la Colegiului Medicilor din România, Colegiului Farmaciștilor din România sau Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

2.2.3. Prin Compartimentul de Primiri Urgențe, spitalul asigură primul ajutor și asistență medicală de urgență, având personal propriu, special pregătit pentru triajul, evaluarea și tratamentul de urgență al pacienților cu afecțiuni acute, care se prezintă la spital cu mijloace proprii sau care sunt transportați de ambulanțe, datorită stării lor critice de sănătate care necesită investigații și tratament de specialitate.

2.2.4. Pentru pacienții care se adresează spitalului, acesta asigură asistență medicală și răspunde pentru:

- calitatea actului medical;
- condițiile de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- acoperirea prejudiciilor cauzate pacienților în caz de neefectuare și/sau efectuare neadecvată a actului medical la care aceștia au fost supuși, prejudicii stabilite de către organele competente.

### **3. SERVICII MEDICALE OFERITE DE SPITAL**

#### ***3.1. Servicii de urgență***

- toate urgențele medico-chirurgicale se adresează Compartimentului de Primiri Urgențe pentru consultații, investigații – analize medicale și investigații radiologice (radiografii, ecografii, CT), tratament de specialitate, internare la nevoie și intervenții chirurgicale de urgență, acolo unde se impune.

#### ***3.2. Servicii curative***

#### ***3.3. Servicii profilactice***

- controale periodice;
- servicii de planificare familială;
- monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuziei;
- urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a sugarului și copilului;
- servicii de educație sanitară.

#### ***3.4. Servicii de recuperare și reabilitare medicală***

#### ***3.5. Servicii de îngrijiri paliative***

### **4. ORGANIZAREA SPITALULUI**

#### ***4.1. Structura organizatorică actuală a spitalului***

4.1.1. Spitalul Municipal de Urgență Roman dispune de o structură complexă de specialități aprobată prin OMS nr. 792/02.06.2010, modificată prin Avizul Ministerului Sănătății nr. AR 12748/30.07.2024, aprobată prin HCL nr. 191 din 29.08.2024, personalul fiind specializat și acreditat conform normelor în vigoare.

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;
- 33 paturi – spitalizare de zi;
- 20 paturi – însoțitori;

4.1.5. Spitalul dispune de:

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

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 și de îngrijiri medicale.

**4.2. Structura de personal**

4.2.1. Structura de personal a spitalului, la data de 01.01.2025, este următoarea:

a. total personal medical: 938 din care:

- total medici: 117 din care total medici rezidenți: 13
- total personal îngrijiri medicale: 697 din care:
  - total asistenți medicali: 423 din care:
    - total asistenți medicali cu studii superioare: 12
    - total asistenți medicali cu studii medii: 412
  - total registratori medicali: 18
  - total infirmieri: 133
  - total îngrijitori: 113
  - 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 53 personal din care:

- un număr total de 14 îl reprezintă personal cu studii superioare de specialitate;
- un număr total de 39 îl reprezintă personal cu studii medii.

d. total personal din cadrul aparatului funcțional-administrativ: 38 din care:

- total personal cu studii superioare: 25 din care:
  - personal cu studii superioare economice: 14
  - personal cu studii superioare tehnice: 8
  - personal cu studii superioare juridice: 3
- total personal cu studii medii: 9

**4.3. Patrimoniul spitalului**

4.3.1. Spitalul funcționează în 2 locații din Roman:

a. **Sediul central** - Str. Tineretului nr. 28 – clădire D+P+6E, unde își desfășoară marea majoritate a personalului din structurile medicale - secții/compartimente și ambulatoriu integrat)

- pavilionul administrativ în clădirea vechii Policlinici
- compartiment Îngrijiri paliative în clădirea vechii Policlinici.

b. **două pavilioane în Str. Speranței nr. 13** – cu două corpuri:

- P + 2E - secțiile Pediatrie și Boli infecțioase – accesul în aceste două structuri medicale asigurându-se distinct,
- P + 1E - secția Psihiatrie.

#### **4.4. Dotările spitalului**

4.4.1. Secțiile cu profil medical și chirurgical sunt dotate cu aparatură performantă care asigură conformitatea prestării serviciilor medicale de specialitate, conform domeniului acreditat pentru spitalizarea continuă, spitalizarea de zi și Ambulatoriu.

4.4.2. Laboratorul de analize medicale are asigurate toate dotările necesare efectuării analizelor din domeniul pentru care a fost autorizat RENAR.

4.4.3. Laboratorul de radiologie și imagistică medicală, prin dotările actuale de care dispune, asigură populației efectuarea următoarelor tipuri de investigații:

- 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, de părți moi, eco cord;
- d. CT;
- e. mamograf.

4.4.4. Echipamentele și aplicațiile IT utilizate asigură procesarea electronică operativă atât a datelor privitoare la afecțiunile tratate, la pacienții spitalizați dar și procesării de date pe linie economică, de achiziții și contractări, tehnică, etc.

### **5. CONTEXT LEGISLATIV APLICABIL**

#### **5.1. Context legislativ general**

5.1.1. Cadrul legislativ aplicabil asigură planificarea, prestarea și ținerea sub control a serviciilor medicale oferite și este reprezentat de legislația generală și specifică următoarelor domenii de activitate: medical, paraclinic, farmaceutic, funcțional-administrativ (resurse umane, economic, tehnic, igiena și siguranța alimentară, SSM, PSI-SU, metrologie, ISCIR)

#### **5.2. Context legislativ specific**

##### **5.2.1. Legislația de bază aplicabilă domeniului medical este:**

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu toate modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu toate modificările și completările specifice ulterioare;
- Ordinul nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003;
- 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. 86<sup>1</sup> din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap;
- Ordinul nr. 1096/2016 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 914/2006 pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare;
- Ordinul nr. 3670/2022 privind stabilirea programului de vizite în unitățile sanitare publice;
- Ordinul nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare;
- Ordin nr. 1761/2021 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;
- Legea nr. 3/2021 privind prevenirea, diagnosticarea și tratamentul infecțiilor asociate asistenței medicale din unitățile medicale și din centrele rezidențiale pentru persoanele adulte aflate în dificultate din România;

## PLANUL DE MANAGEMENT AL SPITALULUI MUNICIPAL DE URGENȚĂ ROMAN

- Ordinul nr. 1109/2016 pentru modificarea Ordinului ministrului sănătății publice nr. 1.509/2008 privind aprobarea Nomenclatorului de specialități medicale, medico-dentare și farmaceutice pentru rețeaua de asistență medicală;
- 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;
- Ordonanța de urgență nr. 92/2021 privind regimul deșeurilor;
- Ordinul nr. 1279/2012 privind aprobarea Criteriilor de evaluare, a condițiilor de funcționare și monitorizare a echipamentelor de tratare prin decontaminare termică la temperaturi scăzute a deșeurilor medicale periculoase;
- Legea nr. 17/2023 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 92/2021 privind regimul deșeurilor;
- O.M.S. nr. 320/2007 privind aprobarea Contractului de administrare a secției/laboratorului sau serviciului medical din cadrul spitalului public, cu toate modificările și completările ulterioare;
- O.M.S. nr. 1500/2009 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare;
- O.M.S. nr. 1224/2006 pentru aprobarea Normelor privind activitatea unităților de transfuzie sanguină din spitale;
- 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;
- O.M.S. nr. 75/2010 pentru aprobarea Regulilor de bună practică farmaceutică;
- Legea nr. 266/2008 \*\*\*Republicată - legea farmaciei;
- O.M.S. nr. 863/2004 pentru aprobarea atribuțiilor și competențelor Consiliului Medical al spitalelor, cu toate modificările și completările specifice ulterioare;
- Ordinul nr. 1502/2016 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. 1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor;
- Legea nr. 111/1996\*\*\*Republicată privind desfășurarea în siguranță, reglementarea, autorizarea și controlul activităților nucleare;
- Ordinul nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar;
- Ordinul nr. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic;
- Ordinul nr. 2168/502/2023 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- Legea nr. 104/2003\*\*\*Republicată privind manipularea cadavrelor umane și prelevarea organelor și țesuturilor de la cadavre în vederea transplantului;
- Ordinul nr. 3801/2024 pentru aprobarea structurii organizatorice și de personal, a atribuțiilor serviciilor de anatomie patologică și prosectură din cadrul spitalelor, precum și a listei cu dotările minime obligatorii;
- Ordinul nr. 1192/745/2020 pentru aprobarea modelului unic al certificatului de concediu medical și a instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a certificatelor de concediu medical pe baza cărora se acordă indemnizații asiguraților din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și din sistemul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale;
- Legea nr. 487/2002\*\*\*Republicată - Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice;
- Ordinul nr. 39/2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului;

- Regulamentul nr. 679/2016 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).

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

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu toate modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 82/1991\*\*\* Republicată - Legea contabilității;
- Ordinul nr. 2634/2015 privind documentele financiar - contabile;
- Ordinul nr. 1792/2002 pentru aprobarea Normelor metodologice privind angajarea, lichidarea, ordonanțarea și plata cheltuielilor instituțiilor publice, precum și organizarea, evidența și raportarea angajamentelor bugetare și legale;
- Hotărârea nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate;
- Contractul Cadru și Normele de aplicare ale acestuia (anual);
- Legea 273/2006 privind finanțele publice locale;
- Hotărârea nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate;
- Ordinul nr. 1782/2006 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.

5.2.3. Legislația de bază privitoare la achizițiile publice este:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu toate modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 98/2016 privind achizițiile publice;
- Ordonanța nr. 3/2021 pentru modificarea și completarea unor acte normative în domeniul achizițiilor publice;
- Ordinul nr. 1292/2012 privind aprobarea Normelor metodologice pentru achiziția publică centralizată, la nivel național, de medicamente, materiale sanitare, echipamente medicale, echipamente de protecție, servicii, combustibili și lubrifianți pentru parcul auto;
- Legea nr. 101/2016 privind remediile și căile de atac în materie de atribuire a contractelor de achiziție publică, a contractelor sectoriale și a contractelor de concesiune de lucrări și concesiune de servicii, precum și pentru organizarea și funcționarea Consiliului Național de Soluționare a Contestațiilor;
- Ordinul nr. 281/2016 privind stabilirea formularelor standard ale Programului anual al achizițiilor publice și Programului anual al achizițiilor sectoriale.

