Hr. 35

ROMÂNIA
JUDEŢUL CONSTANŢA
ORAŞUL HÂRŞOVA
CONSILIUL LOCAL HÂRŞOVA
905400, Hârşova, str. Piaţa 1 Decembrie 1918, nr.1, Tel/Fax: 0241/ 870301

PROIECT DE HOTĂRÂRE
privind aprobarea Planului strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc Hârșova la 23.01.2020

Consiliul Local al oraşului Hârşova, judeţul Constanţa, întrunit în şedinţă la data de 23.01.2020,

Luând în discuţie expunerea de motive şi proiectul de hotărâre iniţiat de dl. primar Viorel Ionescu, proiectul Planului strategic de dezvoltare a Spitalului Orășenesc Hârșova, raportul comisiei de specialitate din cadrul Consiliului Local, precum şi avizul de legalitate emis de secretar,

Ținând cont de adresa nr. 357 din data de 23.01.2020 a Spitalului Orășenesc Hârșova, prin care se solicită promovarea proiectului de hotărâre privind aprobarea Planului strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc Hârșova la 23.01.2020

Având în vedere prevederile O.U.G. nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale, Legii nr. 273/2006 privind finanțele publice locale, cu modificările și completările ulterioare, Legii nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, actualizată, republicată și Legea nr. 50/2019 a bugetului de stat pe anul 2019.

În temeiul dispozițiilor art. 196 alin. (1) din OUG nr. 57/2019 privind Codul Administrativ

HOTĂRĂȘTE:

Art. 1. Se aprobă Planul strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc Hârșova la 23.01.2020, conform anexei ce face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. Hotărârea va fi comunicată compartimentelor și instituțiilor interesate și va fi adusă la cunoștință publică prin afișare.

INIŢIATOR,
PRIMARUL ORAȘULUI HÂRȘOVA,
VIOREL IONESCU

ROMÂNIA
JUDEŢUL CONSTANŢA
ORAŞUL HÂRŞOVA
CONSILIUL LOCAL HÂRŞOVA
905400, Hârşova, str. Piaţa 1 Decembrie 1918, nr.1, Tel/Fax: 0241/ 870301

EXPUNERE DE MOTIVE

La proiectul de hotărâre privind aprobarea Planului strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc Hârșova la 23.01.2020

Având în vedere prevederile O.U.G. nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale şi a preluării efective a Spitalului Orăşenesc Hârşova de către U.A.T. oraş Hârşova, se impune aprobarea Planului strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc Hârșova la 23.01.2020.

Față de cele de mai sus formulez prezentul proiect de hotărâre și-l supun dezbaterii și aprobării plenului Consiliului Local.

INIŢIATOR,
PRIMARUL ORAȘULUI HÂRȘOVA,
VIOREL IONESC

SPITALUL ORĂȘENESC HÂRȘOVA
str. Vadului, nr. 76, Hârșova, jud. Constanța
tel/fax: **0241/870.208** // e-mail: secretariat@spitalharsova.ro
www.spitalharsova.ro
Operator de date cu caracter personal

ANMCS
unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE

357/23.01.2020

CĂTRE

PRIMARUL ORAȘULUI HÂRȘOVA

Prin prezenta vă solicităm aprobarea Planului strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc Hârșova la 23.01.2020, având în vedere că începând cu data de 01.07.2010, Spitalul Orășenesc Hârșova a fost transferat către dumneavoastră în baza Protocolului de predare-preluare încheiat între Direcția de Sănătate Publică a Județului Constanța și Primăria orașului Hârșova/Consiliul Local Hârșova.

În susținerea acestei acțiuni atașăm proiectul Planului strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc Hârșova la 23.01.2020, în cadrul căruia regăsiți forma finală a structurii.

întocmit,

cons. jr. Andrei Dogaru

SPITALUL ORASENESC HARSOVA
JUDETUL CONSTANTA
STR. VADULUI NR 76
TEL. 0241/870208; FAX 0241/870208
e-mail: spital_harsova@yahoo.ro

HOTĂRÂREA NR. 26 DIN 13.12.2018

Consiliul de Administrație întrunit în ședință ordinară în data de 13.12.2018, în temeiul art. 187 alin. (10) din Legea 95/2006 republicată, privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare

HOTĂRĂSTE:

Art. 1. Se avizează favorabil Planul Strategic al Spitalului Orășenesc Hârșova 2019-2024, prevăzut în anexa 1 ce face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. Prezenta hotărâre va fi comunicată persoanelor, structurilor de specialitate și de conducere, precum și instituțiilor interesate prin grija secretariatului Consiliului de Administrație.

Hotărârea a fost adoptată în unanimitate, cu 3 voturi din tot atâția membri prezenți.

Președinte de ședință al Consiliului de Administrație

secretar,
cons. jr. Andrei Dogaru

SPITALUL ORĂȘENESC HÂRȘOVA
str. Vadului, nr. 76, Hârșova, jud. Constanța
tel/fax: **0241/870.208** // e-mail: secretariat@spitalharsova.ro
www.spitalharsova.ro
Operator de date cu caracter personal

PLANUL STRATEGIC DE DEZVOLTARE

AL

SPITALULUI ORĂȘENESC HÂRȘOVA

2019 - 2024

Aprobat,
Consiliul Local al

INTRODUCERE

Strategia de dezvoltare a Spitalului Orășenesc Harsova, județul Constanța, între anii 2019-2024, constituie documentul intern principal de planificare strategică pe termen scurt, mediu şi lung, care cuprinde obiectivele de dezvoltare a spitalului până în anul 2024 şi stabileşte măsurile şi acţiunile prioritare pentru atingerea acestor obiective.

Strategia serveşte drept instrument unic de integrare a cadrului strategic existent, de racordare a procesului de planificare bugetară cu cadrul de politici de dezvoltare ale Uniunii Europene în domeniul sanitar.

Această strategie aparţine echipei manageriale formată din ec. Andrei-Bogdan Zidaru – manager, dr. Dumitru Dumitrescu - director Medical și ec. Iuliana Dorneanu – director financiar-contabil.

Pentru a asigura concentrarea resurselor disponibile în vederea realizării obiectivelor şi a măsurilor nesesare îndeplinirii acestora, cu impact maxim asupra dezvoltării servicilor medicale asigurate de spitalul nostru, **STRATEGIA** se axează pe un număr limitat de priorităţi şi pe defalcarea lor în ordinea importanţei şi urgenţei în **OBIECTIVE** pe termen scurt (cu realizare sub un an), pe termen mediu (realizabile în 3 ani) şi pe termen lung (realizabile în 5 ani).

Obiectivul fundamental al strategieri este creşterea continuă a calităţii actului medical acordat în cadrul spitalului nostru, cu scopul final de a asigura îmbunătăţirea calităţii vieţii pacienţilor, dar şi familiilor acestora.

Elaborarea prezentei strategii de dezvoltare instituţională a Spitalului Orășenesc Harsova în domeniul dezvoltării pe termen scurt, mediu şi lung s-a realizat în conformitate cu planul strategic național în domeniul sanitar şi a legislaţiei:

- **Legea nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătăţii;
- **OMS nr. 447/2017** privind aprobarea Standardelor, Procedurii şi metodologiei de evaluare şi acreditare a spitalelor;
- **OMS nr. 914/2006** pentru aprobarea normelor privind condiţiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obţinerii autorizaţiei sanitare de funcţionare;
- **Legea nr. 46/2003**, privind drepturile pacientului şi normele de aplicare aprobate prin **OMS nr. 1410/2016**;
- **Legea nr. 672/2002** privind auditul public intern;
- **H.G. nr. 1086/2013** pentru aprobarea Normelor generale privind exercitarea activităţii de audit public intern;
- **OMS nr. 840/2003** privind normele metodologice de organizare şi exercitare a auditului public intern în cadrul Ministerului Sănătăţii;
- **OMS nr. 1764/2006** privind aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor de urgenţă locale, judeţene şi regionale din punctul de vedere al competenţelor, resurselor materiale şi umane şi al capacităţii lor de a asigura asistenţa medicală de urgenţă şi îngrijirile medicale definitive pacienţilor aflaţi în stare critică;
- **OMS nr. 39/2008** privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului;

- **OMS nr. 1224/2010** privind aprobarea normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, precum şi pentru modificarea şi completarea **OMS nr. 1771/2006**, privind aprobarea normativelor de personal

Ca instituţie reprezentantă a sistemului sanitar, spitalul trebuie să facă faţă unor provocări majore în privinţa rolului şi locului său în cadrul unui sistem de sănătate aflat de cel puțin 20 de ani în reformă şi subfinanţat în toată această perioadă.

