



Nr.30/12.01.2023

PLANUL DE MANAGEMENT PE ANUL 2023

1. SCOP

Scopul nostru este de **adaptare a serviciilor medicale și nemedicale la cerințele pacienților** pentru:

- îmbunătățirea satisfacției pacientului, a calității serviciilor medicale și a reputației spitalului
- îmbunătățirea calității și siguranței îngrijirilor oferite de către spital.

2. OBIECTIVE STRATEGICE 2023 – nivel de realizare la 31.12.2022

O.1.Obiective strategice cu privire la pacienti indreptate spre

- plasarea permanentă a pacientul în centrul atenției;
- obținerea satisfacției pacienților prin calitatea serviciilor oferite.

O.1.1.Plasarea permanentă a pacientul în centrul atenției prin oferirea de servicii medicale necesare indentificate

O.1.1.1.Analiza anuala a nevoilor de ingrijire a populatiei si a pietei serviciilor medicale din judetul Mures, in scopul dezvoltarii gamei de servicii medicale oferite

Indicator de performanta: o analiza pe an

Termen:31.01.2023

Responsabil: Comitet director

Resurse: conform BVC stabilit anual

Stadiu de realizare la 31.12.2022: 100%



O.1.2. Obținerea satisfacției pacienților prin calitatea serviciilor oferite

O.1.2.1. Soluționarea reclamațiilor de la pacienți și aparținători și a infecțiilor contractate de pacienți în cadrul spitalului

Indicator de performanță : 0 reclamații/0 IAAM nesoluționate

Termen: 2023

Responsabil: Responsabil Managementul Calității, Responsabil CPIAAM

Resurse: conform BVC stabilit anual

Stadiu de realizare la 31.12.2022: 100% (0 reclamații/0 IAAM nesoluționate)

O.1.2.2. Dotarea unității cu aparatura medicală de ultimă generație conform Planului de investiții pe 2023

Indicator de performanță : achiziționare 100% a aparaturii din planul de investiții anual

Termen: 31.12.2023

Responsabil: Comitet Director

Resurse: conform BVC stabilit anual

Stadiu de realizare la 31.12.2022: 88%

Grafic Gantt – planificarea perioadei de realizare a obiectivelor

Obiectiv	Responsabil	2019	2020		2021		2022		2023
			Sem 1	Sem 2	Sem 1	Sem 2	Sem 1	Sem 2	
O.1.	Obiective strategice cu privire la pacienți								
O.1.1.1	Comitet Director (CD)	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	
O.1.2.1	Responsabil Managementul Calității, Responsabil CPIAAM	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	
O.1.2.2	Comitet Director	R	R	R	R	R	R	R	

		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
--	--	------	------	------	------	------	------	------

R- nivel de realizare la data de 31.12.2022

O.2.Obiective strategice cu privire la dezvoltarea resurselor umane îndreptate spre:

- creșterea calității actului medical prin pregătire profesională continuă și învățarea din erori a întregului personal;
- instruirea permanentă a personalului pentru asigurarea flexibilității și mobilității acestuia;
- obținerea satisfacției angajaților prin calitatea serviciilor oferite;
- colaborare profesională între persoane și echipe medicale din unitatea sanitară și din alte unități sanitare cu care vom încheia protocoale de colaborare pentru asigurarea unei asistențe medicale integrate inter și multi disciplinară;
- organizarea și îmbunătățirea comunicării între profesioniști și între personalul medical și pacient și aparținători;
- implicarea fiecărui angajat în scopul aplicării politicii în domeniul calității prin inițiative, performanțe, responsabilitate și colaborare permanentă.