5.2.4. Legislația de bază pe linie de management resurse umane este:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu toate modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 53/2003\*\*\* Republicată - Codul muncii;
- Hotărârea nr. 1336/2022 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și dezvoltarea carierei personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice;
- Ordinul nr. 974/2020 privind stabilirea criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale pentru personalul contractual și a fișei de evaluare a personalului de execuție și de conducere;
- Legea 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice;
- Hotărârea nr. 153/2018 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind stabilirea locurilor de muncă, a categoriilor de personal, a mărimii concrete a sporului pentru condiții de muncă prevăzut în anexa nr. II la Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, precum și a condițiilor de acordare a acestuia, pentru familia ocupațională de funcții bugetare "Sănătate și asistență socială";
- Legea nr. 296/2023 privind unele măsuri fiscal-bugetare pentru asigurarea sustenabilității financiare a României pe termen lung;

- Hotărârea nr. 970/2023 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 privind normele de organizare și funcționare a comisiilor de disciplină;
- Regulamentul nr. 679/2016 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);
- Ordinul nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar;
- Legea nr. 544/2001 cu toate completările ulterioare - privind liberul acces la informațiile de interes public, actualizare 2016;
- Hotărârea nr. 478/2016 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\*\*\* Republicată - privind transparența decizională în administrația publică;
- Legea nr. 176/2010 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;
- O.M.S. nr. 921/2006 pentru stabilirea atribuțiilor Comitetului Director din cadrul spitalului public, cu toate modificările și completările specifice ulterioare.

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

- SR EN ISO 9001:2015 - Cerințe privitoare la managementul calității;
- Legea 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate;
- Ordinul nr. 298/2020 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;
- O.M.S. nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare 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. 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;
- Ordinul nr. 10/2018 privind aprobarea categoriilor de acreditare a unităților sanitare cu paturi aferente celui de-al II-lea ciclu de acreditare.

#### 5.2.6. Legislația de baza aplicabilă SSM-PSI-SU

- Legea nr. 319/2006 - Legea securității și sănătății în muncă;
- Hotărârea nr. 1425/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006;
- Hotărârea nr. 355/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor;
- Ordinul nr. 92/2017 pentru completarea O.M.S. nr. 1.170/2014 privind aprobarea modelelor de formulare pentru aplicarea prevederilor titlului VI din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății;
- Hotărârea nr. 1048/2006\*\*\*R - 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\*\*\*R - 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;

- Hotărârea nr. 160/2007 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;
- Legea nr. 333/2003\*\*\*R privind paza obiectivelor, bunurilor, valorilor și protecția persoanelor.

## 6. ANALIZA ACTIVITĂȚII SMU ROMAN 2024

### 6.1. Caracteristici generale

#### 6.1.1. Monitorizare post-acreditare ANMCS (ciclul II)

Menținerea dovezilor unei monitorizări constante a activităților desfășurate în cadrul SMU Roman cu respectarea cerințelor de calitate ale standardelor ANMCS, în urma acreditării ciclu II, conform Ordinului Președintelui ANMCS nr. 258/07.08.2024, prin care spitalul a fost încadrat în categoria a IV-a de acreditare <<Acreditat cu încredere redusă>>.

Spitalul a obținut un punctaj total de 87.61% grad de îndeplinire a cerințelor standardelor de acreditare ANMCS, criteriul în baza căruia s-a realizat încadrarea în categoria de acreditare fiind și existența planului de conformare, parte integrantă a autorizației sanitare de funcționare. Spitalul a primit Certificatul de Acreditare Seria ANMCS, Nr.2-413, cu valabilitate până la data de 06.08.2029

La Serviciul de Management al Calității Serviciilor de Sănătate (SMCSS) sunt păstrate dovezile de monitorizare ale activităților medicale și de îngrijiri medicale din secțiile și compartimentele spitalului, conform IND „Instrucțiune de lucru – Modalitatea de colectare a datelor medicale din secțiile și compartimentele SMU Roman în vederea întocmirii analizelor și rapoartelor de analiză generale”. Aceste liste de verificare sunt centralizate la SMCSS, ulterior fiind înaintate funcțiilor de management ale spitalului (Director Medical, Director Îngrijiri, Director Financiar contabil) pentru analize specifice și stabilire măsuri de implementat.

#### 6.1.2. Menținerea certificării Sistemului de Management al Calității

Pe parcursul anului 2024 spitalul și-a menținut certificarea Sistemului de Management al Calității în conformitate cu cerințele standardului ISO 9001:2015 iar în perioada 18 - 22.11.2024 a avut loc Auditul de supraveghere II, încheiat cu Raport de Audit favorabil nr. 42215/09.12.2024.

#### 6.1.3. Certificare RENAR pentru Laboratorul de Analize medicale al spitalului

În cursul anului 2024 Comisia RENAR a efectuat două etape de monitorizare, astfel:

- În perioada 01 - 02.02.2024 s-a desfășurat etapa conform procesului de acreditare: supraveghere (S3).
  - Domeniile tehnice care au fost evaluate:
    - o Hematologie
    - o Chimie clinică
    - o Imunologie
    - o Microbiologie

În ceea ce privește continuarea procesului de acreditare s-a concluzionat că acesta va continua cu etapa de reevaluare conform Programului de evaluare.

**Concluzie finală:** Menținerea acreditării pentru pozițiile 1-22 din Anexa nr. 1 la Certificatul de Acreditare nr. LM 810/08.01.2024.

- În perioada 30.09 - 01.10.2024 s-a desfășurat etapa de Reevaluare + Tranziție la SR EN ISO 15189:2023
  - Domeniile tehnice care au fost evaluate:
    - o Hematologie
    - o Chimie clinică
    - o Imunologie

○ Microbiologie

Procesul de acreditare va continua cu etapa de supraveghere (S1), conform Programului de evaluare.

**Concluzie finală:** Menținerea acreditării pentru pozițiile 1-22 din Anexa nr. 1 la Certificatul de Acreditare nr. LM 810/08.01.2024 și cu propunerea de Tranziție la SR EN ISO 15189:2023

Consiliul de Acreditare al RENAR, în urma ședinței din data de 05.02.2025, a luat următoarea decizie privind Laboratorul de Analize medicale al SMU Roman: Menținerea acreditării ca urmare a reevaluării cu Tranziție la SR EN ISO 15189:2023 pentru pozițiile 1-22 din Anexa nr. 1 la Certificatul de Acreditare nr. LM 810/08.01.2024 și s-a emis un nou Certificat de Acreditare cu data reînnoirii acreditării la data de 17.02.2025, cu valabilitate până la data de 16.02.2029.

**6.1.4. Continuarea proiectelor cu finanțare din fonduri externe prin:**

**- Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR)**

➤ Componenta C12 – Sănătate

Implementarea 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” și au fost achiziționate de Primăria Roman → echipamente medicale din cadrul proiectului, care au fost puse în funcțiune la SMU Roman.

➤ Componenta C7 - Transformare digitală

- Continuarea procedurilor de implementare a Proiectului Componenta 7 – Transformare digitală, investiția: I3. Realizarea sistemului de eHealth și telemedicină, Investiția specifică: I3.3. – Investiții în sistemele informatice și în infrastructura digitală a unităților sanitare publice;
- Implementarea din cadrul Proiectului Ministerului Sănătății, pe aceeași Componentă C7 – Implementarea sistemului de eHealth și telemedicină în cadrul Compartimentului Primiri Urgențe SMU Roman.

**- Program Operațional Sănătate**

- A fost depus Proiectul „Extindere Bloc Materno-infantil cu heliport” pentru obținere finanțare;
- Au continuat lucrările privind Proiectul de Extindere, reabilitare, modernizare și dotare Ambulatoriu integrat.

**- Compania Națională de Investiții** - au continuat lucrările privind modernizarea Stației Centrale de Sterilizare a spitalului.

**6.1.5. Continuă preocupare privind gradul de satisfacție pacienți/aparținători**

În vederea aprecierii îngrijirilor medicale și a creșterii calității acestora Feedback SMS cât și celelalte modalități de evaluare a acestui indicator reprezintă procese de monitorizare continuă a SMU Roman pentru a se cunoaște gradul de satisfacție al pacienților și/sau aparținătorilor. SMCSS, în urma centralizării răspunsurilor/sugestiilor și recomandărilor pacienților/aparținătorilor la chestionarele din aplicația Feedback SMS, transmite raportul către Comitetul director, Consiliul medical și Consiliul etic, în vederea stabilirii măsurilor necesare a fi implementate/monitorizate.

**6.1.6. Modificare a structurii organizatorice a spitalului**

Spitalul Municipal de Urgență Roman dispune de o structură complexă de specialități aprobată prin OMS nr. 792/02.06.2010, modificată prin Avizul Ministerului Sănătății nr. AR 12748/30.07.2024, aprobată prin HCL nr. 191 din 29.08.2024, personalul fiind specializat și acreditat conform normelor în vigoare.

- **Înființare cabinete medicale (Ambulatoriu de specialitate și Ambulatoriu integrat)**

Genetică medicală (specialitate deficitară la nivel național)  
Chirurgie toracică  
Urologie  
Psihiatrie pediatrică  
Chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă  
Chirurgie vasculară  
Psihiatrie  
Recuperare neurologică  
Recuperare medicală

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

În anul 2024 a crescut semnificativ numărul serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi de la 12840 (2023) la 15149 (2024). Totodată conform noii structuri organizatorice aprobată a crescut și numărul de paturi alocate spitalizării de zi de la 20 de paturi la 33 de paturi.

**6.1.7. Accesibilitate pentru persoane cu handicap acordată în scopul integrării și incluziunii sociale a acestora** (respectarea Legii nr. 448/2006 din 6 decembrie 2006, republicată)

În cursul anului 2024 SMU Roman a achiziționat două sisteme care oferă accesibilitate pentru persoanele cu dizabilități sistemul <<STEP-HEAR>> ce asigură independență de deplasare pentru persoanele cu deficiență de vedere folosind mesaje vocale, sistem care a fost implementat la data de 11.06.2024, conform procesului verbal de punere în funcțiune. Totodată pe site-ul spitalului a fost creată pictogramă distinctă <<Ghidaj Audio de Orientare pentru persoane cu deficiențe de vedere>> cu posibilitatea de a fi accesată cu telefonul personal, prin scanarea codurilor QR. În urma achiziției din cursul anului 2024 a unei platforme ridicătoare pentru persoane cu dizabilități în scaun cu roțile, model V64, la data de 15.01.2025 s-a instalat platformă, montat la scările de la CPU.

**6.1.8. STOP CORUPȚIE – Educație contra corupției**

Se pune accent pe stoparea corupției promovând în continuare proiectul „Nu corupție”, prin afișarea, la toate intrările, a pliantelor STOP CORUPȚIE, efectuare cursuri specifice – Curs online: *etică, Integritate, Anticorupție. SNA 2021-2025*, desfășurat în perioada 22-23 februarie 2024;

În anul 2025 ne propunem să ridicăm și mai mult standardele calității serviciilor medicale și de îngrijiri medicale, cu scopul de a ajuta cât mai mulți pacienți cu patologii diverse să își recapete funcționalitatea, mobilitatea și sănătatea.