Restructurarea sanitară impune o nouă abordare tuturor unităţilor furnizoare de servicii de sănătate în ceea ce privește îmbunătățirea calității, respectiv profesionalizarea serviciilor de management sanitar în vederea creşterii eficienţei actului medical, ca premisă a îmbunătăţirii stării generale de sănătate a populaţiei.

Presiunea externă, dar şi cea internă obligă spitalul la schimbări structurale, de eficienţă, schimbări în volumul serviciilor şi calitatea acestora, în siguranţa îngrijirilor, în tehnologia folosită şi în gradul de satisfacere a aşteptărilor consumatorului de servicii. Toate aceste schimbări trebuie gândite de echipa managerială şi cuprinse în planul strategic de dezvoltare a spitalului.

VIZIUNEA
Spitalul Orășenesc Hârșova urmăreşte îmbunătăţirea calităţii actului medical şi diversificarea serviciilor oferite populaţiei, cu respectarea drepturilor pacienţilor şi drepturilor cetăţeneşti. Vom trata orice pacient ca fiind cel mai important şi ne vom canaliza energia pentru a preveni, a diagnostica, a trata și a oferi îngrijiri medicale la standarde internaționale, îmbunătățind calitatea vieții pacientilor noștri.
Viziunea spitalului reprezintă funcționarea la standarde internaționale de profesionalism și calitate prin: *–garantarea calității actului medical;* *–implementarea metodelor inovatoare de investigații, diagnostic și tratament;* *–respectarea drepturilor tuturor pacienților;* *–dezvoltarea continuă a competențelor profesionale ale personalului;* *–întărirea spiritului de echipă și a colaborării între participanții la activitățile de îngrijiri.*

În contextul actual, provocările la care este supusă echipa managerială în efortul de îmbunătăţire a serviciilor medicale furnizate, aducătoare de venituri, sunt imense: rapida modernizare a tehnologiei medicale, noi forme de educaţie şi perfecţionare profesională reprezintă, în final, o presiune constantă în adaptarea posibilităţilor existente la cerinţele actuale.

Spitalul nostru continuă să îşi desfăşoare activitatea într-un mediu operaţional plin de constrângeri. Astfel de restricţii sunt reprezentate de faptul că spitalul este subfinanţat faţă de necesităţile de dezvoltare, lipsesc fondurile de investiţii, continuă susţinerea unui ambulatoriu de spital neechipat corespunzător, presiunea socială, mai ales iarna, ce forţează internarea din lipsa posibilităţilor proprii de tratament sau îngrijire la domiciliu ale pacienţilor, cu generarea de cheltuieli ale unor resurse importante ale spitalului, inerţia personalului la schimbare etc.

Echipa desemnată de manager va acţiona, în primul rând, în sensul schimbării mentalităţii şi comportamentului angajaţilor.

Implementarea managementului schimbării este, poate, cea mai importantă etapă, pentru că rezistenţa la schimbare este foarte crescută într-o colectivitate restrânsă, constituită cu ani în urmă şi aflată într-o oraș mic.

Angajaţii spitalului trebuie să participe la un amplu şi minuţios proces de evaluare a performanţelor, intrându-se astfel, chiar dacă aceasta va costa, din sfera formalismului în cea a adevărului. În acest sens sa va urmări în permanenţă utilizarea eficientă a fondurilor, încheierea de angajamente legale numai în scopul creșterii calității actului medical şi gestionarea cheltuielilor de funcţionare fără afectarea calității actului medical.

Managerul trebuie să-şi convingă angajaţii de necesitatea schimbării și trebuie să le inducă acestora, prin mijloace adecvate, sentimentul apartenenţei la organizaţie, al solidarităţii de grup.

Strategia noastră este, fără îndoială, concepută pentru un termen îndelungat. Serviciile de sănătate trec prin schimbări fără precedent cu reforme semnificative aflate în desfăşurare, cu o nouă abordare în furnizarea acestor servicii.

Cu toate aceste dificultăţi, considerăm ca inacceptabile situaţiile de genul lipsei egalităţii accesului la servicii medicale, infecţii asociate asistentei medicale incontrolabile, comportament nedeontologic sau lipsa disciplinei la locul de muncă.

În aceste condiţii, echipa managerială a spitalului este pusă în faţa unei provocări reale pentru atingerea obiectivelor cuprinse în cadrul strategiei de dezvoltare a spitalului.

Întregul proces este rezultatul muncii în echipa, formată din membrii Comitetului Director şi ai Consiliului Medical.

Echipa care coordonează implementarea strategiei este formată din:

1. manager – **ec. Andrei-Bogdan Zidaru**;
2. director medical – **dr. Dumitru Dumitrescu**;
3. director financiar contabil – **ec. Iuliana Dorneanu**.

Managerul va efectua toate demersurile legale (emiterea de decizii, organizarea de concursuri etc.) pentru implicarea în realizarea indicatorilor de performanță ai spitalului.

MISIUNEA

Misiunea noastră este prestarea unui act medical de calitate într-un mediu sigur și confortabil, astfel incât pacientii să beneficieze de cele mai bune îngrijiri. Misiunea Spitalului Orăşenesc Hârşova este aceea de a identifica şi soluţiona nevoile pacienţilor prin furnizarea unor servicii medicale de calitate, bazate pe competenţă, transparenţă, echitate, eficienţă şi eficacitate.

CAPITOLUL I
ANALIZA ȘI DIAGNOSTICUL UNITĂȚII SANITARE AUDITARE STADIU IMPLEMENTARE STANDARDE DE ACREDITARE

Analiza mediului extern. Analiza nevoii de servicii medicale a populației în zona deservită.

În vederea definirii direcțiilor strategice de dezvoltare ale organizației o importanță deosebită o are analiza factorilor externi, precum și necesitățile populației deservite.

Starea de sănătate a populaţiei deservite

Starea de sănătate a populației deservite reprezintă un fenomen complex, atât din punct de vedere social, cât și biologic, care exprimă nivelul și caracteristicile sănătății membrilor colectivității privite în ansamblu, fiind strâns legată de calitatea vieții. Astfel, starea de sănătate se află în relație de intercondiționare cu evoluția socială privită la scară largă, cu celelalte componente ale economiei și calității vieții, fiind determinată de nivelul general de dezvoltare economico-socială, de structura consumului, de standardul igienei individuale, de gradul de cultură și, nu în ultimul rând, de sistemul îngrijirilor de sănătate.

Date demografice zonale

Județul Constanța este al cincilea județ ca populație după județele Iași, Prahova, Cluj și Timiș, fiind cel mai urbanizat județ din România. Astfel, conform site-ului INSSE în anul 2016 s-a înregistrat unnumăr de 770.220 persoane domiciliate în județul Constanța, dintre care densitățile populaționale cele mai accentuate au fost înregistrate în municipiul Constanța (317.974 persoane), în orașul Mangalia (42.237 persoane), în orașul Medgidia (36.008 persoane) în orașul Cernavodă (19.401 persoane), în orașul Murfatlar (Basarabi – 11.649 persoane) și în orașul Hârșova (11.231 persoane).

