

# SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BRAȘOV

## Tema pentru proiectul de management Managementul calității serviciilor medicale

Structura proiectului de management:

1. Descrierea situației actuale a spitalului
2. Analiza SWOT a spitalului, puncte tari, puncta slabe, oportunități, amenințări
3. Identificarea problemelor critice
4. Identificarea unei/unor probleme prioritare cu motivarea alegerii făcute
5. Dezvoltarea proiectului de management pentru problema (problemele) prioritară identificată
  - a) Scop
  - b) Obiective
  - c) Activități
    - definire
    - încadrare în timp- grafic Gantt
    - resurse necesare: umane, materiale, financiare
    - responsabilități
  - d) Rezultate așteptate
  - e) Indicatori-evaluare, monitorizare
  - f) Cunoașterea legislației relevante

## 1. Descrierea situației actuale a spitalului

Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov s-a înființat în decembrie 1973, prin unificarea mai multor unități sanitare existente la acel moment în oraș. Dezvoltarea Spitalului Clinic Județean de Urgență Brașov poartă amprenta unor nume prestigioase, cum ar fi: Dr. Mircea Migea, Dr. Alexandru Ilieș, Dr. Georgeta Malene, Dr. Petre Petrovici, Dr. Emil Dănilă, Dr. Alexandru Amza, Dr. Ioan Boboc, Dr. Aurel Antohi, Dr. Mircea Leahu, Dr. Rareș Pop, Dr. Aurel Ionel, Dr. Valentin Aburel, etc., care au contribuit de-a lungul timpului la consolidarea și eficientizarea vieții medicale brașovene.

Spitalul Județean Brașov a devenit Spital Județean de Urgență în decembrie 2002 și ca urmare a dezvoltării Facultății de Medicină din cadrul Universității Transilvania Brașov, a primit titlul de Spital Clinic Județean de Urgență în aprilie 2004.

Spitalul are o structură pavilionară, în prezent Spitalul Clinic Județean de Urgență are o structură aprobată ce cuprinde un număr de 915 paturi repartizate pe 33 secții și compartimente. Pe lângă acestea funcționează laboratorul clinic de analize medicale, laboratorul de radiologie și imagistică medicală și serviciul de Medicină Legală. Spitalul funcționează în 5 staționare: staționarul central, staționarul Astra, staționarul Tractorul, staționarul Marzescu și staționarul Oncologie.

Spitalul are dotări de înaltă performanță printre care 2 computere tomograf, un aparat RMN, un angiograf. În conformitate cu Ordinul Ministrului Sănătății cu privire la clasificarea spitalelor Spitalul Clinic Județean de Urgență a fost încadrat în categoria a II-a cu nivel de competență înalt, care deservește populația județului din aria sa administrativ-teritorială, precum și din județele limitrofe, cu nivel înalt de dotare și încadrare cu resurse umane, care asigură furnizarea serviciilor medicale cu grad mare de complexitate.

## 2. Analiza SWOT a spitalului, puncte tari, puncta slabe, oportunități, amenințări

MEDIUL INTERN	
PUNCTE FORTE	PUNCTE SLABE
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ experiența de mai bine de 40 de ani;</li><li>➤ existența unei facultăți de medicină care poate acoperi cu resurse umane necesarul spitalului;</li><li>➤ nivelul de pregătire și specializare al medicilor;</li><li>➤ existența unor servicii medicale deosebite și diverse;</li><li>➤ adresabilitate crescută și recunoscută în</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ starea actuală a clădirilor, impunând necesitatea efectuării de reparații și reabilitări;</li><li>➤ imposibilitatea elaborării unor proiecte pentru atragerea de fonduri structurale datorită situației juridice a clădirilor;</li><li>➤ problema respectării circuitelor funcționale corespunzător prevederilor legale în vigoare datorate și ca urmare a amplasării clădirilor în sistem pavilionar;</li></ul>