**6.2. Situația realizării indicatorilor de performanță ai managementului spitalului pentru anul 2024, a fost următoarea:**

| Indicatori                                                                                                                            | Realizat |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>A. Indicatori de management resurse umane</b>                                                                                      |          |
| A.1. Proporția medicilor din totalul personalului                                                                                     | 12.07 %  |
| A.2. Proporția personalului de specialitate medico-sanitar din totalul personalului angajat al spitalului                             | 87.61 %  |
| A.3. Gradul de ocupare cu personal specializat a serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale | 82.35 %  |
| <b>B. Indicatori de utilizare a serviciilor</b>                                                                                       |          |
| B.1. Durata medie de spitalizare pe spital                                                                                            | 6.41 %   |
| B.2. Rata de utilizare a paturilor – pe spital                                                                                        | 52.68 %  |
| B.3. Indicele de complexitate a cazurilor – pe spital                                                                                 | 1.4003   |
| B.4. Numărul spitalizărilor de zi raportat la numărul total de spitalizări                                                            | 43.88 %  |

**PLANUL DE MANAGEMENT AL SPITALULUI MUNICIPAL DE URGENȚĂ ROMAN**

| <b>C. Indicatori economico-financiari</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| C.1. Execuția bugetară față de bugetul de cheltuieli aprobat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 88.93 %                                          |
| 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 10.49 %                                          |
| C.3. Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 67.40 %                                          |
| C.4. Procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 13.19 %                                          |
| C.5. Costul mediu/zi de spitalizare, pe spital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 936.27                                           |
| <b>D. Indicatori de calitate</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                  |
| D.1. Rata mortalității intraspitalicești pe total spital (din cauza complicațiilor survenite în timpul spitalizării)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 0.00 %                                           |
| D.2. Rata infecțiilor asociate asistenței medicale pe total spital (la 100 de pacienți externati)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0.52 %                                           |
| D.3. Sancțiuni/măsuri 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nu au fost dispuse sancțiuni/măsuri de remediere |
| D.4. Numărul mediu de consultații/medic în ambulatoriu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 942.27                                           |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 97.13 %                                          |
| 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 %                                            |
| 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                        |
| <b>E. Indicatori de integritate</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                  |
| E.1. Proporția angajaților unității sanitare care au fost instruiți prin intermediul programelor de formare profesională pe tema conflictelor de interese și a incompatibilităților;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 5.21 %                                           |
| E.2. Gradul de realizare a măsurilor preventive pentru limitarea conflictelor de interese și a incompatibilităților:<br>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;<br>b) existența unui ghid privind conflictele de interese și incompatibilitățile, precum și documentarea faptului că a fost adus la cunoștință angajaților;<br>c) existența unei proceduri în conformitate cu prevederile Legii nr. 361/2022 privind protecția avertizorilor în interes public;<br>d) funcționarea Consiliului etic. | 91.00 %                                          |

### 6.3. Analiza SWOT

6.3.1. Analiza SWOT a fost efectuată în baza evaluării situației anului 2024

| Puncte forte                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Puncte slabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>Mediul intern</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spital de urgență, grad III, acreditat ANMCS și ISO 9001/2015;</li> <li>2. Structură medicală care asigură servicii medicale pentru o patologie vastă;</li> <li>3. Compartiment de chirurgie toracică, unicul în județ, maternitate grad 2;</li> <li>4. Dotări adecvate, care pot asigura continuitatea desfășurării serviciilor medicale și de îngrijiri medicale;</li> <li>5. Tratament egal și de calitate oferit tuturor pacienților, cu respectarea tuturor drepturilor ale acestora;</li> <li>6. Facilități de acces în structurile spitalului pentru persoane cu dizabilități;</li> <li>7. Echipa managerială profesionistă și stabilă;</li> <li>8. Laborator analize medicale acreditat RENAR, laborator biologie molecular.</li> </ol> <p><u>Mediul extern</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Municipiul Roman este situat strategic, fiind tranzitat de multe persoane în drumul lor spre Iași, Suceava, Vaslui, București și vestul țării;</li> <li>2. Acces facil al populației zonale (suntem situați pe artera drumului european E85);</li> <li>3. Adresabilitate crescută.</li> </ol> | <p><u>Mediul intern</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personal medical în număr insuficient pentru anumite specialități;</li> <li>2. Lipsa secție de neurochirurgie;</li> <li>3. Costuri relativ mari de funcționare a spitalului în sezonul rece, respectiv pentru energia electrică și gaz metan;</li> <li>4. Costuri ridicate pentru mentenanța echipamentelor medicale;</li> <li>5. Digitalizare limitată (sistem informatic parțial integrat, trasabilitatea medicației incompletă, trasabilitatea echipamentului medical parțial asigurată printr-o aplicație IT specifică);</li> <li>6. Lipsa unui RMN al spitalului;</li> <li>7. Structuri care nu respectă cubajul și suprafață/ m<sup>2</sup> pat și număr toalete alocate/salon (ATI, chirurgie, recuperare, pediatrie, boli infecțioase);</li> <li>8. Neasigurarea circuitelor corecte din punct de vedere epidemiologic și funcțional în ATI, Pediatrie, Boli infecțioase.</li> </ol> <p><u>Mediul extern</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Finanțare scăzută prin tarifele impuse de CAS pe caz ponderat, spitalizare de zi și laborator analize medicale;</li> <li>2. Supraaglomerarea Compartimentului de Primiri Urgențe cu multe cazuri ce țin de medicina de familie și centre de permanență;</li> <li>3. Neincluderea în toate programele de finanțare ale Ministerului Sănătății corespunzătoare unui spital de urgență.</li> </ol> |
| Oportunități                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Amenințări                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><u>Mediul intern</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>2. Orientarea spre încheierea unor parteneriate publice private care să genereze plus valoare serviciilor medicale prestate de spital;</li> <li>3. Lărgirea gamei serviciilor medicale atât în spital cât și în ambulatoriu;</li> <li>4. Implementarea sistemului integrat de management calitate-igienă și siguranța alimentară-securitate și sănătate ocupațională.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p><u>Mediul intern</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cheltuieli de personal mari, 70% din cheltuielile spitalului;</li> <li>2. Cheltuieli reduse cu medicamentele;</li> <li>3. Evenimente indezirabile – evenimente adverse asociate asistenței medicale care pot pune în pericol siguranța/sănătatea pacienților;</li> <li>4. Dezvoltarea serviciilor medicale concurențiale, private.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>Mediul extern</u></p> <p>1. Spijinul autorităților locale si central prin posibilitatea obtinerii de finantari pe proiecte din fonduri europene, CNI, sponsorizari;</p> <p>2. Colaborări interclinice - încheierea protocoalelor/acordurilor de colaborare cu alte unități sanitare/spitalicești.</p> | <p><u>Mediul extern</u></p> <p>1. Instabilitate legislativă;</p> <p>2. Alte pandemii sau situații de urgență (război, cataclisme naturale, etc);</p> <p>3. Nivel de trai scăzut al populației zonale, generat de rata crescută a șomajului;</p> <p>4. Îmbătrânirea populației și migrarea forței de muncă tinere;</p> <p>5. Creșterea costurilor asistenței medicale;</p> <p>6. Presiunea socială, prin lipsa posibilităților proprii ale pacienților de a-și continua la domiciliu tratamentele medicale prescrise după externare;</p> <p>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 compexe;</p> <p>8. Competiția cu alte spitale din zonă.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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.      | Posibile evenimente indezirabile (EAAAM-uri și IAAM-uri)                                                         | Unele secții și compartimente ale spitalului                                                  | -Deteriorarea stării de sănătate a pacienților care poate genera și decesul acestora și atragerea răspunderii juridice;<br>-Creșterea cheltuielilor per pacient (datorită nevoii de îngrijiri medicale suplimentare, creșterea DMS)                                                                            |
| 2.      | Existența unei structuri deficitare în asigurarea circuitelor și respectarea unui cubaj și spațieri între paturi | ATI, Bloc operator, Pediatrie, Boli infecțioase, CPU, Spitalizare de zi, Ambulatoriu integrat | -Punerea în pericol a siguranței actului medical și de îngrijiri medicale a pacienților                                                                                                                                                                                                                        |
| 3.      | Comunicare deficitară                                                                                            | Unele secții și compartimente ale spitalului                                                  | -Scăderea gradului de satisfacție al pacienților/aparținătorilor                                                                                                                                                                                                                                               |
| 4.      | Deficit de personal medico-sanitar, auxiliar și TESA                                                             | Toate structurile spitalului                                                                  | -Perturbarea asigurării continuității actului medical și/sau activitatilor specifice în perioadele de concedii de odihnă ale salariaților;<br>-Posibile reclamații ale pacienților care ar genera scăderea gradului de încredere;<br>-Scăderea veniturilor ca urmare a nerealizării contractului cu CAS Neamț. |
| 5.      | Cheltuieli mari cu structura de personal                                                                         | Întreg spitalul                                                                               | Diminuarea bugetului pentru bunuri și servicii precum medicamente, materiale sanitare și de curățenie și investiții.                                                                                                                                                                                           |

## 7. PRIORITĂȚI MANAGERIALE 2025

7.1.1. Managementul spitalului, urmărește în mod prioritar **satisfacția pacientului și furnizarea serviciilor medicale de calitate** și este îndreptat spre îndeplinirea scopului său, respectiv cel de a furniza servicii medicale de calitate pentru un număr cât mai mare de pacienți care necesită asistență medicală de specialitate.

7.1.2. Dezvoltarea și promovarea spitalului bazată pe:

- activitatea medicală și de îngrijiri medicale competitivă și sustenabilă
- o infrastructură modernă
- servicii de înaltă calitate, accesibile tuturor, având la bază forța de muncă înalt calificată și responsabilă, angajată în spiritul respectării drepturilor pacienților.

## 8. ORIENTĂRI ȘI POLITICI 2025

### 8.1. Orientări de bază

- Respectarea dreptului la ocrotirea sănătății populației;
- Garantarea calității și siguranței actului medical;
- Asigurarea accesibilității la servicii medicale;
- Respectarea dreptului la liberă alegere;
- Creșterea rolului serviciilor preventive;
- Îmbunătățirea continuă a sistemului de prevenire și gestiune a riscurilor și a evenimentelor nedorite.