Conform datelor evidențiate mai sus, populația județului Constanța poate fi caracterizată după cum urmează:

- împărțirea populației pe sexe: 374.331 bărbați, 395.889 femei;
- în sectorul urban au fost identificate 536.595 de persoane, dintre care 255.953 bărbați și 280.642 femei;
- în sectorul rural au fost identificate 233.625 de persoane, dintre care 118.378 bărbați și 115.247 femei;
- din punct de vedere al grupelor de vârstă, populația este formată după cum urmează: 117.337 copii și adolescenți de 0-14 ani, 491.984 adolescenți și adulți de 15-59 ani, 160.899 adulți de 60 de ani și peste;

Datele referitoare la caracterizarea statistică a populației au fost preluate de la Institutul Național de Statistică și Direcția Județeană de Statistică Constanța din evaluarea făcută pe anul 2014, precum și de la centralizarea datelor obținute după efectuarea Recensământului din 2011, fiind al 12-lea din istoria României și, de asemenea, primul recensământ după aderarea țării noastre la U.E.

Date geografice zonale

Județul Constanța face parte din macroregiunea 2, conform Anuarului Statistic 2012 publicat pe site-ul Institutului Național de Statistică, la secțiunea Geografie, Meteorologie și Mediu Înconjurător, situându-se în zona de S-E a României și având următoarele caracteristici:

- suprafața totală: 7071 km^2, fiind al optulea ca mărime dintre județele țării;
- descrierea județului din punct de vedere al localităților: sectorul urban este format dintr-un număr de 12 orașe și municipii, dintre care 3 municipii, iar sectorul rural este format din 54 comune și 189 sate;
- de asemenea, în anul 2014 în județul Constanța existau înregistrate 13 spitale private și 11 spitale publice;
- temperatura medie a aerului variază, în funcție de anotimp, de la -0,3°C la 26,8°C, obținându-se o valoare medie anuală de 13,1°C cu o amplitudine anuală de 27,1°C. Temperatura maximă anuală absolută înregistrată a fost de 34,7°C în luna august, iar temperatura minimă absolută de -17,8°C în luna ianuarie.

Caracteristici de patologie zonală

Populația județului Constanța nu poate fi caracterizată din punct de vedere medical prin încadrarea într-o anumită sferă de patologii, întrucât condițiile de viață și mediu din această zonă nu predispun la dezvoltarea unei patologii specifice care să poată fi tratată pe cale chirurgicală sau non-chirurgicală.

Patologiile cu frecvență crescută întâlnite pe teritoriul județului Constanța au la bază factori legați majoritar de stres, nutriție și stil de viață, înscriindu-se în linia generală de tendință observată la nivel național. Există o strânsă interdependență între modul de viață actual și incidența bolilor cardiovasculare. De asemenea, ținând cont de datele demografice zonale care indică atât scăderea numărului de locuitori, cât și deplasarea încadrării în grupe de vârstă a populației spre vârsta adultă, se remarcă o ușoară tendință de accentuare în sfera patologiilor asociate cu vârsta înaintată.

Date statistice privind proveniența pacienților (01.01.2018 - 31.12.2018):

CASA DE ASIGURARE	NR. CAZURI (spitalizare continuă)	PROCENT
ARAD	2	0.08%
ARGEȘ	2	0.08%
BACĂU	1	0.04%
BRĂILA	22	0.88%
BRAȘOV	1	0.04%
CĂLĂRAȘI	1	0.04%
CONSTANȚA	2357	94.39%
HUNEDOARA	4	0.16%
IALOMIȚA	27	1.08%
IAȘI	2	0.08%
MARAMUREȘ	1	0.04%

NEAMȚ	1	0.04%
PRAHOVA	4	0.16%
TULCEA	69	2.76%
VASLUI	3	0.12%
TOTAL	**2497**	**100.00%**

Morbiditatea migrantă

Morbiditatea migrantă reprezintă acea categorie de populație care migrează în/dinspre alte orașe/județe, fenomenul fiind cauzat de lipsa serviciilor medicale necesare în localitatea/județul de proveniență. Orașul Hârșova se confruntă cu migrarea pacienților către alte centre din lipsă de specialiști și tehnică medicală în aproape toate specialitățile.

Având în vedere faptul că doar un procent de 5,61% dintre pacienți provine din alte județe (4,72% din județele limitrofe), concluzionăm că morbiditatea migrantă poate fi pusă pe seama situării Spitalului Orășenesc Hârșova în NV extrem al județului Constanța, la granița cu alte 3 județe (Ialomița, Tulcea, Brăila), având acces la drumul european E60 care leagă Brest (Bretagne, Franța) de Constanța, unde accidentele rutiere nu sunt un lucru neobișnuit, cu o frecvență crescută în anotimpul estival.

Piața serviciilor medicale de spitalizare în județul Constanța. Concurența.

În anul 2018, la nivelul CJAS Constanța s-au derulat 22 de contracte de furnizare de servicii medicale în asistența medicală spitalicească, din care 16 unități sanitare sunt private și furnizează următoarele tipuri de servicii:

- în regim de spitalizare continuă;
- în regim de spitalizare de zi;
- ambulatoriu.

Denumire	Servicii medicale	Specialități
S.C. Medstar 2000 SRL	Spitalizare continuă, spitalizare de zi, ambulator	Multidisciplinar
S.C. Medstar 2000 Clinic SRL	Spitalizare de zi	Multidisciplinar
S.C. Mediconst Plus SRL	Ambulator	Imagistică
Spitalul Clinic Căi Ferate Constanța	Spitalizare continuă, spitalizare de zi, ambulator	Chirurgie generală, chirurgie vasculară, ortopedie și traumatologie, medicină internă, oncologie, gastroenterologie
S.C. Gastromond SRL	Spitalizare de zi, ambulator	Multidisciplinar
S.C. Centrul Medical Dorobanți SRL	Spitalizare de zi, ambulator	Medicină internă, cardiologie
S.C. Mediconst SRL	Ambulator	Imagistică

S.C. Rocomed SRL	Spitalizare de zi, spitalizare continuă, ambulator	ORL, ginecologie, fizioterapie și acupunctură, chirurgie generală
Affidea Constanța	Ambulator, spitalizare de zi	Multidisciplinar
Isis Medical Center SRL	Spitalizare continuă, spitalizare de zi, ambulator	Multidisciplinar
Heka Hospital	Spitalizare continuă, spitalizare de zi, ambulator	Multidisciplinar
S.C. Euromaterna SRL	Spitalizare continuă, spitalizare de zi, ambulator	Obstetrică-ginecologie, neonatologie, prematuri, TI nou născuți, FIV
Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Constanța	Spitalizare continuă, spitalizare de zi	Multidisciplinar
Centrul de Îngrijiri Paliative „Casa Soarelui"	Spitalizare continuă	Îngrijiri paliative
Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Constanța	Spitalizare de zi, spitalizare continuă, ambulator	Pneumoftiziologie
Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei" Constanta	Spitalizare de zi, spitalizare continuă	Multidisciplinar
Spitalul de Psihiatrie Palazu Mare	Spitalizare continuă	Psihiatrie
Regina Maria	Spitalizare continuă, spitalizare de zi, ambulator	Multidisciplinar
Spitalul Militar de Urgență Constanța	Spitalizare continuă, ambulator	Multidisciplinar
Ovidius Clinical Hospital	Spitalizare continuă, spitalizare de zi, ambulator	Multidisciplinar

Analiza mediului intern (organizațională).

Asigurarea stării de sănătate este un act de management complex, care presupune furnizarea de servicii de sănătate de calitate, finanțarea echitabilă a acestora și asigurarea resurselor necesare printr-o coordonare și armonizare completă.

Managementul calității în sănătate are menirea transformării spitalului într-o interfață prietenoasă pentru pacient și familie, astfel încât pacientul să opteze explicit și ferm pentru serviciile acestuia. Spitalul este semnul cel mai vizibil al sistemului îngrijirilor de sănătate.

Discuţiile purtate în interiorul spitalului au fost necesare pentru a ne asigura că procesul strategic de dezvoltare cuprinde toate departamentele vizate.