<p>judetele limitrofe;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ spital acreditat cu cel mai mare nivel de acreditare;</li> <li>➤ sistem informatic existent;</li> <li>➤ diversitatea structurii de paturi;</li> <li>➤ dotarea cu aparatură medicală mult peste nivelul altor spitale similare și cu renume;</li> <li>➤ infrastructură modernă și consolidate;</li> <li>➤ sectoarele de deservire performante;</li> <li>➤ condiții de confort;</li> <li>➤ clasificarea spitalului</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ insuficiența aparaturii medicale;</li> <li>➤ costuri mari pentru utilități;</li> <li>➤ lipsa evaluării costurilor pe centre de cost;</li> <li>➤ lipsa monitorizării riscurilor pe activități procedurabile;</li> <li>➤ nerespectarea procedurilor de lucru la anumite nivele și în anumite activități;</li> <li>➤ lipsa responsabilizării personalului prin introducerea unor atribuțiuni cuantificabile în fișa posturilor;</li> <li>➤ necunoașterea și neindeplinirea corectă a atribuțiilor de către fiecare angajat cu respectarea normelor de igienă/dezinfectie și respectarea precauțiilor universale în vederea prevenirii accidentelor profesionale;</li> <li>➤ lipsa raportării, în timp real și monitorizării indicatorilor de calitate și de proces;</li> <li>➤ lipsa unui program de creștere a eficienței tehnice prin scăderea duratei medii de spitalizare;</li> <li>➤ subfinanțarea serviciilor paraclinice și de ambulator;</li> </ul>
---	---

**MEDIUL EXTERN**

<b>OPORTUNITĂȚI</b>	<b>AMENINȚĂRI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ amplasare geografică favorabilă atât din punct de vedere al climei, cât și al accesului la artere rutiere principale;</li> <li>➤ posibilitatea accesării de fonduri europene nerambursabile;</li> <li>➤ inexistența competiției în sistem privat în județ, în special pe zona de UPU și alte specificități;</li> <li>➤ existența ambulatoriului de specialitate integrat la care pacienții din teritoriu se pot adresa;</li> <li>➤ grad ridicat de satisfacție al pacientului față</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ creșterea bugetului alocat reparațiilor aferente clădirilor aflate într-un stadiu avansat de degradare;</li> <li>➤ creșterea infecțiilor nosocomiale și implicit a scăderii randamentului actului medical și accidentelor de muncă;</li> <li>➤ nerespectarea procedurilor operationale/de sistem poate duce la neindeplinirea actului medical, la erori medicale, la creșterea cheltuielilor cu spitalizarea, materiale, etc</li> <li>➤ lipsa monitorizării riscurilor pe activitate procedurată duce la neindeplinirea actului</li> </ul>



<p>de serviciile medicale acordate;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ largirea sferei de actiune a investigatiilor si a serviciilor prin dotarea cu aparatura;</li> <li>➤ legislație stabilă și de durată;</li> <li>➤ finanțare stabilă și de durată;</li> <li>➤ reorganizarea Ministerului Sănătății, interesul autorităților administrației publice locale de a prelua o parte din responsabilitățile ministerului;</li> <li>➤ elaborarea protocoalelor de Tratament de catre Colegiul Medicilor din România;</li> <li>➤ îmbunătățirea învățământului prin alinierea la standardele Europene;</li> <li>➤ adoptarea unor standarde și recomandări care au ca finalitate creșterea eficienței și calității;</li> <li>➤ colaborarea cu sectorul privat prin înființarea de parteneriat public-privat;</li> <li>➤ statutul medicului de familie care încheie contracte cu casele de asigurari;</li> <li>➤ clinicile private-ridică standardele calității;</li> <li>➤ noul Contract Cadru si normele să deconteze serviciile medicale efectuate</li> </ul>	<p>medical, la erori medicale, la creșterea cheltuielilor cu spitalizarea, materiale, etc</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ neasumarea raportarii in timp real a unor indicatori poate crea un sistem nociv asupra actului medical si bugetului spitalului;</li> <li>➤ libertatea de circulație a persoanelor și a serviciilor dă posibilitatea utilizatorilor să ia contact cu furnizorii de servicii din diferite țări și să își modifice așteptările;</li> <li>➤ degradarea nivelului profesional a resurselor umane, creșterea nivelului de informare a pacienților, concomitent cu progresul și diversificarea tehnologiilor diagnostice și terapeutice vor conduce la creșterea așteptărilor acestora și implicit la o creștere a cererii de servicii medicale complexe, care nu pot fi acoperite de nivelul actual de dotare;</li> <li>➤ riscul de acumulare a datoriilor si imposibilitatea realizării lucrărilor de întreținere, modernizare și amenajare;</li> <li>➤ migrația forței de muncă;</li> <li>➤ dezvoltarea sistemului privat constituie un mediu concurențial pentru sistemul public;</li> <li>➤ lipsa monitorizarii costurilor/consumurilor pe sectii/compartimente duce la risipa si la creșterea cheltuielilor/consumurilor la medicamente și materiale sanitare;</li> <li>➤ costul ridicat la energie și tendința de creștere continuă</li> </ul>
--	---