### 8.2. Politici - Rol, scopuri vizate

Spitalul Municipal de Urgență Roman și-a definit următoarele politici suport:

- politica de îmbunătățire a calității serviciilor medicale furnizate pacienților
- politica de promovare a serviciilor medicale oferite de spital
- politica de îmbunătățire a serviciilor hoteliere și de alimentație
- politica de atragere de fonduri europene
- politica de management integrat (calitate-sănătate și securitate în muncă-igienă și siguranță alimentară)
- politica privind securitatea și sănătatea lucrătorilor în toate aspectele legate de muncă
- politica de management al riscurilor

Scopurile vizate prin implementarea acestor politici suport sunt:

- a. determinarea unei schimbări susținute în care fiecare individ să poată înțelege necesitatea de a adopta și de a menține un comportament sănătos (prin respectarea unor reguli de igienă personală și a unor reguli corecte de alimentație);
- b. depășirea unor probleme de natură sistemică privitoare la accesul populației zonale la sistemul de îngrijiri medicale.

### 8.2.1. Politica de îmbunătățire a calității serviciilor medicale furnizate pacienților

Elementele principale care stau la baza satisfacției pacienților sunt:

- a. componenta tehnică a îngrijirilor de sănătate – care se referă la acuratețea procesului de diagnostic și de tratament, calitatea fiind evaluată prin comparație cu cel mai bun act medical practicat în ultimii doi ani;
- b. latura interpersonală a îngrijirilor de sănătate – care este reprezentată de elementele umaniste ale îngrijirilor medicale;
- c. accesibilitatea - care se referă la timpul de așteptare al pacientului pentru a i se face o programare medicală;
- d. continuitatea îngrijirilor de sănătate - care contribuie la obținerea unui beneficiu maxim al fiecarui pacient sau a unei utilizări maxime a resurselor spitalului.

La nivelul spitalului există o preocupare permanentă privind condițiile asigurării celor mai ridicate standarde de calitate a serviciilor medicale oferite populației zonale. Continuitatea îngrijirilor de sănătate și după externare este un obiectiv prioritar al echipei manageriale a spitalului.

Data fiind experiența profesională a cadrelor medicale ale spitalului, cu referire la patologia constatată, recuperarea medicală asistată de personal calificat este evidențiată ca o necesitate și o prioritate în planul serviciilor medicale oferite populației zonale.

Cheltuielile pentru bunuri și servicii au ponderea cea mai mare în cadrul cheltuielilor spitalului, urmărindu-se a fi susținute de necesitatea atragerii și motivării personalului spitalului, fără a reduce importanța cheltuielilor cu bunuri și servicii de strictă necesitate medicală.

#### **8.2.2. Politica de promovare a serviciilor medicale prestate de spital**

Această politică 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 activități de tipul:
  - interacțiuni clinician-pacient;
  - organizarea unor dezbateri pe tematici de maximă utilitate populației zonale.

#### **8.2.3. Politica de îmbunătățire a serviciilor hoteliere și de alimentație**

Unul dintre cele mai reprezentative impacturi în privința satisfacției pacienților care beneficiază de serviciile medicale ale spitalului îl reprezintă calitatea serviciilor hoteliere și calitatea alimentației oferite acestora pe durata spitalizării.

Orientarea noastră este spre a aduce aceste servicii la standarde cât mai ridicate pentru a asigura servicii spitalicești de calitate orientate ca un tot unitar, eficace și eficient pentru pacienți.

#### **8.2.4. Politica de atragere a fondurilor europene**

Această politică presupune:

- a. eficientizarea promovării relațiilor cu autoritățile publice care au competențe în gestionarea atragerii de fonduri europene;
- b. orientarea spre realizarea unor parteneriate și colaborări care să permită implementarea unui management al proiectelor care să genereze plus valoare spitalului,
- c. instruirea salariaților spitalului privind necesitatea fructificării oportunităților de accesare a spitalului de fonduri europene;
- d. încurajarea tuturor salariaților de a participa activ din punct de vedere informațional la identificarea surselor europene de finanțare pentru spital;

#### **8.2.5. Politica de management integrat (calitate-sănătate și securitate în muncă-igienă și siguranță alimentară)**

Spitalul Municipal de Urgență Roman, prin natura și specificul activităților pe care le desfășoară este orientat spre a genera calitate, plus valoare și continuă diversificare a serviciilor medicale oferite, pentru a putea contribui la îmbunătățirea permanentă a actului medical și de îngrijiri medicale oferite tuturor pacienților, cu respectarea cerințelor, necesităților și drepturilor acestora.

Tratăm fiecare pacient cu simț de răspundere, respect și profesionalism și dorim să oferim tuturor în permanență imaginea unui spital de încredere, modern, bine dotat, cu un personal motivat, bine pregătit. Suntem focusați pentru a preveni, diagnostica, trata și oferi îngrijiri medicale la standarde adecvate, pacienții noștri fiind întotdeauna partea interesată externă de cea mai mare importanță pentru noi toți.

Sistemul general de obiective al spitalului este un suport esențial în implementarea cerințelor privitoare la managementul calității, sănătății și securității în muncă precum și a siguranței alimentare, asigurând baza pentru implementarea la nivelul tuturor structurilor organizatorice a abordării bazate pe: proces și resurse eficient stabilite și gestionate, decizii eficiente, risc precum și a abordării spre sănătatea și siguranța atât a salariaților, pacienților și aparținătorilor acestora precum și a tuturor celorlalte părți interesate externe.

Acordăm maximă atenție :

- a. respectării standardelor cu privire la managementul calității (ISO 9001:2015) cât și cele cu privire la controlul intern managerial (Ordinul 600/2018);
- b. implementării contextului organizațional și îmbunătățirii continue a planificării, desfășurării și controlului tuturor activităților desfășurate în cadrul fiecărei structuri organizatorice din acest spital;
- c. asigurării hranei zilnice pentru toți pacienții spitalizați, cu respectarea strictă a regulilor de igienă și siguranță alimentară stabilite.

Întreg personalul care își desfășoară activitățile în structurile organizatorice ale spitalului se angajează să:

- a. respecte cerințele reglementărilor în vigoare, în raport cu specificul activităților pe care le desfășoară;
- b. asigure implementarea adecvată a managementului riscurilor, în corelare cu sistemul general și sectorial de obiective stabilit;
- c. respecte reglementările interne în vigoare privitoare la sănătatea și securitatea în muncă pentru a putea fi prevenite incidente și accidente de muncă;
- d. asigure satisfacerea cerințelor și necesităților pacienților și a celorlalte părți interesate;
- e. se implice activ în asigurarea îmbunătățirii continue a sistemului integrat de management proiectat și aflat în implementare.

Direcțiile noastre prioritare de acțiune privitoare la managementul integrat sunt:

- a. să funcționăm în deplină conformitate cu toate cerințele legale și de reglementare în vigoare precum și cu toate celelalte cerințe aplicabile spitalului, evitând la maximum posibil poluarea mediului înconjurător și alte situații de urgență și punerea în pericol a sănătății salariaților;
- b. dezvoltăm continuu pachetul de servicii medicale pe care să le oferim pacienților noștri.

#### **8.2.6. Politica privind securitatea și sănătatea lucrătorilor în toate aspectele legate de muncă**

SMU Roman are obligația de a asigura securitatea și sănătatea lucrătorilor în toate aspectele legate de muncă.

În cazul în care se apelează la servicii externe, SMU Roman nu este exonerat de responsabilitățile sale în acest domeniu.

Obligațiile lucrătorilor în domeniul securității și sănătății în muncă nu aduc atingere principiului responsabilității spitalului.

În cadrul responsabilităților sale, spitalul are obligația să ia măsurile necesare pentru:

- a. asigurarea securității și protecția sănătății lucrătorilor;
- b. prevenirea riscurilor profesionale;
- c. informarea și instruirea lucrătorilor;
- d. asigurarea cadrului organizatoric și a mijloacelor necesare securității și sănătății în muncă.

SMU Roman are obligația să urmărească adaptarea măsurilor prevăzute mai sus, ținând seama de modificarea condițiilor, și pentru îmbunătățirea situațiilor existente dar și cu respectarea următoarelor principii generale de prevenire:

- a. evitarea riscurilor;
- b. evaluarea riscurilor care nu pot fi evitate;
- c. combaterea riscurilor la sursă;
- d. adaptarea muncii la om, în special în ceea ce privește proiectarea posturilor de muncă, alegerea echipamentelor de muncă, a metodelor de muncă și de producție, în vederea reducerii monotoniei muncii, a muncii cu ritm predeterminat și a diminuării efectelor acestora asupra sănătății;
- e. adaptarea la progresul tehnic;
- f. înlocuirea a ceea ce este periculos cu ceea ce nu este periculos sau cu ceea ce este mai puțin periculos;
- g. dezvoltarea unei politici de prevenire coerente care să cuprindă tehnologiile, organizarea muncii, condițiile de muncă, relațiile sociale și influența factorilor din mediul de muncă;
- h. adoptarea, în mod prioritar, a măsurilor de protecție colectivă față de măsurile de protecție individuală;

i. furnizarea de instrucțiuni corespunzătoare lucrătorilor.

Fără a aduce atingere altor prevederi ale legii securității și sănătății în muncă (319/2006), ținând seama de natura activităților din spital, SMU Roman are obligația:

- a. să evalueze riscurile pentru securitatea și sănătatea lucrătorilor, inclusiv la alegerea echipamentelor de muncă, a substanțelor sau preparatelor chimice utilizate și la amenajarea locurilor de muncă;
- b. ca, ulterior evaluării prevăzute la lit. a) și dacă este necesar, măsurile de prevenire, precum și metodele de lucru și de producție aplicate de către angajator să asigure îmbunătățirea nivelului securității și al protecției sănătății lucrătorilor și să fie integrate în ansamblul activităților întreprinderii și/sau unității respective și la toate nivelurile ierarhice;
- c. să ia în considerare capacitățile lucrătorului în ceea ce privește securitatea și sănătatea în muncă, atunci când îi încredințează sarcini;
- d. să asigure ca planificarea și introducerea de noi tehnologii să facă obiectul consultărilor cu lucrătorii și/sau reprezentanții acestora în ceea ce privește consecințele asupra securității și sănătății lucrătorilor, determinate de alegerea echipamentelor, de condițiile și mediul de muncă;
- e. să ia măsurile corespunzătoare pentru ca, în zonele cu risc ridicat și specific, accesul să fie permis numai lucrătorilor care au primit și și-au însușit instrucțiunile adecvate.

Fără a aduce atingere altor prevederi ale prezentei legi, atunci când în același loc de muncă își desfășoară activitatea lucrători din mai multe întreprinderi și/sau unități, angajatorii acestora au următoarele obligații:

- a. să coopereze în vederea implementării prevederilor privind securitatea, sănătatea și igiena în muncă, luând în considerare natura activităților;
- b. să își coordoneze acțiunile în vederea protecției lucrătorilor și prevenirii riscurilor profesionale, luând în considerare natura activităților;
- c. să se informeze reciproc despre riscurile profesionale;
- d. să informeze lucrătorii și/sau reprezentanții acestora despre riscurile profesionale.