Datele, care au vizat atât aspectele clinice cât şi pe cele administrative, au fost furnizate de angajatii spitalului, în urma discuțiilor purtate la diferite ședințe de lucru. Aceste date au cuprins:

1. serviciile curente furnizate, cu detalii asupra facilităţilor oferite şi conducerea compartimentului respectiv;
2. impactul (aspecte pozitive şi negative) asupra compartimentului respectiv;
3. obiective propuse pentru compartimentele respective.

Acest proces a relevat, în acelaşi timp, o serie de riscuri operaţionale şi strategice, riscuri de care s-a ţinut seama în adoptarea strategiei.

Scurt istoric al evoluției spitalului

Spitalul Orăşenesc Hârşova a fost înfiinţat în august 1898 ca unitate spitalicească având un număr de 15 paturi, condus de doctorul Bârsănescu George, născut în anul 1873 la Brăila. Doctor în medicina de la Universitatea din Bucureşti, în 1902 era medic internist stagiar la Divizia de Mare. Îmbarcat pe Bricul Mircea la 27 ianuarie 1903, e înaintat medic-căpitan-doctor. La 15 februarie 1903 a trecut ca medic al Spitalului Orasului Harsova, apoi medic secundar al spitalului din Constanţa.

Profil și organizare

Astăzi, Spitalul Orăşenesc Hârşova este o instituţie publică subordonată administraţiei publice locale şi Direcţiei de Sănătate Publică a judeţului Constanta, asigurând asistenţa medicală completă de specialitate, preventivă, curativă şi de recuperare a bolnavilor internaţi în regim de spitalizare de zi, continuă şi în ambulatoriu provenind de pe teritoriile aflate în patrimoniul unităţilor administrativ-teritoriale din proximitatea oraşului Hârşova, deservind aproximativ 40.000 oameni.

Spitalul Orășenesc Hârşova este situat în oraşul Hârşova, judeţul Constanţa, organizat pe o gamă de şase specialităţi, asigurând servicii medicale pe un teritoriu arondat de aproximativ 2500 km^2, pentru circa 40000 locuitori.

Spitalul are în structură un număr de 64 de paturi pentru spitalizarea continuă, 22 de paturi pentru spitalizarea de zi şi 5 paturi pentru însoţitori conform adresei Misterului Sănătăţii - Directia Management si Structurii Unitatii Sanitare nr. XI/74117, 81560/ACP/79/07.01.2016, asigurând servicii medicale pentru locuitorii orașului Hârşova și a comunelor din zonele limitrofe, după cum urmează:

Compartiment Medicină Internă	15 paturi
Compartiment Obstetrică-Ginecologie,	10 paturi
din care: Neonatologie	2 paturi
Compartiment Chirurgie Generală	10 paturi
Compartiment Pediatrie	15 paturi
Compartiment ATI	4 paturi
Compartiment Neurologie	10 paturi
Cameră de gardă	-
Total spitalizare continuă	**64 paturi**
Însoțitori (Pediatrie)	5 paturi

Spitalizare de zi		22 paturi
Farmacie		
Bloc operator		
Sterilizare		
Unitate de Transfuzie Sanguină (UTS)		
Laborator analize medicale		
Laborator radiologie și imagistică medicală		
Compartiment de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale (CPIAAM)		
Dispensar TBC		
Ambulatoriu integrat cu cabinete în specialitățile	Chirurgie Generală / Ortopedie-Traumatologie	
	Medicină Internă / Cardiologie	
	Obstetrică-Ginecologie	
	Pediatrie	
	ORL / Urologie	
	Neurologie	
	Oftalmologie	
Aparat funcțional (TESA)		

Personal

Echipa de îngrijire medicală va asigura servicii oferite de profesionişti cu pregătire adecvată, conform organigramei.

categorie personal	posturi ocupate în anul 2016	posturi ocupate în anul 2017	posturi ocupate în anul 2018
medici	12	12	12
alt personal medical cu studii superioare	1	1	1
asistenţi medicali şi moaşe	47	52	54
personal auxiliar	33	36	35
personal TESA	8	9	10
muncitori	12	13	11
TOTAL	**113**	**123**	**123**

Există un deficit de personal medical cu studii superioare; camera de gardă nu are încadraţi suficienţi medici pentru linia de gardă medicală, există deficit de personal şi în cabinetele din ambulatoriul integrat al spitalului, în specialităţile: ortopedie-traumatologie, cardiologie, neurologie si pediatrie, iar în compartimentul ATI, medicii de această specialitate sunt încadraţi cu contract de muncă cu timp parţial.

Servicii medicale

Structura spitalului permite acordarea de servicii medicale de specialitate pentru nou născuţi, copii şi adulţi din oraşul Hârşova, din împrejurimi, dar şi din alte judeţe, având în organigramă structuri de specialitate medicală diversificată, complementare, cu organizare proprie, dar care pot acţiona și în cadrul unor echipe multidisciplinare, ţinând cont de posibila adresabilitate dată de zona geografică cu potenţial turistic în care se află spitalul.

Din punct de vedere funcţional, activităţile manageriale, administrative, de aprovizionare, economico-financiare sunt asigurate corespunzător structurii organizatorice aprobate de Ministerul Sănătăţii.

Activitatea medicală se realizează prin consult clinic, paraclinic (laborator radiologie şi imagistică medicală, laborator analize medicale), tratament pentru pacienţi în specialităţile aflate în structura spitalului şi recomandările medicale la externare.

Pentru asigurarea activităţilor, specialiştii spitalului acordă următoarele servicii medicale:

- consultaţii medicale;
- explorări paraclinice şi funcţionale;
- spitalizări continue;
- spitalizări de zi.

Pentru asigurarea serviciilor medicale specialiştii spitalului desfăşoară următoarele activităţi:

- consult clinic:
  - medicină internă;
  - neurologie;
  - chirurgie generală;
  - obstetrică-ginecologie;
  - pediatrie;
  - ORL;
  - oftalmologie;
  - urologie;
  - pneumoftiziologie;
- investigaţii paraclinice:
  - echografie;
  - explorări funcţionale;
  - urmărirea pacienţilor cu TBC;
  - stabilirea diagnosticului prin examene radiologice.
- tratamente variate oferite:
  - pe cale inhalatorie, orală, intravenoasă, intramusculară, aerosoli, oxigenoterapie;
  - tratamente chirurgicale in sfera digestiva;
- servicii de educaţie pentru pacienţi şi aparţinători în managementul afecţiunilor respiratorii acute şi cronice, cardiologice, digestive şi cronice.

Indicatori de performanță ai spitalului

Performanțele spitalului sunt monitorizate periodic, trimestrial și anual, cu ajutorul indicatorilor de management al resurselor umane, a indicatorilor de utilizare a serviciilor, a indicatorilor de calitate a serviciilor și a indicatorilor economico-financiari. Rezultatele evaluării evoluției indicatorilor de performanță participă la procesul de stabilire a strategiei de dezvoltare, organizare și funcționare.

Analizând activitatea spitalului în ultimii 3 ani pe baza indicatorilor realizaţi se poate constata o creştere semnificativă a numărului de cazuri externate prin spitalizare de zi şi în acelaşi timp o scădere a pacienţilor internaţi pe compartimente, astfel costurile de spitalizare se diminuează fara a afecta calitatea actului medical.

Indicatori de performanţă pentru compartimentele clinice - internare continuă	Spitalizare continuă / Spitalizare de zi	2016	2017	2018
număr paturi aprobate	Spitalizare continuă	64	64	64
	Spitalizare de zi	22	22	22
număr specializări aprobate		6	6	6
durata medie de spitalizare (DMS)		5,50	5,43	5,10
număr pacienţi externaţi		2.438	2.643	2.497
număr pacienţi externaţi prin spitalizare de o zi		2.565	3.336	5.512
număr pacienţi consultaţi in ambulatoriu		1.140	1.959	2.762

De asemenea, se constată o creştere a prezentărilor în ambulatoriul integrat al spitalului, având la bază acelaşi număr de personal medical, ceea ce relevă o politică de personal cu rezultate, astfel se explică şi creşterea numărului de servicii medicale.