O.2.1.Creșterea calității actului medical prin pregătire profesională continuă și învățarea din erori a întregului personal

Măsuri de realizare:

O.2.1.1.Implementarea planului anual de pregătire profesională continuă a personalului

Indicator de performanță : 100% instruire

Termen: 31.12.2023

Responsabil: Director medical, șefi de secții/compartimente medicale

Resurse: conform BVC stabilit anual

Stadiu de realizare la 31.12.2022: 100%

O.2.1.2.Verificarea trimestrială a documentelor medicale întocmite în cadrul unității în vederea identificării erorilor referitoare la activitatea medicală și la modul de întocmire a acestora



Indicator de performanta: cel puțin 10 documente medicale verificate semestrial prin sondaj

Termen: semestrial in fiecare an

Responsabil: Director medical, sefi sectii/compartimente medicale

Resurse: conform BVC stabilit anual

Stadiu de realizare la 31.12.2022: 100%

O.2.2. Instruirea interna si externa permanentă a personalului medical

Masura de realizare:

Implementarea planului anual de pregatire profesională continuă a personalului

Indicator de performanta : 100% instruire

Termen: 31.12.2023

Responsabil: Sef Serviciu RUNOS, Director medical

Resurse: conform BVC stabilit anual

Stadiu de realizare la 31.12.2022: 100%

O.2.3. Obținerea satisfacției angajaților prin calitatea serviciilor oferite

Masura de realizare:

Imbunatatirea anuala a conditiilor ambientale in care personalul isi desfasoara activitatea prin extinderea vestiarelor, igienizarea vestiarelor, acordarea de echipamente de protectie noi

Indicator de performanta : realizarea 100% a masurilor anuale propuse

Termen: 31.12.2023

Responsabil: Manager

Resurse: conform BVC stabilit anual

Stadiu de realizare la 31.12.2022: 100%

O.2.4. Colaborare profesională între persoane și echipe medicale din unitatea sanitară și din alte unități pentru asigurarea unei asistențe medicale integrate inter și multidisciplinară

Masura de realizare:

Reinnoirea/incheierea de contracte de colaborare pe perioada nedeterminata cu unitatile medicale si de asistenta cu cel mai apropiat spital public care sa acorde ingrijire medicala de urgent



Indicatori de performanta : cel puțin o convenție cu o unitate medicală de specialitate superioară

Termen: 31.12.2023

Responsabil: Manager, Director medical

Resurse: conform BVC stabilit anual

Stadiu de realizare la 31.12.2022: 100%

O.2.5.Organizarea și îmbunătățirea comunicării între profesioniști și între personalul medical și pacient și aparținători

Măsura de realizare:

Evitarea reclamațiilor de la pacienți și aparținători prin organizarea de instruirii interne pe tema comunicării cu pacientul

Indicator de performanta : 0 reclamații de la pacienți aferente procesului de comunicare

Termen:31.12.2023

Responsabil: Director medical

Resurse: conform BVC stabilit anual

Stadiu de realizare la 31.12.2022: 100 %

O.2.6.Implicarea fiecarui angajat în scopul aplicării politicii în domeniul calității prin inițiative, performanțe, responsabilitate și colaborare permanentă

Măsuri de realizare:

O.2.6.1.Analiza și determinarea structurii de personal necesară ținând cont de performanța necesară, responsabilitățile alocate fiecărei funcții și de colaborarea și comunicarea dintre funcțiile unității în vederea acordării celor mai bune servicii medicale pacienților

Indicator de performanta : o analiză pe an

Termen:15.01 a anului în curs

Responsabil: Comitet Director

Resurse: conform BVC stabilit anual

Stadiu de realizare la 31.12.2022:100%



O.2.6.2. Recrutarea și angajarea de personal calificat și cu experiență în domeniul medical

Indicator de performanță : acoperirea 100% a statului de funcții

Termen: 15.12.2023 pentru anul următor

Responsabil: Comitet Director, Șef Serviciu RUNOS

Resurse: conform BVC stabilit anual

Stadiu de realizare la 31.12.2022: 100%

Grafic Gantt – planificarea perioadei de realizare a obiectivelor

Obiectiv	Responsabil	2019	2020		2021		2022		2023
			Sem 1	Sem 2	Sem 1	Sem 2	Sem 1	Sem 2	
O.2.	Obiective strategice cu privire la dezvoltarea resurselor umane								
O.2.1.1	Director medical, Șefi Secții/compartiment e medicale	R 100 %	R 100 %	R 100 %	R 100 %	R 100 %	R 100% %	R 100% %	
O.2.1.2	Director medical, Șefi secții/compartimente medicale	R 100 %	R 100 %	R 100 %	R 100 %	R 100 %	R 100% %	R 100% %	
O.2.2	Șef Serviciu RUNOS, Director medical	R 100 %	R 100 %	R 100 %	R 100 %	R 100 %	R 100% %	R 100% %	
O.2.3	Manager	R 100 %	R 100 %	R 100 %	R 100 %	R 100 %	R 100% %	R 100% %	