Măsurile privind securitatea, sănătatea și igiena în muncă nu trebuie să comporte în nicio situație obligații financiare pentru lucrători.

#### **8.2.7. Politica de management al riscurilor**

SMU Roman este în permanență orientat spre dezvoltarea unei culturi organizaționale axate către siguranța pacienților și adoptă un stil de management proactiv prin implementarea unor măsuri de identificare a riscurilor înainte ca acestea să se materializeze și să genereze consecințe nefavorabile asupra realizării obiectivelor și desfășurării activităților 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 apariție și impact), încadrarea nivelului de expunere la risc în categoriile specifice prestabilite, stabilirea planurilor de acțiuni pentru ținerea sub control a fiecărui risc identificat și în scopul atingerii unui risc rezidual diminuat, sunt elemente definitorii ale conceptului de abordare bazată pe risc.

Gestionarea 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 SI SPECIFICE STABILITE PENTRU ANUL 2025**

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

9.2. Obiectivul general este:

**<<Îmbunătățirea 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

Periodicitate evaluare: Anual

**c. Obiectiv general componenta economică**

- Eficientizarea managementului activităților tehnico-economico-administrative

Responsabilitate: Director financiar contabil

Periodicitate evaluare: Anual

**d. Obiectiv general SMI**

- Îmbunătățirea continuă a calității sănătății și vieții pacienților

Responsabilitate: RMI

Periodicitate evaluare: Anual

**9.4. Pentru realizarea obiectivului general 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 toți medicii șefi/medicii coordonatori structuri medicale

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatorii de performanță asociați obiectivului:

- Procentul EAAAM produse la pacienții internați;
- Procentul IAAM produse la pacienții internați;
- Numărul de reclamații/sesizări cu privire la calitatea actului medical;
- Numărul reclamațiilor și sesizarilor fondate, transmise în scris, de către pacienți/aparținători privitoare la o comunicare deficitară, prin încălcarea conduitei de etică profesională;
- Numărul deceselor ca urmare a complicațiilor survenite în timpul spitalizării;
- Numărul deceselor survenite ca urmare a comunicării ineficiente a echipei medicale;
- Numărul instruirilor interne cu privire la comunicarea adecvată cu pacienții/aparținătorii;
- Numărul spitalizărilor de zi raportat la numărul total de spitalizări;
- Numărul mediu de consultații per medic în ambulatoriu.

9.5.2. Îmbunătățirea dotărilor cu aparatură și echipamente medicale performante la nivelul structurilor cu profil medical și chirurgical

Responsabilitate: Director Medical în colaborare cu medicii șefi/medicii coordonatori structuri medicale, Director Financiar contabil și Șef serviciu Contractări, Achiziții, Aprovizionare

Periodicitate evaluare: Anual

Indicatorii de performanță asociați obiectivului:

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

## **9.6. Obiective specifice Managementului de îngrijiri medicale**

### 9.6.1. Creșterea calității actului de îngrijire medicală

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

*Periodicitate evaluare: Anual*

*Indicatorii de performanță asociați obiectivului:*

- Procentul erorilor de identificare a pacienților internați din total pacienților internați pe structură;
- Procentul neconformităților cu privire la montarea și întreținerea cateterului din cadrul fișei de monitorizare a cateterului din planul de îngrijire medicală a pacienților internați;
- Procentul erorilor survenite în administrarea medicației în conformitate cu fișa de administrare a medicației din planurile de îngrijiri medicale ale pacienților internați;
- Numărul de reclamații/sesizări cu privire la calitatea actului de îngrijiri medicale;
- Numărul reclamațiilor și sesizarilor fondate, transmise în scris, de către pacienți/aparținători privitoare la o comunicare deficitară, prin încălcarea conduitei de etică profesională;
- Numărul instruirilor interne a personalului de îngrijiri medicale (asistenți medicali, infirmieri, îngrijitori, brancardieri) cu privire la prevenirea și combaterea IAAM -urilor;
- Numărul instruirilor interne a personalului de îngrijiri medicale (asistenți medicali, infirmieri, îngrijitori, brancardieri) cu privire la comunicarea adecvată cu pacienții /aparținătorii.

## **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 și Șef serviciu Reparații*

*Periodicitate evaluare: Anual*

*Indicatorii de performanță asociați obiectivului:*

- Procentul de finalizare a implementării lucrărilor de reabilitare a infrastructurii spitalului documentate în Planul de investiții aprobat și desfășurătorului 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 Șeful serviciului Financiar contabil, informatic*

*Periodicitate evaluare: Anual*

*Indicatorii de performanță asociați obiectivului:*

- Numărul aplicațiilor IT nou-instalate și funcționale la nivelul structurilor organizatorice pentru fluidizarea sistemului de procesări date/comunicare internă;
- Procentul instruirilor interne cu privire la identificarea, cunoașterea și prevenirea incidentelor cibernetice.

### 9.7.3. Creșterea încasărilor spitalului din veniturile proprii realizate

*Responsabilitate: Director Financiar contabil în colaborare cu Șeful serviciului Financiar contabil, informatic*

*Periodicitate evaluare: Anual*

*Indicatorii de performanță asociați obiectivului:*

- Procentul de creștere a încasărilor din veniturile proprii realizate de spital;

### 9.7.4. Eficientizarea derulării procesului de management al achizițiilor publice și aprovizionării

*Responsabilitate: Director Financiar contabil în colaborare cu Șef serviciu Contractări, Achiziții, Aprovizionare*

*Periodicitate evaluare: Anual*

*Indicatorii de performanță asociați obiectivului:*

- Numărul situațiilor de întârzieri în finalizarea procedurilor de achiziții publice cauzate de timpul mare de soluționare a contestațiilor transmise de ofertanți;
- Numărul situațiilor în care, motivat de apariția unei contestații, s-a apelat la alte proceduri de achiziții pentru materialele și serviciile solicitate de structurile din spital;
- Numărul situațiilor de întârziere în aprovizionarea cu bunuri materiale față de termenele contractuale stabilite;
- Numărul situațiilor în care la recepția calitativă a bunurilor materiale efectuată la sediul spitalului a rezultat necesitatea returnării acestora la furnizori;
- Numărul de situații în care a fost nevoie a se utiliza bunuri și materiale din stocul critic aprobat pe unitate;
- Numărul situațiilor de întârzieri în întocmirea certificatelor constatatoare la finalizarea procedurilor de achiziții (produse, servicii, lucrări)

9.7.5. Acoperirea cu personal de specialitate, a posturilor în conformitate cu legislația în vigoare

*Responsabilitate: Director Medical, Director Îngrijiri, Director Financiar contabil, Șef serv. RUNOS*

*Periodicitate evaluare: Trimestrial*

*Indicatorii de performanță asociați obiectivului:*

- Procentul de ocupare a posturilor vacante, aprobate prin Memorandum (medici, asistenți medicali, personal auxiliar), în conformitate cu necesitatea de îngrijiri/dependență a pacienților;
- Procentul de ocupare a posturilor vacante existente în structurile funcțional administrative conform legislației;
- Numărul de situații de redistribuire a personalului ca urmare a deficitului de personal consemnat de secții/compartimente.

9.7.6. Dezvoltarea profesională a personalului din structurile organizatorice ale spitalului

*Responsabilitate: Director Medical, Director Îngrijiri, Director Financiar contabil, Șef serv. RUNOS*

*Periodicitate evaluare: Anual*

*Indicatorii de performanță asociați obiectivului:*

- Procentul personalului (pe categorii de personal) inclus în programe externe (generale și specifice) de dezvoltare profesională din total personal angajat SMU Roman;
- Procentul personalului instruit cu privire la Comunicarea adecvată;
- Procentul personalului instruit cu privire la Limitarea conflictelor de interese și a incompatibilităților;
- Procentul personalului instruit cu privire la aspecte care țin de etică, integritate și strategia națională de anticorupție;

**9.8. Obiective specifice Managementului integrat**

9.8.1. Îmbunătățirea implementării managementului informațiilor documentate la nivelul structurilor medicale

*Responsabilitate: Director Medical, Director Îngrijiri, medici șefi/medici coordonatori, asistenți medicali șefi/coordonatori structuri medicale împreună cu RMC*

*Periodicitate evaluare: Anual*

*Indicatorii de performanță asociați obiectivului:*

- Procentul actualizării protocoalelor medicale, în raport cu necesitățile obiective ale fiecărei structuri medicale;
- Procentul actualizării procedurilor operaționale pe linie medicală, în raport cu necesitățile obiective identificate;
- Procentul actualizării ghidurilor de îngrijiri medicale, în raport cu necesitățile obiective identificate;

- Procentul actualizării procedurilor operaționale pe linie de îngrijiri medicale, în raport cu necesitățile obiective identificate;
- Numărul personalului instruit de către fiecare FMN cu privire la cunoașterea și implementarea informațiilor documentate aprobate și aplicabile structurii medicale;

9.8.2. Îmbunătățirea implementării managementului informațiilor documentate la nivelul structurilor nemedicale

*Responsabilitate: Director Financiar contabil, Șefi structuri nemedicale împreună cu RMC*

*Periodicitate evaluare: Anual*

*Indicatorii de performanță asociați obiectivului:*

- Procentul actualizării procedurilor de sistem în raport cu necesitățile obiective identificate la nivel de spital de către fiecare structură;
- Procentul actualizării procedurilor operaționale aplicabile, în raport cu necesitățile obiective identificate;
- Numărul personalului instruit de către fiecare FMN cu privire la cunoașterea și implementarea informațiilor documentate aprobate și aplicabile structurii nemedicale;

9.8.3. Evaluarea măsurilor care susțin Planul de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate din cadrul spitalului

*Responsabilitate: RMC*

*Periodicitate evaluare: Anual*

*Indicatorii de performanță asociați obiectivului:*

- Procentul îndeplinirii măsurilor identificate la nivel de spital și care susțin Planul de îmbunătățire a calității pentru anul 2025
  - a. Auditarea activității medicale;
  - b. Auditarea activității de îngrijiri medicale;
  - c. Dezvoltarea profesională a personalului;
  - d. Diversificarea tipurilor de servicii medicale și includerea în noi programe naționale de sănătate;
  - e. Elaborarea de noi protocoale pentru diagnosticale pentru care încă nu există protocoale, dar sunt diagnosticați pacienții externați

9.8.4. Îmbunătățirea implementării managementului riscurilor

*Responsabilitate: Fiecare responsabil de riscuri, desemnat la nivel de structură organizatorică*