### 3. Identificarea problemelor critice

Principalele probleme identificate pe baza unei imagini de ansamblu sunt:

- Avand ca obiectiv satisfactia si calitatea serviciilor realizate fata de pacienti si angajati precum si creșterea calității serviciilor medicale adresate populației este necesar să se asigure evidența și monitorizarea produselor și serviciilor critice pentru buna funcționare a acestuia la nivelul fiecărei secții, compartiment, birou precum și spații exterioare (curți, anexe, arhivă, etc)

- Situația juridică/patrimonială a clădirilor în care funcționează anumite secții și insuficiența fondurilor pentru efectuarea reparației și reabilitării clădirilor spitalului;
- Necesitatea găsirii soluțiilor în vederea rentabilizării serviciilor medicale, în sensul de a mări gradul de utilizare a paturilor, ceea ce ar duce la creșterea eficienței spitalului și prin contractarea de servicii suplimentare (în ambulatoriul integrat și în compartimentul spitalizare de zi);
- Scăderea cheltuielilor prin reorganizarea serviciilor aferente actului de asistență medicală și instituirea unui management eficient al evaluării costurilor, prin analiza periodică a situației consumurilor pe fiecare secție, corectarea și limitarea cheltuielilor nejustificate;
- Necesitatea creșterii eficienței și îmbunătățirea actului medical pentru menținerea adresabilității și a finanțării;
- Nerespectarea procedurilor operationale/de sistem poate duce la neindeplinirea actului medical, la erori medicale, la creșterea cheltuielilor cu spitalizarea, materiale, etc
- Lipsa monitorizării riscurilor pe activitate procedurată duce la neindeplinirea actului medical, la erori medicale, la creșterea cheltuielilor cu spitalizarea, materiale, etc
- Neasumarea raportării în timp real a unor indicatori poate crea un sistem nociv asupra actului medical și bugetului spitalului;

#### **4. Identificarea unei/unor probleme prioritare cu motivarea alegerii făcute**

*Nefuncționarea și neimplementarea standardelor de management al calității - metoda și scopul unui Management al calității serviciilor medicale*

În prezent, la nivel național, se cunoaște faptul că Structurile de Management al Calității Serviciilor Medicale sunt concepute pe fondul unei crize acute de neimplementare a standardelor de management al calității.

Structura de management al calității serviciilor medicale își desfășoară activitatea în conformitate cu prevederile Ordinului M.S. nr. 975/2012 și ulterior cu noile prevederi aparute în Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate și ORDIN nr. 1.537 din 7 decembrie 2018 privind stabilirea atribuțiilor principale ale responsabililor cu managementul calității din cadrul Ministerului Sănătății și unităților aflate în subordinea, coordonarea sau sub autoritatea acestuia pentru implementarea și gestionarea Sistemului de management al calității bazat pe standardul SR EN ISO 9001:2015, având în principal următoarele atribuții:

- a) pregătește și analizează Planul anual al managementului calității;
- b) coordonează activitățile de elaborare a documentelor sistemului de management al calității: manualul calității, procedurile de lucru/operative, identificare riscurilor, protocoale și audituri interne, etc
- c) coordonează și implementează programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operationale specifice fiecărei secții, laborator etc. și a standardelor de calitate;
- d) coordonează și implementează procesul de îmbunătățire continuă a calității serviciilor;



- e) colaboreaza cu toate structurile unitatii in vederea imbunatatirii continue a sistemului de management al calitatii;
- f) implementeaza instrumente de asigurare a calitatii si de evaluare a serviciilor oferite;
- g) asigura implementarea strategiilor si obiectivelor referitoare la managementul calitatii declarate de manager;
- h) asigura implementarea si mentinerea conformitatii sistemului de management al calitatii cu cerintele specifice;
- i) coordoneaza activitatile de analiza a neconformitatilor constatate si propune managerului actiunile de imbunatatire sau corective ce se impun;
- j) coordoneaza analizele cu privire la eficacitatea sistemului de management al calitatii;
- k) asigura aplicarea strategiei sanitare si politica de calitate a unitatii in domeniul medical in scopul asigurarii sanatatii pacientilor;
- l) asista si raspunde tuturor solicitarilor managerului pe domeniul de management al calitatii.