O.2.4	Director medical	R	R	R	R	R	R	R	
		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	
O.2.5	Director medical	R	R	R	R	R	R	R	
		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100%	
O.2.6.1	Comitet director	R	R	R	R	R	R	R	
		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100%	
O.2.6.2	Comitet director, Sef Serviciu RUNOS	R	R	R	R	R	R	R	
		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100%	

R- nivel de realizare la data de 31.12.2022

O.3. Obiective strategice cu privire la îmbunătățirea continuă a sistemului de management, îndreptate spre:

- dezvoltarea managementului centrului pe baze clinice;
- implementarea managementului riscurilor;
- asigurarea eficacității și eficienței actului medical, prin autoevaluarea și îmbunătățirea continuă a protocoalelor de diagnostic și tratament și a procedurilor privind organizarea acordării serviciilor de sănătate;
- creșterea gradului de utilizare a resurselor prin o mai bună planificare a activității;
- obținerea satisfacției părților interesate prin calitatea serviciilor oferite;
- conformarea cu cerințele legale în domeniul calității aplicabile activității desfășurate.

O.3.1. Planul de management al calitatii

O.3.1.1. Obținerea satisfacției pacienților prin calitatea serviciilor oferite



Masuri de realizare: evitarea reclamatiiilor/plangerilor de la pacienti si apartinatori

Indicator de performanta: 0 reclamatii

Termen: 31.12.2023

Responsabil: Serviciul Managementul Calitatii Serviciilor de Sanatate

Resurse: venituri proprii

Stadiu de realizare la 31.12.2022: 4 reclamatii

O.3.1.2. Instruirea permanentă a personalului prin implementarea Planului anual de formare profesională continua privind managementul calitatii serviciilor de sanatate si nemedicale

Indicator de performanta: 100% implementare integrala a planului anual de instruire

Termen: 31.12.2023

Responsabil: Serviciul Managementul Calitatii Serviciilor de Sanatate

Resurse: venituri proprii

Stadiu de realizare la 31.12.2022: 100%

O.3.1.3. Implementarea managementului riscurilor

Masura de realizare:

Identificarea si evaluarea anuala a riscurilor aferente activitatii medicale si nemedicale ale unitatii

Indicator de performanta: 100% activitati medicale si nemedicale identificate si evaluare in vederea identificarii riscurilor aferente

Termen: 31.12 a fiecarui an

Responsabil: Serviciul Managementul Calitatii Serviciilor de Sanatate, Consiliul medical, Manager

Resurse: venituri proprii

Stadiu de realizare la 31.12.2022: 100%

O.3.1.4. Conformarea cu cerințele legale în domeniul calității aplicabile activității desfășurate

Masura de realizare:

Evaluarea cerintelor legale in vederea determinarii noilor aparitii sau a modificarilor si implementarii acestor cerinte

Indicator de evaluare: 100% cerinte legale respectate



Termen: 31.12 a fiecărui an

Responsabil: Serviciul Managementul calitatii serviciilor de sanatate

Resurse: venituri proprii

Stadiu de realizare la 31.12.2022: 100%

O.3.1.5. Analizarea modului de aplicare a procedurilor medicale si nemedicale si protocoalelor terapeutice existente

Masura de realizare:

- analiza semestrială a procedurilor medicale si protocoalelor terapeutice si actualizarea acestora daca este cazul
- realizarea auditului clinic anual
- analiza anuală a procedurilor de sistem si operationale si actualizarea acestora daca este cazul

Indicator de evaluare: 100% activitati medicale si nemedicale identificate si evaluare in vederea identificarii riscurilor aferente

Termen: 31.12 a fiecărui an

Responsabil: Comitet director si SMCSS (proceduri nemedicale), Consiliul medical si SMCSS (proceduri medicale si protocoale terapeutice)