*Periodicitate evaluare: Anual*

*Indicatorii de performanță asociați obiectivului:*

- Procentul de implementare a acțiunilor documentate în fiecare plan de acțiuni al fiecărui risc inerent documentat în registrul riscurilor, la nivel de structură organizatorică;
- Procentul de atingere a riscurilor reziduale stabilite și documentate în registrul riscurilor la nivel de structura organizatorică;
- 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. Îmbunătățirea calității hranei asigurate pacienților internați

*Responsabilitate: Asistent dietetician, Director Îngrijiri, Director Financiar contabil*

*Periodicitate evaluare: Anual*

*Indicatorii de performanță asociați obiectivului:*

- Numărul de meniuri alimentare nou-introduse;
- Procentul neconformităților înregistrate cu privire la calitatea hranei;
- Procentul nemulțumirilor cu privire la calitatea și distribuția alimentelor către pacienți;

9.8.6. Îmbunătățirea implementării la nivelul structurilor medicale a cerințelor specifice de sănătate și securitate ocupațională

*Responsabilitate: Comitetul de securitate și sănătate în muncă*

*Periodicitate evaluare: Anual*

*Indicatorii de performanță asociați obiectivului:*

- Numărul incidentelor de muncă produse la nivel general de structuri medicale, cauzate de nerespectarea cerințelor SSM aplicabile;
- Numărul accidentelor de muncă produse la nivel general de structuri medicale, cauzate de nerespectarea cerințelor SSM aplicabile;
- Numărul îmbolnavirilor profesionale produse la nivel general de structuri medicale, cauzate de nerespectarea cerințelor SSM aplicabile;
- Numărul incidentelor de muncă produse la nivel general de structuri nemedicale, cauzate de nerespectarea cerințelor SSM aplicabile;
- Numărul accidentelor de muncă produse la nivel general de structuri nemedicale, cauzate de nerespectarea cerințelor SSM aplicabile;
- Numărul incendiilor produse în spital, cauzate de nerespectarea cerințelor legislației PSI aplicabile spitalului.

## 10. REZULTATE AȘTEPTATE

10.1. Planul de management al Spitalului Municipal de Urgență Roman urmărește, ca prin realizarea obiectivelor generale și specifice stabilite pentru anul 2025, să atingă următoarele rezultate:

- a. Un spital modern și competitiv, în acord cu reglementările naționale și europene în vigoare;
- b. O eficientizare în ceea ce privește utilizarea resurselor;
- c. Creșterea satisfacției pacienților și a aparținătorilor, care se adresează SMU Roman;
- d. Creșterea performanței serviciilor medicale oferite;
- e. Reducerea numărului de reclamații cu privire la aspecte de etică și integritate;
- f. Reducerea duratei medii de spitalizare;
- g. Îmbunătățirea condițiilor hoteliere oferite pacienților noștri;
- h. Realizarea unui ICM care să reflecte în mod real complexitatea și diversitatea patologiilor tratate și implicit atragerea unei finanțări suplimentare pentru serviciile medicale acordate.

## 11. EVALUAREA REALIZĂRII PLANULUI DE MANAGEMENT

11.1. Evaluarea realizării prezentului Plan de management se va efectua în primul trimestru al anului imediat următor, având la bază indicatorii de performanță stabiliți și țintele 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 în 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 - 2025

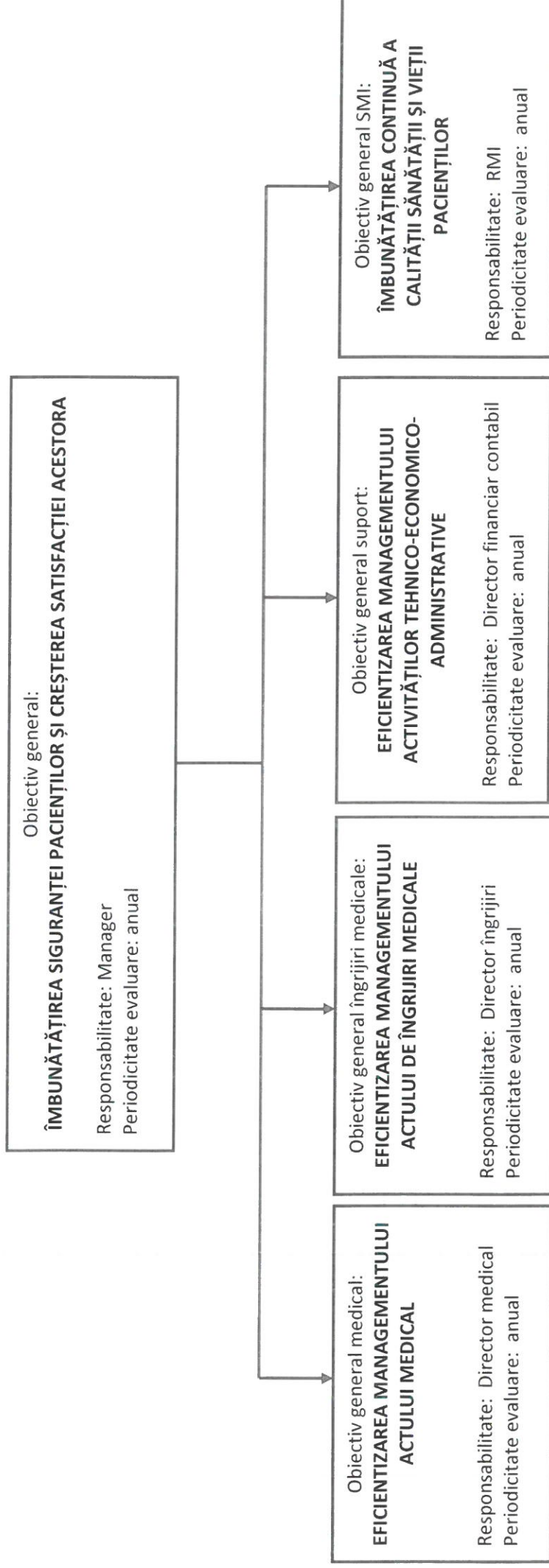
12.2. Macheta obiective management medical - 2025

12.3. Macheta obiective management îngrijiri medicale - 2025

12.4. Macheta obiective management activități economice-tehnice-administrative - 2025

12.5. Macheta obiective management integrat - 2025

## OBIECTIVE GENERALE 2025



## OBJECTIVE MANAGEMENT MEDICAL – 2025

a. Obiectiv general: EFICIENTIZAREA MANAGEMENTULUI ACTULUI MEDICAL

b. Obiective specifice:

| Obiectiv specific                      | Termen realizare obiectiv specific | Responsabili realizare obiectiv                        | Periodicit. evaluare obiectiv | Raportare situație realizare obiectiv | Indicator performanta asociat obiectivului                                                                                                                                             | Ținta ptr. anul 2025  | Indicator de evaluare obiectiv                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Creșterea calității actului medical | 31.12.2025                         | Medicii șefi / medicii coordonatori structuri medicale | Anual                         | Director medical                      | 1.1. Procentul EAAAM produse la pacienții internați                                                                                                                                    | max. 1% EAAAM produse | Nr. total EAAAM produse<br>----- x 100<br>Nr. total pacienți internați                                                                                                                                                                    |
|                                        |                                    |                                                        |                               |                                       | 1.2. Procentul IAAM produse la pacienții internați                                                                                                                                     | 0,5% IAAM produse     | Nr. total IAAM produse<br>----- x 100<br>Nr. total pacienți internați                                                                                                                                                                     |
|                                        |                                    |                                                        |                               |                                       | 1.3. Numărul de reclamații/sesizări, transmise în scris de către pacienți/apartinători cu privire la calitatea actului medical                                                         | max. 3%               | Nr. total reclamații și sesizări fondate, transmise în scris, de către pacienți/apartinători<br>----- x 100<br>Nr. total al pacienților internați                                                                                         |
|                                        |                                    |                                                        |                               |                                       | 1.4. Numărul de reclamații/sesizări fondate, transmise în scris de către pacienți/apartinători, privitoare la o comunicare deficitară, prin încălcarea conduitei de etică profesională | 0                     | Nr. total reclamații și sesizări fondate, transmise în scris, de către pacienți/apartinători, privitoare la o comunicare deficitară, prin încălcarea conduitei de etică profesională<br>----- x 100<br>Nr. total al pacienților internați |

| Obiectiv specific | Termen realizare obiectiv specific | Responsabili realizare obiectiv | Periodicit. evaluare obiectiv | Raportare situație realizare obiectiv | Indicator performanta asociat obiectivului                                                      | Ținta ptr. anul 2025 | Indicator de evaluare obiectiv                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   |                                    |                                 |                               |                                       | 1.5. Numărul deceselor ca urmare a complicațiilor survenite în timpul spitalizării              | <2%                  | Numărul deceselor ca urmare a complicațiilor survenite în timpul spitalizării<br>----- x 100<br>Numărul total decese                                                                                                            |
|                   |                                    |                                 |                               |                                       | 1.6. Numărul deceselor survenite ca urmare a comunicării ineficiente a echipei medicale         | 0                    | Numărul deceselor survenite ca urmare a comunicării ineficiente a echipei medicale<br>----- x 100<br>Numărul total decese                                                                                                       |
|                   |                                    |                                 |                               |                                       | 1.7. Numărul instruirilor interne cu privire la comunicarea adecvată cu pacienții/aparținătorii | 100%                 | Numărul instruirilor interne cu privire la comunicarea adecvată cu pacienții /aparținătorii efectuate<br>----- x 100<br>Numărul instruirilor interne cu privire la comunicarea adecvată cu pacienții /aparținătorii planificate |
|                   |                                    |                                 |                               |                                       | 1.8. Numărul spitalizărilor de zi                                                               | 40%                  | Numărul spitalizărilor de zi<br>----- x 100<br>Numărul total de spitalizări                                                                                                                                                     |

| Obiectiv specific                                                                                                                    | Termen realizare obiectiv specific | Responsabili realizare obiectiv                                                                                            | Periodicit. evaluare obiectiv | Raportare situație realizare obiectiv           | Indicator performanta asociat obiectivului                                                                                                                                                                  | Tinta ptr. anul 2025 | Indicator de evaluare obiectiv                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Îmbunătățirea dotărilor cu aparatură și echipamente medicale performante la nivelul structurilor cu profil medical și chirurgical | 31.12.2025                         | Medicii șefi / medicii coordonatori structuri medicale în colaborare cu Șef serviciu Contractări, Achiziții, Aprovizionare | Anual                         | Director medical<br>Director financiar contabil | 1.9. Numărul mediu de consultații per medic în ambulatoriu<br><br>2.1. Procentul de dotare cu aparatură și echipamente medicale achiziționate din totalul propus în lista de investiții pentru anul în curs | 900                  | Nr. mediu de consultații în ambulatoriu /Nr. medici care prestează activitate în ambulatoriu<br><br>Nr. total al aparatului și echipamentelor medicale achiziționate și puse în funcțiune ----- x 100<br><br>Nr. total al aparatului și echipamentelor medicale achiziționate solicitate a fi achiziționate |