## **5. Dezvoltarea proiectului de management pentru problema (problemele) prioritara identificata**

### **a) Scop**

*-Supravegherea si verificarea modului de indeplinire si mentinere a activitatii Spitalului la standardele de calitate, precum si respectarea procedurilor elaborate.*

### **b) Obiective**

Conducerea SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BRAȘOV consideră calitatea serviciilor medicale prestate locuitorilor ca fiind factorul principal care determină performanțele spitalului și depune eforturi permanente pentru satisfacerea exigențelor CLIENȚILOR - PACIENTILOR / APARTINATORILOR, angajându-se în ceea ce privește buna practică profesională.

Principiul de bază al politicii în domeniul calității este orientarea către CLIENT (PACIENT / APARTINATOR) pentru a-i identifica cât mai exact nevoile și așteptările și a le satisface prin furnizarea celor mai bune servicii medicale.

Pentru ducerea la îndeplinire a acestei politici s-a prevăzut un sistem de management al calității care permite menținerea sub control a factorilor tehnici, administrativi și umani care afectează calitatea serviciilor medicale.

Conducerea SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BRAȘOV si-a stabilit ca obiective prioritare:

- Asigurarea unor servicii medicale in conformitate cu cerintele standardelor medicale in vigoare, eficiente si care sa satisfaca nevoile explicite si implicite ale pacientilor;
- Furnizare servicii medicale care sa satisfaca nevoile pacientilor nostri;
- Comunicare cu pacientii si mediul social

- Instruirea personalului ca auditori interni/externi de calitate
- Dezvoltare competente angajati si mentinerea unui nivel de instruire ridicat al personalului sectiei
- Funcționarea unui sistem de management al calitatii conform SR EN ISO 9001:2015 pentru toate sectiile medicale ale spitalului ;
- Evaluarea gradului de implementare a SMC prin audit intern
- Documentarea actului medical de specialitate;
- RE-Acreditarea spitalului de către ANMCS;
- Îmbunătățire și dezvoltare aplicații informatice;
- Asigurarea unor servicii medicale de analize de laborator eficiente, in conformitate cu cerintele;
- Asigurarea stabilirii diagnosticului cat mai corect prin investigatia radiologica , asigurand starea de sanatate si securitate a pacientului prin expunerea cat mai scurta la radiatii

**c) Activități- încadrare în timp- grafic Gantt**

- Definiere /rezultate așteptate -Obiectivul General
- Resurse necesare: umane, materiale, financiare
- Responsabilități- Responsabil cu desfasurarea activitatii verificarea realizarii obiectivului
- Indicatori de masurat-evaluare, monitorizare
- Stadiu activitate/termen

Nr. crt.	Obiectivul General	Activitati	Indicatori de masurat	Responsabil cu desfasurarea activitatii verificarea realizarii obiectivului	Activitate realizata			Termen
					D A	PARTI AL	N U	
	Asigurarea unor servicii medicale in conformitate cu cerintele standardelor medicale in vigoare, eficiente si care sa satisfaca nevoile explicite	- Acreditarea spitalului de catre ANMCS - Evaluarea personalului medical si nonmedical - Revizuirea regulamentului de ordine interioara si monitorizarea aplicarii lui	Gradul de realizare a indicatorilor anuali stabiliți prin contractul de management	- Manager - Director Medical -Sef SMC				31.12. 2019