Indicatorii de utilizare a serviciilor şi indicatorii de calitate a spitalului sunt în limita valorilor naţionale. Valorile indicatorilor de performanță, realizați în intervalul 2016 - 2018, conform prevederilor OMS nr. 1567/2007, sunt:

Categorie indicator	Denumire indicator	Valori medii naţionale	2016	2017	2018
A. Indicatori de management al resurselor umane	nr. mediu de bolnavi externaţi / medic	418	242	442	250
	nr. mediu de bolnavi externaţi / asistent medical	88	31	51	50
	proporţia medicilor / total angajaţi	8,59%	11%	10%	10%
	proporţia personalului medical / total angajaţi	55,45%	52%	52%	48,5%

	proporţia personalului cu studii superioare / total personal medical	17,17%	12%	10%	10%
	nr. mediu de consultaţii efectuate în ambulatoriu / medic	-	190	653	412
	nr. mediu de consultaţii din Camera de gardă / medic	-	881	871	1063
B. Indicatori de utilizare a serviciilor	număr pacienţi externaţi / total pacienţi	-	2460	2654	2497
	DMS acuţi	6,65	4,6	5,4	5,0
	rata de utilizare a paturilor / spital (RUP)	79,20	22,7	41,5	39,0
	proporţia pacienţilor internaţi / total pacienţi prezentaţi la Camera de gardă	-	37,2%	49,6%	64,2%
	proporţia urgenţelor / total pacienţilor internaţi	59%	37,2%	49,6%	64,2%
	procentul pacienţilor cu complicaţii si comorbidităţi / total pacienţi externaţi	-	22%	49,6%	64,2%
	proporţia serviciilor medicale acordate prin spitalizare de zi / total servicii medicale acordate	-	40%	32%	22%
	număr consultaţii acordate în ambulatoriu	-	1140	1959	2470
	proporţia pacienţilor internaţi cu bilet de trimitere / total pacienţi	-	39%	45,4%	34,8%
	număr pacienţi internaţi cu programare / totalul bolnavilor internaţi, pe spital	-	0	0	0
	procentul pacienţilor cu intervenţii chirurgicale din totalul bolnavilor externaţi	-	20%	9,5%	8,53%

C. Indicatori de calitate	rata mortalităţii intraspitaliceşti pe spital	0,53%	0,48%	0,53%	0,28%
	rata infecţiilor asociate asistenţei medicale	0	0	0	0
	rata bolnavilor reinternaţi în intervalul de 30 zile de la externare	4%	5%	8,14%	7,2%
	indice de concordanţă între diagnosticul la internare şi diagnosticul la externare	-	49%	67,5%	65.6%
	procentul pacienţilor transferaţi către alte spitale / total bolnavi internaţi	59%	1,38%	2,63%	1,84%
	număr reclamaţii sau plângeri pacienţi	-	0	0	0

Din tabelul prezentat se poate observa evoluția indicatorilor de calitate care statistic relevă creşterea adresabilităţii pacienţilor direcționați de către cabinetele medicale. Tendinţa pe care noi o estimăm pentru perioada următoare este de creştere a numărului de cazuri asistate prin servicii medicale ambulatorii, apreciere susținută de creșterea gradului de ocupare a posturilor medicale, totodată se poate previziona creșterea indicelui de complexitate a cazurilor / spital, consecință a îmbunătăţirii unui standard al dotării serviciilor medicale cu aparatură medicală aptă să susțină cazuri de complexitate ridicată. Din analiza datelor privind zona de proveniență a pacienților, coroborate cu dezvoltarea teritorială a spitalului și totodată cu diversificarea serviciilor medicale furnizate se poate aprecia percepţia spitalului ca fiind unul general.

Situația dotării

Dotarea spitalului cu aparatură de specialitate nu este corespunzătoare cu normele europene din multe puncte de vedere. Lipsa fondurilor a condus la o dotare deficitară, minimumul necesar fiind asigurat doar în anumite compartimente;

Dotarea spitalului cu aparatură și instrumentar medical este o preocupare continuă a conducerii spitalului, condițiile de desfășurare a actului medical îmbunătățindu-se permanent.

Dotarea cu mobilier de spital a fost asigurată în aproximativ toate compartimentele, cu excepţia ambulatoriului de specialitate şi a Dispensarului TBC. Au fost reabilitate zone interioare din cadrul spitalului şi a Dispensarului TBC, conform solicitărilor Direcţiei de Sănătate Publică Constanţa prevăzute în planul de conformare anexat Autorizaţiei Sanitare de Funcţionare. Circuitele funcţionale sunt în general asigurate, existând însă

compartimente în care acestea necesită actualizare după standardele de management al calităţii actuale, ceea ce constituie unul dintre obiectivele strategice pe termen scurt:

- circuitul deşeurilor;
- circuitul rufelor murdare şi curate;
- circuitul pacienţilor;
- circuitul personalului;
- circuitul alimentelor.

Nr. Crt.	Tipul aparatului	Număr inventar	Gestiune	Mijloc fix / Obiect de inventar
1	Aparat anestezie med perform Tip III	2906	Bloc Operator	Mijloc Fix
2	Set laringoscop	2909	Bloc Operator	Mijloc Fix
3	Trusa laparoscopica	2944	Bloc Operator	Mijloc Fix
4	Videogastrocolonoscop	2951	Bloc Operator	Mijloc Fix
5	Aspirator aschir	1655	Bloc Operator	Obiect de Inventar
6	Tensiometru	3352	Bloc Operator	Obiect de Inventar
7	Tensiometru	830	Bloc Operator	Obiect de Inventar
8	Aspirator secretii portabil	4650	Bloc Operator	Obiect de Inventar
9	Lampă scialitica	2464	Bloc Operator	Obiect de Inventar
10	Lampă examinare (masa de operatie)	2463	Bloc Operator	Obiect de Inventar
11	Reductor presiune oxigen	1716	Bloc Operator	Obiect de Inventar
12	Concentrator de oxigen	3000	Boli Interne	Obiect de Inventar
13	Electrocardiograf computerizat cu 12 canale poly-spectrum (fara calculator) componente: electrod hg/hgcl; electrod ecg cleste)	2927	Cabinet EKG	Mijloc Fix
14	Masa standard ptr obstetrica - ginecologie	2912	Cabinet Ginecologie	Mijloc Fix
15	Autorefractometru	2941	Cabinet Oftalmologie	Mijloc Fix
16	Aplanometru takagi at1	2955	Cabinet Oftalmologie	Mijloc Fix
17	Biomicroscop cu aplanometru	2940	Cabinet Oftalmologie	Mijloc Fix
18	Timpanometru tsm300 cu imprimanta	2945	Cabinet ORL	Mijloc Fix
19	Concentrator de oxigen	3001	Neurologie	Obiect de Inventar
20	Aspirator secretii	4650	Neurologie	Obiect de Inventar
21	Pompe de perfuzie pentru nou-născuţi/copii/adulti	2904	Nou-născuţi	Mijloc Fix
22	Pompe de perfuzie pentru nou-născuţi/copii/adulti	2905	Nou-născuţi	Mijloc Fix
23	Laringoscop cu lame pentru nou-născuţi	2884	Nou-născuţi	Obiect de Inventar
24	Concentrator de oxigen	3003	Obst.-Ginec.	Obiect de Inventar
25	Pulsoximetru	4763	Obst.-Ginec.	Obiect de Inventar
26	Tensiometru	2494	Obst.-Ginec.	Obiect de Inventar
27	Injectomat	3005	Obst.-Ginec.	Obiect de Inventar
28	Monitor fetal si maternal	2954	Obst.-Ginec.	Mijloc Fix
29	Aparat aerosoli	3802	Cabinet ORL	Obiect de Inventar
30	Aspirator super vega	3832	Cabinet ORL	Obiect de Inventar
31	Concentrator oxigen nuvo 5	2953	Pediatrie - Asistente	Mijloc Fix
32	Sterilizator cu aer cald 28l	2950	Pediatrie - Dietetică	Mijloc Fix