Resurse: venituri proprii

Stadiu de realizare la 31.12.2022: 100%

Grafic Gantt – planificarea perioadei de realizare a obiectivelor

Obiectiv	Responsabil	2019	2020		2021		2022		2023
			Sem	Sem	Sem	Sem	Sem	Sem	
			1	2	1	2	1	2	
O.3.1	PLAN DE MANAGEMENT AL CALITATII								
3.1.1	SMCSS	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	
3.1.2	SMCSS	R	R	R	R	R	R	R	



		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
3.1.3	SMCSS, Consiliu medical, Manager	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	
3.1.4	SMCSS	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	
3.1.5	Comitet Director, Consiliu Medical, SMCSS	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	R 100%	

R- nivel de realizare la data de 31.12.2022

O.4. Obiective strategice cu privire la acreditare Ciclul II a spitalului de catre Autoritatea Nationala de Management al Calitatii in Sanatate (ANMCS)

CONCLUZII IN URMA ANALIZARII NIVELULUI DE REALIZARE A OBIECTIVELOR

- Obiectivele propuse in anul 2022 au fost realizate 100% cu exceptia obiectivelor urmatoare din Planului operational pe anul 2022 nr.1412/25.01.2022:

pct.2. Reabilitare si modernizare subsol Pavilion central

pct.5. Reparatii curente si igienizare atelier mecanic

pct.8. Amplasare lift exterior Pavilion neuro-psihiatrie

pct.10. Scara exterioara de incendiu (Proiectare cu executie) Pavilion central si pavilion neuro-psihiatrie



- Investițiile întreprinse în vederea realizării obiectivelor s-au încadrat în BVC anual stabilit pe anul 2022

MASURI PENTRU REALIZAREA OBIECTIVELOR pentru anul 2023

- alocarea resurselor financiare prin aprobarea BVC anual
- monitorizarea anuală a nivelului de realizare a obiectivelor
- stabilirea măsurilor necesare realizării PLANULUI OPERATIONAL AFERENT AUTORIZAȚIEI SANITARE DE FUNCȚIONARE

Responsabil: Comitet Director

Resurse: BVC anual

Resurse necesare realizării obiectivelor strategice

Financiare și materiale

Pentru punerea în practică a acțiunilor planificate, va fi necesară renovarea unor clădiri vechi, reconfigurarea și realizarea circuitelor pentru secțiile relocalate (dacă va fi cazul). La orice relocare este bine de realizat o igienizare, mici reparații curente. Costurile acestora trebuie evaluate de specialiști în domeniu, finanțarea poate fi asigurată de la Consiliul Județean, Ministerul Sănătății, fonduri europene (dacă vor apărea oportunități de finanțare pe parcurs) precum și din veniturile proprii ale spitalului (reparații de anvergură mai mică).

Umane: pentru punerea în practică a acțiunilor propuse nu sunt necesare resurse umane suplimentare, ele existând în spital.

Responsabilități

Evaluarea activității medicale: manager, director medical, director de îngrijiri medicale, șefi secție.

Evaluare infrastructură și clădiri: manager, șef serviciu administrativ, șefi secții.

Evaluare economică: manager, director financiar-contabil.

Reorganizare secții/servicii interne și obținere avize și autorizații: manager, director medical, director îngrijiri medicale, director financiar-contabil, șefi secții, Responsabil Managementul Calitatii.

3. Rezultate așteptate

Prin realizarea obiectivelor, ne așteptăm la:

- Îmbunătățirea rezultatelor economice ale secțiilor și compartimentelor;
- Îmbunătățirea activității secțiilor cu rezultate nesatisfăcătoare;
- Optimizarea cheltuielilor și maximizarea veniturilor atât global la nivel de spital cât și individual la nivel de secții;
- Creșterea veniturilor prin maximizarea sumei contractate cu CJAS;
- Păstrarea echilibrului financiar al spitalului/prevenirea acumulării datoriilor;
- Diminuarea fenomenului de supraîncărcare a secțiilor;
- Folosirea mai eficientă a infrastructurii;
- Reducerea sau chiar eliminarea timpului în care personalul nu are activitate;
- Îmbunătățirea gradului de satisfacție al propriilor angajați;
- Îmbunătățirea și creșterea calității serviciilor oferite populației, atât din punct de vedere medical cât și hotelier;
- Creșterea adresabilității și diminuarea fenomenului de migrare a pacienților în alte spitale;
- Adaptarea managementului spitalului la noile provocări ale reformei în sănătate.