Data: 23.04.2025

Director medical, Dr.Popescu Nicoleta

## OBJECTIVE MANAGEMENT ÎNGRIJIRI MEDICALE - 2025

a. Obiectiv general: EFICIENTIZAREA MANAGEMENTULUI ACTULUI DE ÎNGRIJIRI MEDICALE

b. Obiective specifice:

| Obiectiv specific                                    | Termen realizare obiectiv specific | Responsabili realizare obiectiv                             | Periodicit. evaluare obiectiv | Raportare situație realizare obiectiv | Indicator performanță asociat obiectivului                                                                                                                                       | Ținta ptr. anul 2025 | Indicator de evaluare obiectiv                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Creșterea calității actului de îngrijire medicală | 31.12.2025                         | Asistenți medicali șefi/<br>asistenți medicali coordonatori | Anual                         | Director îngrijiri                    | 1.1. Procentul erorilor de identificare a pacienților internati                                                                                                                  | 0                    | Nr. total al erorilor de identificare a pacienților<br>----- x 100<br>Nr. total al pacienților internați                                                                                                          |
|                                                      |                                    |                                                             |                               |                                       | 1.2. Procentul neconformităților cu privire la montarea și întreținerea cateterului din cadrul fișei de monitorizare a cateterului din planul de îngrijire medicală              | max. 2%              | Numărul neconformităților cu privire la montarea și întreținerea cateterului din cadrul fișei de monitorizare a cateterului din planul de îngrijire medicală<br>----- x 100<br>Nr. total al pacienților internați |
|                                                      |                                    |                                                             |                               |                                       | 1.3. Procentul erorilor survenite în administrarea medicației în conformitate cu fișa de administrare a medicației din planurile de îngrijiri medicale ale pacienților internați | max. 1%              | Numărul erorilor survenite în administrarea medicației în conformitate cu fișa de administrare a medicației din planurile de îngrijiri medicale<br>----- x 100<br>Nr. total al pacienților internați              |
|                                                      |                                    |                                                             |                               |                                       | 1.4. Număr reclamații/sesizări, transmise în scris de către pacienți/apartinători cu privire la calitatea actului de îngrijiri medicale                                          | max. 3%              | Nr. total reclamații și sesizări fondate, transmise în scris, de către pacienți/apartinători<br>----- x 100<br>Nr. total al pacienților internați                                                                 |

| Obiectiv specific | Termen realizare obiectiv specific | Responsabili realizare obiectiv | Periodicit. evaluare obiectiv | Raportare situație realizare obiectiv | Indicator performanță asociat obiectivului                                                                                                                                                       | Țintă ptr. anul 2025 | Indicator de evaluare obiectiv                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   |                                    |                                 |                               |                                       | 1.5. Număr reclamații/sesizări fondate, transmise în scris de către pacienți/ aparținători, privitoare la o comunicare deficitară, prin încălcarea conduitei de etică profesională               | 0                    | Nr. total reclamații și sesizări fondate, transmise în scris, de către pacienți/aparținători, privitoare la o comunicare deficitară, prin încălcarea conduitei de etică profesională<br>----- x 100<br>Nr. total al pacienților internați                                                               |
|                   |                                    |                                 |                               |                                       | 1.6. Numărul instruirilor interne a personalului de îngrijiri medicale (asistenți medicali, infirmieri, îngrijitori, brancardieri) cu privire la prevenirea și combaterea IAAM-urilor            | 100%                 | Numărul instruirilor interne a personalului de îngrijiri medicale cu privire la prevenirea și combaterea IAAM-urilor efectuate<br>----- x 100<br>Numărul instruirilor interne a personalului de îngrijiri medicale cu privire la prevenirea și combaterea IAAM-urilor planificate                       |
|                   |                                    |                                 |                               |                                       | 1.7. Numărul instruirilor interne a personalului de îngrijiri medicale (asistenți medicali, infirmieri, îngrijitori, brancardieri) cu privire la comunicarea adecvată cu pacienții/aparținătorii | 100%                 | Numărul instruirilor interne a personalului de îngrijiri medicale cu privire la comunicarea adecvată cu pacienții/aparținătorii efectuate<br>----- x 100<br>Numărul instruirilor interne a personalului de îngrijiri medicale cu privire la comunicarea adecvată cu pacienții/aparținătorii planificate |

Data: 24.04.2025

Director îngrijiri, as. med. PR. Căpuș Toader

### OBIECTIVE MANAGEMENT ACTIVITĂȚI SUPORT (TEHNICO-ECONOMICO-ADMINISTRATIVE) - 2025

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

| Obiectiv specific                                                                                                               | Termen realizare obiectiv specific | Responsabili realizare obiectiv                      | Periodicit. evaluare obiectiv | Raportare situație realizare obiectiv | Indicator performanță asociat obiectivului                                                                                                                                                                                                                                                     | Ținta ptr. anul 2025                                                                         | Indicator de evaluare obiectiv                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Îmbunătățirea condițiilor hoteliere asigurate pacienților și aparținătorilor acestora precum și a infrastructurii spitalului | 31.12.2025                         | Șef serviciu Întreținere /<br>Șef serviciu 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                                                                         | min. 80%                                                                                     | Nr. total lucrări de reabilitare a infrastructurii spitalului finalizate în 2025<br><br>----- x 100<br><br>Nr. total de lucrări planificate a se realiza în anul 2025                                                                                                                                                                                               |
| 2. Eficientizarea desfășurării activităților prin digitalizarea fluxurilor specifice în cadrul structurilor organizatorice      | 31.12.2025                         | Șef serviciu Financiar contabil, informatic          | 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<br><br>2.2. Procentul instruirilor interne cu privire la identificarea, cunoașterea și prevenirea incidentelor cibernetice | min. o aplicație IT nou-instalată și funcțională<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>100% | Nr. aplicațiilor IT nou-instalate și funcționale la nivelul structurilor în 2025<br><br>----- x 100<br><br>Nr. total de aplicații IT existente și utilizate în mod curent în 2025<br><br>Nr. personal instruit cu privire la identificarea, cunoașterea și prevenirea incidentelor cibernetice<br><br>----- x 100<br><br>Nr. total personal care necesită instruire |

| Obiectiv specific                                                                              | Termen realizare obiectiv specific | Responsabili realizare obiectiv                    | Periodicit. evaluare obiectiv | Raportare situație realizare obiectiv | Indicator performanță asociat obiectivului                                                                                                                                              | Ținta ptr. anul 2025   | Indicator de evaluare obiectiv                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Creșterea încasărilor spitalului din veniturile proprii realizate                           | 31.12.2025                         | Șef serviciu Financiar contabil, informatic        | Anual                         | Director financiar contabil           | 3.1. Procentul de creștere a încasărilor din veniturile proprii realizate de spital                                                                                                     | o creștere de min. 10% | Total încasări realizate din veniturile proprii<br>----- x 100<br>Total general încasări spital |
| 4. Eficientizarea derulării procesului de management al achizițiilor publice și aprovizionării | 31.12.2025                         | Șef serviciu Contractări, Achiziții, Aprovizionare | Anual                         | Director financiar contabil           | 4.1. Numărul situațiilor de întârzieri în finalizarea procedurilor de achiziții publice cauzate de timpul mare de soluționare a contestațiilor transmise de ofertanți                   | max.10%                | -                                                                                               |
|                                                                                                |                                    |                                                    |                               |                                       | 4.2. Numărul situațiilor în care, motivat de apariția unei contestații, s-a apelat la alte proceduri de achiziții pentru materialele și serviciile solicitate de structurile din spital | 0                      | -                                                                                               |
|                                                                                                |                                    |                                                    |                               |                                       | 4.3. Numărul situațiilor de întârziere în aprovizionarea cu bunuri materiale față de termenele contractuale stabilite                                                                   | max.5%                 | -                                                                                               |
|                                                                                                |                                    |                                                    |                               |                                       | 4.4. Numărul situațiilor în care la recepția calitativă a bunurilor materiale, efectuată la sediul spitalului, a rezultat necesitatea returnării acestora la furnizori                  | max.5%                 | -                                                                                               |
|                                                                                                |                                    |                                                    |                               |                                       | 4.5. Numărul de situații în care a fost nevoie a se utiliza bunuri și materiale din stocul critic aprobat pe unitate                                                                    | max.10                 | -                                                                                               |

| Obiectiv specific                                                                                | Termen realizare obiectiv specific | Responsabili realizare obiectiv                                                 | Periodicit. evaluare obiectiv | Raportare situație realizare obiectiv | Indicator performanță asociat obiectivului                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Ținta ptr. anul 2025                          | Indicator de evaluare obiectiv                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. Acoperirea cu personal de specialitate, a posturilor în conformitate cu legislația în vigoare | 31.12.2025                         | Director medical<br>Director îngrijiri financiar contabil<br>Șef serviciu RUNOS | Trimestrial                   | Manager                               | 4.6. Numărul situațiilor de întârzieri în întocmirea certificatelor constatatoare la finalizarea procedurilor de achiziții (produse, servicii, lucrări)<br><br>5.1. Procentul de ocupare a posturilor vacante, aprobate prin Memorandum (medici, asistenți medicali, personal auxiliar) în conformitate cu necesitatea de îngrijiri/ dependență a pacienților<br><br>5.2. Procentul de ocupare a posturilor vacante existente în structurile funcțional administrative, conform legislației în vigoare<br><br>5.3. Numărul de situații de redistribuire a personalului ca urmare a deficitului de personal, consensnat de secții/compartimente | 0<br><br>max.80%<br><br>max.80%<br><br>max.10 | -<br><br>-<br><br>Număr posturi ocupate<br>----- x 100<br>Număr posturi din cele scoase la concurs<br><br>-                                |
| 6. Dezvoltarea profesională a personalului din structurile organizatorice ale spitalului         | 31.12.2025                         | Director medical<br>Director îngrijiri financiar contabil                       | Anual                         | Manager                               | 6.1. Procentul personalului (pe categorii de personal) inclus în programe externe (generale și specifice) de dezvoltare profesională                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | min.10%                                       | Total personal angajat care a urmat forme de dezvoltare profesională (programe externe)<br>----- x 100<br>Total personal angajat în spital |

| Obiectiv specific | Termen realizare obiectiv specific | Responsabili realizare obiectiv | Periodicit. evaluare obiectiv | Raportare situație realizare obiectiv | Indicator performanță asociat obiectivului                                                                                              | Țintă ptr. anul 2025 | Indicator de evaluare obiectiv                                                                                                                                                                               |
|-------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   |                                    | Șef serviciu RUNOS              |                               |                                       | 6.2. Procentul personalului medical instruit cu privire la comunicarea adecvată                                                         | min.10%              | Total personal medical instruit cu privire la <u>comunicarea adecvată</u><br>----- x 100<br>Total personal medical angajat în spital                                                                         |
|                   |                                    |                                 |                               |                                       | 6.3. Procentul personalului cu funcții de conducere instruit cu privire la limitarea conflictelor de interese și a incompatibilităților | min.20%              | Total personal cu funcții de conducere instruit cu privire la <u>limitarea conflictelor de interese și a incompatibilităților</u><br>----- x 100<br>Total personal cu funcții de conducere angajat în spital |
|                   |                                    |                                 |                               |                                       | 6.4. Procentul personalului instruit cu privire la aspecte care tin de etică, integritate și strategia națională anticorupție           | min.5%               | Total personal instruit cu privire la aspecte care tin de etică, <u>integritate și strategia națională anticorupție</u><br>----- x 100<br>Total personal angajat în spital                                   |