33	Lampă scialitica	3911	Pediatrie - Comp.	Obiect de Inventar
34	Holter monitor pacient pm50	4121	Pediatrie - Comp.	Obiect de Inventar
35	Cantar electronic pediatric	4634	Pediatrie - Comp.	Obiect de Inventar
36	Aspirator secretii	4650	Pediatrie - Comp.	Obiect de Inventar
37	Pulsoximetru	4763	Pediatrie - Comp.	Obiect de Inventar
38	Taliometru	4638	Pediatrie - Comp.	Obiect de Inventar
39	Pediometru	4643	Pediatrie - Comp.	Obiect de Inventar
40	Nebulizator c28 plus	3823	Pediatrie - Comp.	Obiect de Inventar
41	Otoscop-oftalmoscop	2916	Pediatrie - Comp.	Mijloc Fix
42	Incubator standard	23899	Nou - născuți	Mijloc Fix
43	Cort de oxigen (butelie de oxigen)	3064	Nou - născuți	Mijloc Fix
44	Doppler sonotrax basic (fetal)	4022	Obst. - Ginec.	Obiect de Inventar
45	Defibrilator cu monitor (contranct de comodat)	2930	Camera de gardă	Mijloc Fix
46	Aparat de nebulizare pentru dezinsectie	3182	Bloc Operator	Obiect de Inventar
47	Tensiometru	2494	Boli Interne	Obiect de Inventar
48	Pulsoximetru	4334	Boli Interne	Obiect de Inventar
49	Concentrator de oxigen	3002	Chirurgie-Comp.	Obiect de Inventar
50	Lampă de ultraviolete	4644	Chirurgie-Comp.	Obiect de Inventar
51	Tensiometru	2494	Chirurgie-Comp.	Obiect de Inventar
52	Oscilometru pachon	2134	Cabinet EKG	Obiect de Inventar
53	Spirometru pony fx	3005	Cabinet EKG	Mijloc Fix
54	Tensiometru	2494	Neurologie	Obiect de Inventar
55	Pulsoximetru	4763	Neurologie	Obiect de Inventar
56	Aspirator ptr nou-născuți	2914	Nou - născuți	Mijloc Fix
57	Lampă de fototerapie mobila	23900	Nou - născuți	Mijloc Fix
58	Pulsiometru standard	2910	Nou - născuți	Mijloc Fix
59	Aspirator secretii	1856	Obst. - Ginec.	Obiect de Inventar
60	Aparat aerosoli	1280	Pediatrie - Comp.	Obiect de Inventar
61	Otoscop	2983	Pediatrie - Comp.	Obiect de Inventar
62	Tensiometru	2494	Camera de gardă	Obiect de Inventar
63	Aspirator de secretii portabil	2926	Camera de gardă - Asistente	Mijloc Fix
64	Electrocardiograf digital portabil sase canale/12 derivatii ekg 6000 p	2836	Camera de gardă - Asistente	Mijloc Fix
65	Laringoscop cu set de lame	2925	Camera de gardă - Asistente	Mijloc Fix
66	Monitor ekg sao2, non invasiv ta	2928	Camera de gardă - Asistente	Mijloc Fix
67	Monitor ekg sao2, non invasiv ta	2929	Camera de gardă - Asistente	Mijloc Fix
68	Microscop binocular cu lumina reglabila	23087	Dispensar TBC	Mijloc Fix

Investiţii

Având în vedere specificul cazurilor de urgenţă din zonă, în camera de gardă a Spitalului Orăşenesc Hârşova sosesc cazuri dificile (în special în anotimpul estival, din cauza gravelor accidente rutiere ce se petrec pe drumul european E60), fapt ce impune **transformarea camerei de gardă în Compartiment de Primiri Urgenţe**.

Conform OMS nr. 1706/2007, un spital local general, clasificat din punctul de vedere al asistenţei medicale de urgenţă la nivel de competenţă IV, cum este cazul Spitalului Orăşenesc Hârşova, într-un municipiu sau oraş, altul decât reşedinţa de judeţ, aflat la o distanţă semnificativă de reşedinţa de judeţ (80 km distanţă de municipiul Constanţa, 60 km distanţă de municipiul Slobozia) şi de alte spitale de nivel de competenţă mai înalt (cel mai apropiat fiind Spitalul din Medgidia, aflat la 55 km distanţă), are în structura sa un CPU în cazul în care acesta asigură asistenţa de urgenţă populaţiei din municipiul respectiv şi din zona rurală limitrofă (cum este şi cazul unităţii noastre, deservind o populaţie de 40.000 locuitori din oraşul Hârşova şi zonele limitrofe).

Pentru a putea realiza acest deziderat, sunt necesare investiţii pentru amenajarea corespunzătoare a spaţiului, pentru a îndeplini condiţiile necesare înfiinţării CPU, care va avea următoarea structură minimală:

1. spaţiul de primire/triaj a/al pacienţilor;
2. biroul de informare/documentare al CPU;
3. camera de resuscitare;
4. spaţiul pentru evaluare şi tratament imediat;
5. salon de observaţie;
6. spaţiul pentru ghipsare/pregătirea atelelor ghipsate;
7. spaţii de depozitare;
8. spaţii de aşteptare;
9. spaţiul de igienizare/deparazitare;
10. spaţii administrative.

De asemenea, pe lângă resursele materiale investite, resursele umane joacă un rol crucial în funcţionarea unui Compartiment de Primiri Urgenţe, în acest sens va fi nevoie de modificarea organigramei şi a statului de funcţii şi includerea următoarelor funcţii în noua structură, posturi care vor fi scoase la concurs în vederea ocupării:

1. medic-şef al CPU;
2. asistent-şef al CPU;
3. asistenţi medicali;
4. asistent medico-social/asistent social;
5. medic specialist/primar de medicină de urgenţă sau ATI;
6. medic responsabil de tură;
7. asistent responsabil de tură;
8. medici;
9. asistenţi.

Pe lângă personalul enumerat, în cadrul CPU vor mai fi angajaţi şi registratori medicali, operatori de calculator, brancardieri, infirmiere, îngrijitoare de curăţenie, personal de pază, precum şi personal care asigură secretariatul.

Personalul din cadrul CPU va avea obligaţia de a asigura asistenţa medicală de urgenţă pacientului aflat în stare critică, în limita competenţelor şi a pregătirii, fiind obligatorie apelarea din timp a specialiştilor aflaţi de gardă în spital sau la domiciliu, în situaţiile care necesită implicarea lor în acordarea asistenţei medicale de urgenţă şi eventual a tratamentului definitiv, după caz. În cazurile în care pacientul va necesita transfer de urgenţă la un spital cu grad de competenţă mai înalt, personalul din cadrul CPU va avea obligaţia să iniţieze procedurile de transfer interclinic, în conformitate cu prevederile legale în vigoare şi cu protocoalele de transfer intraspitaliceşti încheiate.

Pe lângă beneficiile prezentate privind asigurarea stării de sănătate a populaţiei, finanţarea prin sistem CPU de la Casa de Asigurări de Sănătate va fi îmbunătăţită considerabil faţă de cea din prezent, fapt ce va ajuta Spitalul Orăşenesc Hârşova să acumuleze un fond de investiţii pe care-l putem folosi ulterior pentru achiziţionarea de aparatură performantă şi asigurarea unor condiţii conform cerinţelor, exigenţelor şi standardelor europene avansate, un management al calităţii serviciilor medicale oferite net superior şi o evoluţie constantă în a satisface nevoile şi siguranţa pacienţilor.

De asemenea, în susţinerea acestui proiect va fi construit un **heliport** cu finanţare din fonduri europene, proiect ce se va finaliza în decursul anului 2020.