Nr. crt.	Obiectivul General	Activitati	Indicatori de masurat	Responsabil cu desfasurarea activitatii verificarea realizarii obiectivului	Activitate realizata			Termen
					D A	PARTI AL	N U	
	si implicite ale pacientilor	- Revizuirea fiselor de post - Implementarea procedurilor/ghidurilor de practica editate de Ministerul Sanatatii si monitorizarea aplicariilor						
	Furnizare servicii medicale care sa satisfaca nevoile pacientilor nostri	- Instruirea permanenta a personalului medical- instruire externa si interna -Adaptarea serviciilor medicale furnizate catre pacienti in conformitate cu prevederile din listele de acreditare - Externalizarea serviciilor	Costuri realizate cu furnizarea de servicii medicale	-Comitet director -Sef Serv. Administrativ -Sef Serv. Tehnic -Sef SMC				31.12. 2019
	Comunicare cu pacientii si mediul social	-Afisarea Regulamentului de salon cu reguli si informatii specifice pentru pacienti si vizitatori -Incheierea de	Minim 2 protocoale cu culte religioase diferite	- desemnare responsabili - pregatire materiale - Imprimare - instruire personal				31.12. 2019



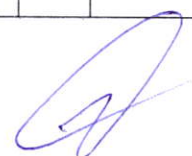


Nr. crt.	Obiectivul General	Activitati	Indicatori de masurat	Responsabil cu desfasurarea activitatii verificarea realizarii obiectivului	Activitate realizata			Termen
					D A	PARTI AL	N U	
		<p>protocoale pentru furnizare de servicii religioase pentru pacienti</p> <p>- Pregatire de materiale de specialitate in zonele cu experienta medicala si aducerea la cunostinta pacientilor intr-un program de informare in cadrul si in timpul spitalizarii.</p> <p>- Masurarea gradului de satisfactie al pacientului si propuneri de imbunatatire a activitatii medicale si nonmedicale rezultate in urma prelucrarii chestionarelor</p>	<p>Minim 3 programe promovate/an</p> <p>Număr de sesizări / reclamații primite de la pacienți în unitatea de timp</p>	<p>medical</p> <p>- difuzare</p>				
	Instruirea personalului ca auditori interni de calitate	- Difuzarea de proceduri, formulare si instruire personal pentru utilizarea acestora	Semnarea pentru difuzare a intregii documentatii care a fost	-Sef SMC				31.12. 2019

Nr. crt.	Obiectivul General	Activitati	Indicatori de masurat	Responsabil cu desfasurarea activitatii verificarea realizarii obiectivului	Activitate realizata			Termen
					D A	PARTI AL	N U	
		- Participarea la cursuri externe de instruire ca auditori de calitate conform SR EN ISO 9001 :2015	prelucrata mai intai (100 % din personal prezent)					
	Dezvoltare competente angajati  Mentinerea unui nivel de instruire ridicat al personalului sectiei	- Participare la conferinte pe specialitati medicale - Cresterea nivelului de pregatire al personalului sanitar ce are in ingrijire persoane bolnave Instruirea personalului- perfectionare continua : -instruiri externe ale medicilor, asistentilor, etc. -instruiri interne ale personalului auxiliar conform planului anual de instruire -evaluare anuala monitorizata de catre Biroul Resurselor	100% participarea medicilor si asistentilor medicali conform planului anual de instruire	Medic sef sectie Asistent sef Sef Birou Resurse Umane				31.12. 2019



Nr. crt.	Obiectivul General	Activitati	Indicatori de masurat	Responsabil cu desfasurarea activitatii verificarea realizarii obiectivului	Activitate realizata			Termen
					D A	PARTI AL	N U	
		Umane -Organizarea unui training colectiv anual specific cunoașterii regulilor și procedurilor de lucru în domeniul sanitar de furnizare servicii medicale						
	Funcționarea unui sistem de management al calitatii conform SR EN ISO 9001:2015 pentru toate sectiile medicale ale spitalului	- Implementarea unei politici de comunicare cu pacientii, în concordanță cu prevederile sistemului de management al calității, certificat în cadrul spitalului	Număr de servicii medicale / cazuri rezolvate în perioada de timp Număr de sesizări / reclamații primite de la pacienți în unitatea de timp	-Sef SMC				31.12. 2019
	Evaluarea gradului de implementare a SMC prin audit intern/extern	- Efectuarea de unui audit extern/intern complet pentru intreaga institutie spitaliceasca si	Lipsa neconformita tilor majore / deficiente in functionarea	-Sef SMC				31.12. 2019