Data: 24.04.2024

Director financiar contabil  
Ec. Ruș Magda

### OBJECTIVE MANAGEMENT INTEGRAT – 2025

- a. Obiectiv general: ÎMBUNĂTĂȚIREA CONTINUĂ A CALITĂȚII SĂNĂTĂȚII ȘI VIEȚII PACIENTILOR  
 b. Obiective specifice:

| Obiectiv specific                                                                                        | Termen realizare obiectiv specific | Responsabili realizare obiectiv                                                                                      | Periodicit. evaluare obiectiv | Raportare situație realizare obiectiv | Indicator de performanță asociat obiectivului                                                                                                                | Ținta ptr. anul 2025 | Indicator de evaluare obiectiv                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A. Obiective specifice managementului calitatii</b>                                                   |                                    |                                                                                                                      |                               |                                       |                                                                                                                                                              |                      |                                                                                                                                                                                    |
| 1. Îmbunătățirea implementării managementului informațiilor documentate la nivelul structurilor medicale | 31.12.2025                         | Director medical,<br>Director îngrijiri,<br>Medici șefi/coordonatori,<br>Asistenți medicali șefi/coordonatori<br>RMC | Anual                         | Manager                               | 1.1. Procentul actualizării protocolurilor medicale, în raport cu necesitățile obiective ale fiecărei structuri medicale                                     | min. 20%             | Total protocoale medicale revizuite<br>----- x 100<br>Total general protocoale medicale aplicabile la nivel de structură medicală                                                  |
|                                                                                                          |                                    |                                                                                                                      |                               |                                       | 1.2. Procentul actualizării procedurilor operaționale pe linie medicală în raport cu necesitățile obiective identificate/modificări legislative              | min. 10%             | Total proceduri operaționale pe linie medicală revizuite<br>----- x 100<br>Total general proceduri operaționale pe linie medicală necesar a fi revizuite                           |
|                                                                                                          |                                    |                                                                                                                      |                               |                                       | 1.3. Procentul actualizării procedurilor operaționale pe linie de îngrijiri medicale în raport cu necesitățile obiective identificate/modificări legislative | min. 10%             | Total proceduri operaționale pe linie de îngrijiri medicale revizuite<br>----- x 100<br>Total general proceduri operaționale pe linie de îngrijiri medicale necesar a fi revizuite |
|                                                                                                          |                                    |                                                                                                                      |                               |                                       | 1.4. Procentul actualizării ghidurilor de îngrijiri medicale în raport cu necesitățile obiective identificate/modificări legislative                         | min. 10%             | Total ghiduri de îngrijiri medicale revizuite<br>----- x 100<br>Total general ghiduri de îngrijiri medicale necesar a fi revizuite                                                 |

| Obiectiv specific                                                                                                   | Termen realizare obiectiv specific | Responsabili realizare obiectiv                                  | Periodicit. evaluare obiectiv | Raportare situație realizare obiectiv | Indicator de performanță asociat obiectivului                                                                                                                             | Ținta ptr. anul 2025 | Indicator de evaluare obiectiv                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Îmbunătățirea implementării managementului informațiilor documentate la nivelul structurilor nemedicale          | 31.12.2025                         | Director financiar contabil,<br>Șefi structuri nemedicale<br>RMC | Anual                         | Manager                               | 1.5. Numărul personalului instruit de către fiecare FMN cu privire la cunoașterea și implementarea informațiilor documentate aprobate și aplicabile structurii medicale   | 100%                 | Numărul personalului instruit<br><br>----- x 100<br>Numărul total personal angajat/ structură                                                                                                                |
|                                                                                                                     |                                    |                                                                  |                               |                                       | 2.1. Procentul actualizării procedurilor procedurilor de sistem în raport cu necesitățile obiective identificate/modificări legislative                                   | min. 10%             | Total proceduri de sistem revizuite<br>----- x 100<br>Total general proceduri de sistem necesar a fi revizuite                                                                                               |
|                                                                                                                     |                                    |                                                                  |                               |                                       | 2.2. Procentul actualizării procedurilor operaționale aplicabile structurilor nemedicale, în raport cu necesitățile obiective identificate/modificări legislative         | min. 10%             | Numărul de proceduri operaționale aplicabile structurilor nemedicale care au fost revizuite<br>----- x 100<br>Numărul total proceduri operaționale aplicabile structurilor nemedicale necesar a fi revizuite |
| 3. Evaluarea măsurilor care susțin Planul de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate din cadrul spitalului | 31.12.2025                         | RMC                                                              | Anual                         | Manager                               | 2.3. Numărul personalului instruit de către fiecare FMN cu privire la cunoașterea și implementarea informațiilor documentate aprobate și aplicabile structurii nemedicale | 100%                 | Numărul personalului instruit<br><br>----- x 100<br>Numărul total personal angajat/ structură                                                                                                                |
|                                                                                                                     |                                    |                                                                  |                               |                                       | Procentul îndeplinirii măsurilor identificate la nivel de spital care susțin Planul de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate pentru anul 2025                  | min. 80%             | Total măsuri îndeplinite, conform termen de finalizare stabilit pentru anul 2025<br>----- x 100<br>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                                                                                                                                         | Țintă ptr. anul 2025 | Indicator de evaluare obiectiv                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. Îmbunătățirea implementării managementului riscurilor          | 31.12.2025                         | Fiecare responsabil de riscuri, desemnat la nivel de structură organizatorică | Anual                         | Comisia de gestionare riscuri         | 4.1. Procentul de implementare al acțiunilor documentate în fiecare plan de acțiuni al fiecărui risc inherent documentat în registrul riscurilor la nivel de structură organizatorică | min 80%              | Total acțiuni implementate din fiecare plan de acțiuni întocmit, cu respectarea țintei<br>----- x 100<br>Total acțiuni stabilite și documentate în fiecare plan de acțiuni întocmit  |
|                                                                   |                                    |                                                                               |                               |                                       | 4.2. Procentul de atingere a riscurilor reziduale stabilite și documentate în registrul riscurilor la nivel de structură organizatorică                                               | 100%                 | Total riscuri reziduale atinse<br>----- x 100<br>Total general riscuri documentate în registrul riscurilor la nivel de structură organizatorică                                      |
|                                                                   |                                    |                                                                               |                               |                                       | 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<br>----- x 100<br>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<br>----- x 100<br>Total general riscuri documentate în registrele riscurilor structurilor nemedicale |
| 5. Îmbunătățirea calității hranei asigurate pacienților internați | 31.12.2025                         | Asistent dietetician<br>Director Îngrijiri<br>Director Financiar contabil     | Anual                         | Manager                               | 5.1. Numărul de meniuri alimentare nou-introduse                                                                                                                                      | min. 3               | Nr. meniuri alimentare nou-introduse<br>----- x 100<br>Nr. meniuri alimentare aprobate                                                                                               |
|                                                                   |                                    |                                                                               |                               |                                       | 5.2. Procentul neconformităților înregistrate cu privire la calitatea hranei                                                                                                          | min. 5%              | Nr. neconformități înregistrate cu privire la calitatea hranei la Blocul alimentar<br>----- x 100<br>Număr total neconformități                                                      |
|                                                                   |                                    |                                                                               |                               |                                       | 5.3. Procentul nemulțumirilor cu privire la calitatea și distribuția alimentelor către pacienți                                                                                       | ≤ 5                  | Nr. pacienți nemulțumiți cu privire la calitatea și distribuția alimentelor<br>----- x 100<br>Nr. pacienți internați                                                                 |

| Obiectiv specific                                                                                                             | Termen realizare obiectiv specific | Respons realizare obiectiv                   | Periodicit. evaluare obiectiv | Raportare situație realizare obiectiv | Indicator performanță asociat obiectivului                                                                                                 | Tinta ptr. anul 2025          | Indicator de evaluare obiectiv |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <b>B. Obiective specifice managementului sănătății și securității în muncă</b>                                                |                                    |                                              |                               |                                       |                                                                                                                                            |                               |                                |
| 6. Îmbunătățirea implementării la nivelul structurilor medicale a cerințelor specifice de sănătate și securitate ocupațională | 31.12.2025                         | Comitetul de securitate și sănătate în muncă | Anual                         | Manager                               | 6.1. Numărul incidentelor de muncă produse la nivel general de structuri medicale cauzate de nerespectarea cerințelor SSM aplicabile       | Zero incidente de muncă       | -                              |
|                                                                                                                               |                                    |                                              |                               |                                       | 6.2. Numărul accidentelor de muncă produse la nivel general de structuri medicale cauzate de nerespectarea cerințelor SSM aplicabile       | Zero accidente de muncă       | -                              |
|                                                                                                                               |                                    |                                              |                               |                                       | 6.3. Numărul îmbolnăvirilor profesionale produse la nivel general de structuri medicale cauzate de nerespectarea cerințelor SSM aplicabile | Zero îmbolnăviri profesionale | -                              |
|                                                                                                                               |                                    |                                              |                               |                                       | 6.4. Numărul incidentelor de muncă produse la nivel general de structuri nemedicale cauzate de nerespectarea cerințelor SSM aplicabile     | Zero incidente de muncă       | -                              |
|                                                                                                                               |                                    |                                              |                               |                                       | 6.5. Numărul accidentelor de muncă produse la nivel general de structuri nemedicale cauzate de nerespectarea cerințelor SSM aplicabile     | Zero accidente de muncă       | -                              |
|                                                                                                                               |                                    | Cadrul tehnic PSI                            | Anual                         | Manager                               | 6.6. Numărul incendiilor produse în spital cauzate de nerespectarea cerințelor legislației PSI aplicabile spitalului                       | Zero incendii                 | -                              |

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

RMC = responsabilul managementului calității; SIPP = serviciu intern de prevenire și protecție

Data: 24.04.2025

RMI, as. med. Pr. Căpuș Toader