Spitalul Orăşenesc Hârşova este într-o continuă dezvoltare în ceea ce priveşte iniţierea **proiectelor de dotare a ambulatoriului integrat cu echipamente şi mobilier medical, precum şi dotarea compartimentelor medicale**, având surse de finanţare din fonduri europene şi naţionale, după cum urmează:

Aparat de incalzire sange-plasma	2
Aparat de ventilatie mecanica	2
Aspirator chirurgical	2
Electrocauter mono si bipolar	2
Masa de operatii chirurgie generala	2
Defibrilator automat	2
Trusa mare chirurgie	2
Lampa fototerapie	1
Aparat raze mobil digital	1
Trusa mica chirurgie	2
Masa de operatii OB-GYN	1
Statie 1 injectomat+1infuzomat	1
Trusa abdominala	1
Trusa cezariana	1
Trusa chiuretaj	1
Trusa colecist	1
Trusa gastrointestinala	1
Trusa instrumentar ginecologie	1
Trusa instrumentar mici interventii	1
Aparat anestezie	1
Masa spalat instrumentar	1
Ploscar	1

Sigilator automat pungi cu suport role	1
Electrodermatom	1
Lampa scialitica de tavan cu 3 brate si camera video	1
Lampa scialitica de tavan cu 2 brate	1
Electrocardiograf	3
Defibrilator automat	6
Monitor functii vitale	12
Spirometru	1
Aspirator secretii	6
Lampa UV	4
Statie 1 injectomat+ 1 infuzomat adulti	2
Statie 1 injectomat+ 1 infuzomat copii	2
Lampa examinare	8
Analizor gaze sangvine si electroliti	1
Cantar electronic cu taliometru	4
Analizor automat biochimie	1
Analizor hematologie	1
Autoclav laborator	1
Hota flux laminar vertical	1
Analizor urina	1
Incubator laborator	1
Microscop laborator	1
Centrifuga electrica	1
Cuagulometru	1
Brancard urgente radiotransparent	2
Canapea examinare	14
Carucior transport materiale nesterile	1
Carucior transport materiale sterile	1
Corp chiuveta inox cu 2 cuve	2
Dulap inox materiale sterile	2
Lavoar cu 2 posturi	2
Lavoar spalare medici cu 1 post	4
Masa mayo	2
Pat ATI	4
Pat salon	40
Saltea antidecubitus cu compresor	4
Scaun chirurg	2
Scaun recoltare sange	1
Mamograf cu tomosinteză şi stereotaxie	1
Ecograf radiologie	1
Densitometrie osoasă digital	1
Digitizor cu plăci CR printer	1
Maşină developat umedă filme clasice	1

De asemenea, Spitalul Orăşenesc Hârşova mai este parte a unui proiect mai amplu al administraţiei publice locale privind eficientizarea energetică, reabilitarea termică a clădirilor (inclusiv modificarea sursei de încălzire, cea din prezent fiind energofagă).

Situaţia financiară

Finanţarea spitalului este multiplă:

Sursa de venit	An 2018 (mii lei)
Venituri din contracte furnizare servicii medicale spitaliceşti	5471
Alte venituri din prestări de servicii medicale cu plată, donaţii, sponsorizări, proiecte de cercetare, studii clinice	63
Subvenţii de la bugetul de stat - acţiuni de sănătate	4209
Subvenţii de la bugetul local	434
Total venituri spital	**10177**

Repartiţia cheltuielilor:

Tipuri de cheltuieli	An 2018 (mii lei)
Cheltuieli de personal	8634
Cheltuieli cu bunuri şi servicii, din care:	1790
cheltuieli cu medicamente şi materiale sanitare	303
Cheltuieli de capital	113
Total cheltuieli spital	**10537**

Analiza SWOT a unităţii sanitare.

SWOT	
PUNCTE TARI	**PUNCTE SLABE**
• Motivaţie intrinsecă scăzută datorită slabei capacităţi de diferenţiere între persoanele cu productivitate diferită; • Spital modern, care asigură diagnostic, tratament şi monitorizare pentru pacienţii zonei; • Reabilitarea Dispensarului TBC şi a anumitor zone din cadrul spitalului. • Experienţa şi profesionalismul medicilor şi asistenţilor medicali • Informare periodică privind situaţia indicatorilor de performanţă a compartimentelor, precum şi situaţia	• Venituri proprii reduse, finanţare bazată pe tarifele contractate cu Casa de Asigurări de Sănătate Constanţa pe caz ponderat, zile de spitalizare, decontarea serviciilor şi procedurilor face dificilă dezvoltarea unităţii pe palierul dotărilor; • Lipsa unui sistem informatic integrat care să interconecteze toate serviciile medicale, care să permită o mai bună gestionare a fondurilor disponibile şi din care să rezulte prognoze capabile să crească adaptabilitatea sistemului

financiară în discuţia zilnică împreună cu medicii la raportul de gardă. • Amplasarea substaţiei de ambulanţă în curtea spitalului (timpi de aşteptare reduşi pentru urgenţe); • Resurse umane bine pregătite; personal medico-sanitar şi administrativ calificat; medici primari cu înalt nivel profesional; şefi de birouri cu studii superioare şi competenţă în organizare. • Indicatori buni ai activităţii clinice la nivelul judeţului raportaţi la mediile pe ţară.	la nevoile reale ale populaţiei; • Lipsa unui circuit funcţional modern al bolnavilor, alimentelor, deşeurilor şi vizitatorilor; • Lipsa responsabilizării şefilor de compartimente/laborator/structură în vederea eficientizării activităţii şi reducerii cheltuielilor nejustificate; • Lipsa circuitului documentelor; • Lipsa condiţiilor optime hoteliere; • Motivaţie intrinsecă scăzută datorită slabei capacităţi de diferenţiere între persoanele cu productivitate diferită; • Slaba motivare datorită remunerării şi recompenselor din sistem.
OPORTUNITĂŢI	**AMENINŢĂRI**
• Atragerea factorilor decizionali de la nivelul Consiliului Local în procesul de redresare a spitalului; • Colaborări cu alte clinici de specialitate; • Adresabilitate crescută a unei comunităţi bine conturate; • Adresabilitate fără restricţii pentru asiguraţii Casei de Asigurări de Sănătate Constanţa; • Accesarea unor finanţări nerambursabile; • Crearea de saloane private conform normelor europene care să permită condiţii hoteliere optime; • Spitalizarea de zi – legislaţie benefică pentru finanţarea activităţii de tip „ambulatoriu" a spitalului; • Proiectarea unui sistem de management performant axat pe managementul prin obiective, bugete, centre de cost; • Atragerea unor surse externe de finanţare (firme private, oameni de afaceri etc.).	• Instabilitatea legislativă; • Nivelul de trai scăzut datorită ratei mari a şomajului; • Posibilităţi reduse de utilizare a serviciilor în regim de coplată; • Neacreditarea spitalului – poate fi o ameninţare dacă situaţia existentă mai persistă; • Tendinţa migrării corpului medical către spitale mai mari si ţările UE; • Creşterea costurilor asistenţei medicale; • Presiunea socială prin lipsa posibilităţilor proprii ale pacienţilor de tratament sau îngrijire la domiciliu; • Perspectiva asigurărilor private de sănătate; • Rezistența personalului la schimbare; • Subfinanţarea prelungită a serviciilor prestate şi lipsa fondurilor de investiţii pentru continuarea lucrărilor de reabilitare/modernizare până în prezent afectează nu doar capacitatea de adaptare la normele europene, ci însăşi desfăşurarea curentă a actului medical (calitatea acestuia).

CAPITOLUL II
OBIECTIVE STRATEGICE. PLAN STRATEGIC.

Identificarea priorităţilor si a obiectivelor

Fiecare obiectiv este proiectat pentru a susţine realizarea misiunii spitalului nostru.