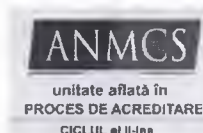
Disfuncționalități/riscuri care pot afecta îndeplinirea obiectivelor strategice:

- Sincopă în decontarea serviciilor medicale de către CJAS
- Aspecte legate de personal (lipsa, neimplicare, reticenta, nivel de pregătire)
- Estimare greșită a termenelor în ceea ce privește măsurile stabilite

4. Indicatori – evaluare, monitorizare

Pe tot parcursul derulării activităților, încă din faza inițială, se va desfășura o activitate de supervizare și de remediere a activităților care se derulează nefavorabil, ținându-se cont de bugetul disponibil.

Monitorizarea se va realiza prin indicatori, care vor fi urmăriți lunar sau trimestrial, după caz, dar și cu ajutorul altor indicatori utilizați în statistica medicală.



În completarea acestora se vor adăuga indicatorii incluși în procesul de acreditare al spitalelor precum și cei cuprinși în contractul de management:

- Gradul de ocupare al patului (exprimat în % sau zile din 365)
- Durata medie de spitalizare
- Indicele de operabilitate (calculat după două metode, % DRG chirurgical și % procedură principală raportată)
- Rentabilitatea secțiilor
- Gradul de satisfacție al pacienților
- Număr pacienți aflați pe lista de așteptare vs. număr pacienți internați/lună

5. Concluzii

Obținerea unei organizări eficiente a serviciilor de sănătate va duce la creșterea performanței spitalului, îmbunătățirea serviciilor de sănătate asigurate, iar creșterea finanțării va permite dezvoltarea continuă a spitalului. Se va urmări pe termen mediu și lung creșterea calității serviciilor oferite, abordarea de tehnici și proceduri moderne și eficiente, care să conducă la creșterea longevității și calității vieții populației, a nivelului de satisfacție al pacienților și a personalului medical, contribuind la întărirea prestigiului și consolidarea imaginii Spitalului Municipal „Dr. Gheorghe Marinescu” Târnăveni.

6. Cunoașterea legislației relevante

- Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare - Titlul VII - Spitalele;
- Legea finanțelor publice nr. 500/2002, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea Finanțelor publice locale nr. 273/2006 cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 53/2003 – Codul muncii, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 98/2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 395/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la atribuirea contractului de achiziție



publică/acordului-cadru din Legea nr.98/2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare.

- Ordinsecretarului general al Guvernului nr. 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;
- Ordinul M.S.P. nr. 914/2006, pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul M.S. nr.1031 din 15 iulie 2010 privind aprobarea modelului Contractului pentru desfășurarea activităților prevăzute în programele naționale de sănătate de evaluare, profilactice și cu scop curativ finanțate din bugetul Ministerului Sănătății, din fonduri de la bugetul de stat și din venituri proprii, derulate de către spitalele publice din rețeaua autorităților administrației publice locale, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacienților, cu modificările și completările ulterioare
- OMS nr.1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplica a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003;
- Ordinul Ministrului Sanatatii nr.1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare;
- Ordinul M.S. nr. 1502/2016 pentru aprobarea componenței și a atribuțiilor Consiliului etic care funcționează în cadrul spitalelor publice;
- Ordinul M.S. nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de munca, organizarea și efectuarea garzilor în unitățile publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordin MSP nr.320/2007 privind aprobarea conținutului contractului de administrare a secției/laboratorului sau serviciului medical din cadrul spitalului public, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor
- Ordinul 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

- Ordin nr. 185 din 29 mai 2020 pentru aprobarea Instrucțiunilor privind desfășurarea etapei de pregătire a evaluării unităților sanitare cu paturi

MANAGER

Ec. Meghesan Zsuzsanna