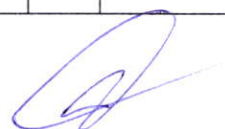


Nr. crt.	Obiectivul General	Activitati	Indicatori de masurat	Responsabil cu desfasurarea activitatii verificarea realizarii obiectivului	Activitate realizata			Termen
					D A	PARTI AL	N U	
		participarea activa a personalului din serviciu la observarea directa si evaluarea conformitatii SMC la realitatile institutiei	SMC (Nu mai mult de 10 neconformitati constatate)					
	Documentarea actului medical de specialitate	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentarea protocoalelor medicale de specialitate prin folosirea ghidurilor terapeutice emise de MS</li> <li>- Semnalarea oricaror neconformitati de aplicare a acestor ghiduri ale MS</li> <li>- Distribuirea protocoalelor in regim controlat conform Sistemului de Management al Calitatii</li> <li>- Instruirea</li> </ul>	60% acoperirea tuturor situatiilor de diagnostic cu protocol medical de specialitate conceput, aprobat si distribuit tuturor medicilor sectiei/ spitalului  Toti medicii detin un exemplar din protocoalele pe care trebuie sa le	Medic sef sectie/ Medic sef comp.				31.12. 2019

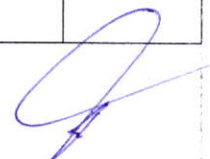




Nr. crt.	Obiectivul General	Activitati	Indicatori de masurat	Responsabil cu desfasurarea activitatii verificarea realizarii obiectivului	Activitate realizata			Termen
					D A	PARTI AL	N U	
		personalului cu privire la aplicarea protocoalelor medicale  - Masuri de elaborare a protocoalelor medicale pentru sectiile de cardiologie si urologie	aplice in sectie  Participarea 100% la instruirile realizate cu privire la aplicarea					
	Acreditarea spitalului de către ANMCS	- Aplicarea și îmbunătățirea permanentă a ghidurilor și protocoalelor medicale aplicate în diagnosticarea și tratamentul pacienților; - Aplicarea măsurilor necesare pentru prevenirea și combaterea infecțiilor nosocomiale folosind cele mai eficiente substanțe dezinfectante, teste de sanitație precum și	Obținerea acreditării	Conducătorii structurilor functionale  Sef serviciu SMC				31.03. 2020



Nr. crt.	Obiectivul General	Activitati	Indicatori de masurat	Responsabil cu desfasurarea activitatii verificarea realizarii obiectivului	Activitate realizata			Termen
					D A	PARTI AL	N U	
		<p>metode de antibioprofilaxie și tratament antibiotic eficient.</p> <p>- Perfecționarea continuă a personalului sanitar mediu și de specialitate pentru aplicarea unor tehnici moderne și de ultimă generație în secțiile chirurgicale.</p> <p>Investiții anuale în aparatură medicală modernă, preum și achiziția permanentă a materialelor sanitare de bună calitate.</p> <p>- Asigurarea continuă prin serviciul farmaceutic a medicamentelor și materialelor sanitare, astfel încât pacienții să beneficieze permanent de cele mai bune condiții de tratament</p>						





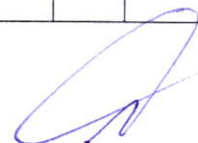
Nr. crt.	Obiectivul General	Activitati	Indicatori de masurat	Responsabil cu desfasurarea activitatii verificarea realizarii obiectivului	Activitate realizata			Termen
					D A	PARTI AL	N U	
		<p>pe perioada spitalizării.</p> <p>Îmbunătățirea continuă a condițiilor hoteliere: cazare, lenjerie, hrănire.</p> <p>Modernizare saloane și rezerve pentru creșterea confortului pacienților și îmbunătățirea mediului de îngrijire oferit</p> <p>Renovare clădire și spații de cazare</p> <p>Achiziționare echipamente noi de lenjerie pentru pacienți</p> <p>Achiziționare echipament individual de protecție de unică folosință pentru vizitatori (pelerină, bonetă, protecție încălțăminte)</p> <p>- Achiziționare uniforme de spital diferite pentru</p>						



Nr. crt.	Obiectivul General	Activitati	Indicatori de masurat	Responsabil cu desfasurarea activitatii verificarea realizarii obiectivului	Activitate realizata			Termen
					D A	PARTI AL	N U	
		<p>categorii profesionale (pe culori)</p> <p>-Incheierea unor conventii de formare profesionala cu institutii specializate</p>						
	Îmbunătățire și dezvoltare aplicații informatice	<p>- Extindere aplicații IT</p> <p>- actualizarea și modernizarea permanenta a sistemului integrat al spitalului</p> <p>- realizarea unei rețele integrate în cadrul spitalului care să conducă la centralizarea datelor în dosarul personal al pacientului</p> <p>- achiziție sistem de arhivare și protejare bază de date</p> <p>-sistem de securitate exterior pentru semnalizarea efracției, în spațiul destinat arhivelor electronice</p>	<p>finalizare contractare achiziție</p>	<p>Manager Șef comp IT</p>				<p>31.12. 2019</p>



Nr. crt.	Obiectivul General	Activitati	Indicatori de masurat	Responsabil cu desfasurarea activitatii verificarea realizarii obiectivului	Activitate realizata			Termen
					D A	PARTI AL	N U	
	Asigurarea unor servicii medicale de analize de laborator eficiente, in conformitate cu cerintele	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cresterea calitatii serviciilor de analize medicale oferite care sa permita stabilirea corecta a diagnosticului</li> <li>- Extinderea ofertei de analize medicale</li> <li>- Cresterea gradului de precizare a diagnosticului in conformitate cu principiile "medicinii bazata pe dovezi"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Efectuarea 100% a analizelor medicale din oferta</li> <li>-min 90% din situatii, diagnosticul fixat pe baza rezultatelor analizelor, investigatilor</li> </ul>	Medici specialisti pe fiecare serviciu medical				
	Asigurarea stabilirii diagnosticului cat mai corect prin investigatia radiologica , asigurand starea de sanatate si securitate a pacientului prin expunerea cat mai scurta la radiatii	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cresterea gradului de protectie a pacientului prin utilizarea regimului de expunere in concordanta cu zona vizata</li> <li>- Respectarea dozimetriei clinice</li> <li>- Evitarea riscului de iradiere in timpul expunerii</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pastrarea proportiei intre doza de iradiere a pacientului si calitatea filmului</li> <li>Nici un caz de iradiere a pacientului datorita expunerii la investigare radiologica</li> </ul>	Sef laborator Radiologic				



## f) Cunoașterea legislației relevante

**Ordinul M.S. nr. 975/2012** și ulterior cu noile prevederi aparute în **Legea nr. 185/2017** privind asigurarea calității în sistemul de sănătate și **ORDIN nr. 1.537 din 7 decembrie 2018** privind stabilirea atribuțiilor principale ale responsabililor cu managementul calității din cadrul Ministerului Sănătății și unităților aflate în subordinea, coordonarea sau sub autoritatea acestuia pentru implementarea și gestionarea Sistemului de management al calității bazat pe standardul SR EN ISO 9001:2015

**LEGEA nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății-Titulul VII-Spitalele, cu modificările și completările ulterioare;**

**LEGEA nr. 46 din 21 ianuarie 2003** privind drepturile pacientului;

**ORDINUL nr. 1.410 din 12 decembrie 2016** privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003

**HOTĂRÂRE nr. 140 din 21 martie 2018** pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019

**HOTĂRÂRE nr. 155 din 30 martie 2017** privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018

**ORDINUL nr. 914 din 26 iulie 2006** pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare

**ORDINUL nr. 1.408 din 12 noiembrie 2010** privind aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor în funcție de competență, cu modificări și completări;

**ORDINUL nr. 1.384 din 4 noiembrie 2010** privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public, cu modificări și completări;

**ORDINUL nr. 320 din 15 februarie 2007** privind aprobarea conținutului Contractului de administrare a secției/laboratorului sau serviciului medical din cadrul spitalului public, cu modificări și completări;

**ORDINUL nr. 921 din 27 iulie 2006** pentru stabilirea atribuțiilor comitetului director din cadrul spitalului public;

**ORDIN nr. 600 din 20 aprilie 2018** privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;

**ORDINUL nr. 1.792 din 24 decembrie 2002** pentru aprobarea Normelor metodologice privind angajarea, lichidarea, ordonanțarea și plata cheltuielilor instituțiilor publice, precum și organizarea, evidența și raportarea angajamentelor bugetare și legale;

**ORDINUL nr. 1.101 din 30 septembrie 2016** privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare;

**Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar**  
"Managementul Spitalului", Editura Public H Press 2006, București.

DATA : 8.03.2019

ELABORAT

Jr. Ec. Dumitru Alin

Semnatura