Acestea sunt formulate astfel încât să răspundă la problemele ridicate în timpul consultaţiilor şi a analizei GAP, precum şi a examinării mediului extern (din analiza SWOT).

a) Obiective pe termen scurt (un an):

- implementarea unei politici de personal care sa atragă personal (pregătirea personalului pentru obţinerea gradelor profesionale, perfecţionarea continuă a personalului) - responsabili: Comitetul Director, RUNOS;
- implementarea unei politici de parteneriat cu pacienţii - responsabili: Structura de Management al Calităţii;
- organizarea Compartimentului de primire/internare urgenţe - responsabili: Comitetul Director;
- perfecționarea continuă a managementului calităţii serviciilor medicale prestate în spital prin implementarea standardelor şi certificării ISO 9001:2015 - responsabili: Comitetul Director şi Structura de Management al Calităţii;
- acreditarea spitalului de către Autoritatea Naţională de Management al Calităţii în Sănătate în ciclul II de acreditare - responsabili: Comitetul Director şi Structura de Management al Calităţii;
- reabilitarea şi dotarea ambulatoriului integrat al spitalului - responsabili: Comitetul Director, serviciul tehnic-administrativ, expert achiziţii;
- emiterea/actualizarea și implementarea conformă a procedurilor de lucru, a protocoalelor terapeutice şi a ghidurilor de practică - responsabili: Comitetul Director asistenţii coordonatori, medicii, şefii de compartimente şi Structura de Management al Calităţii;
- investiţii privind achiziţionarea aparaturii medicale necesare - responsabili: Comitetul Director;
- investiţii în personal - cursuri şi specializări pentru personalul medical şi cel nemedical - responsabili: RUNOS.

b) Obiective pe termen mediu (trei ani):

- informatizarea spitalului - responsabili: serviciul tehnic-administrativ;
- înfiinţarea şi dotarea compartimentului de urologie şi a compartimentului de diabet, nutriţie şi boli metabolice - responsabili: Comitetul Director;
- pregătirea personalului pentru utilizarea programului informatic - responsabili: RUNOS, IT;
- implementarea standardelor şi certificării ISO 14001 - responsabili: Comitetul Director şi Structura de Management al Calităţii;

- implementarea standardelor şi certificării OHSAS 18001 - responsabili: Comitetul Director şi Structura de Management al Calităţii.

c) Obiective pe termen lung (cinci ani):

- înfiinţarea de noi compartimente în funcţie de nevoile de servicii medicale ale populaţiei - responsabili: Comitetul Director;
- îmbunătăţirea continuă a calităţii serviciilor medicale - responsabili: Structura de Management al Calităţii;
- asigurarea unui management performant - responsabili: Comitetul Director şi Structura de Management al Calităţii;
- asigurarea si utilizarea eficientă a resurselor umane - responsabili: Comitetul Director şi RUNOS;
- asigurarea de resurse financiare conforme cu necesităţile şi utilizarea eficientă a acestora - responsabili: Comitetul Director şi compartimentul financiar-contabil;
- asigurarea unei infrastructuri corespunzătoare necesităţilor şi exploatarea eficientă a acesteia - responsabili: Comitetul Director şi serviciul tehnic-administrativ.

d) Obiective permanente:

- menţinerea şi dezvoltarea standardelor de calitate (ISO 9001:2015, ISO 14001, OHSAS 18001) - responsabili: Structura de Management al Calităţii;
- strategia de instruire continuă pentru cadrele medicale şi nemedicale ale spitalului - responsabili: RUNOS;
- colaborarea cu spitalele din judeţ şi zonele adiacente - responsabili: Comitetul Director;
- atragerea de fonduri externe - responsabili: Comitetul Director şi Structura de Management al Calităţii;
- încheierea de parteneriate favorabile spitalului - responsabili: Comitetul Director şi Structura de Management al Calităţii;
- implementarea şi dezvoltarea programelor naţionale elaborate de Ministerul Sănătăţii - responsabili: Comitetul Director.

• pentru ***obiectivul strategic I - „Dezvoltarea în perspectivă a spitalului în scopul satisfacerii în grad din ce în ce mai mare a necesităţilor specifice de asistenţă medicală a segmentului ţintă de pacienţi"*** au fost definite urmatoarele obiective generale:

- dezvoltarea spitalului din punct de vedere al gamei de servicii ce pot fi acordate, prin creşterea numărului de specialităţi medicale şi tipuri de servicii;
- alinierea la normele şi standardele europene privind calitatea serviciilor oferite.

• pentru ***obiectivul strategic II - „Îmbunătăţirea continuă a calităţii serviciilor medicale oferite"*** au fost definite urmatoarele obiective generale:

- asigurarea unei îngrijri corecte şi adecvate (se referă la examinarea şi tratamentul pacientului în funcţie de nevoile impuse de starea sa de sănătate, conform cu ghidurile de diagnostic şi tratament europene şi naţionale, adaptate la condiţiile spitalului şi la evaluarea nevoilor de îngrijire a sănătăţii pe baza unei atente anamneze, a investigaţiilor şi a altor proceduri de diagnostic, prezentând un risc minimal de

evenimente adverse, complicaţii sau efecte secundare, fără ca activităţile întreprinse, de diagnostic şi terapie, să depăşească nivelul necesar):

- depistarea precoce și controlul infecţiilor asociate asistenţei medicale;
- asigurarea disponibilităţii serviciilor din punct de vedere al volumului şi al diversităţii (se referă la furnizarea de servicii de îngrijire a sănătăţii în condiţiile normelor în vigoare în sistemul naţional de îngrijire a sănătăţii, fara să fie restricţionată de decontare, gama de îngrijiri furnizate, gradul de cunoştinţe în domeniul sănătăţii sau alţi factori);
- asigurarea continuităţii îngrijrilor (se referă la asigurarea lanţului neîntrerupt de servicii de îngrijire a sănătăţii de care beneficiază pacientul de la prezentare la îngrijire, tratament, recuperare şi urmărire a evoluţiei);
- creşterea eficacităţii serviciilor medicale (se referă la orientarea activităţilor de îngrijire a sănătăţii spre creşterea şanselor unui rezultat pozitiv aşteptat pentru pacient, în comparaţie cu altă sau nicio investigaţie sau tratament);
- creşterea eficienţei serviciilor medicale (se referă la alegerea celui mai bun raport posibil între rezultatul aşteptat şi resursele utilizate - spaţii, dispozitive, materiale şi timp);
- asigurarea unui tratament echitabil pentru pacienţi (se referă la tratarea nediscriminatorie a pacienţilor care au aceleaşi tipuri şi nivele de nevoi, indiferent de sex, preferinţe sexuale, origini culturale, etnice, rasiale, sociale, lingvistice sau de altă natură);
- asigurarea unor servicii medicale bazate pe dovezi ştiinţifice şi/sau cunoştinţe bazate pe experienţă / modele de bună practică pentru diagnostic, terapie, prevenţie, îngrijire etc.;
- asigurarea unei îngrijri a sănătăţii având pacientul în centrul atenţiei, inclusiv în ceea ce priveşte integritatea sa fizică, psihologică şi socială (furnizarea serviciilor de îngrijire a sănătăţii cu respectarea valorilor şi preferinţelor pacientului şi, ori de câte ori este nevoie, cu consimţământul informat al pacientului, păstrând integritatea fizică şi psihologică a acestuia);
- îmbunătăţirea implicării pacientului în toate deciziile şi procedurile planificate şi efectuate asupra sa;
- asigurarea unor servicii medicale care să garanteze siguranţa pacientului (se referă la identificarea şi ţinerea sub control a riscurilor asociate serviciilor de îngrijire a sănătăţii şi prevenirea oricărei deteriorări a stării pacientului care poate fi evitată);
- asigurarea unor servicii de îngrijire a sănătăţii accesibile (se referă la furnizarea serviciilor de îngrijire a sănătăţii în timp util, iar succesiunea de servicii furnizate trebuie să depindă numai de necesităţile evaluate pentru pacient, starea acută şi severitatea bolii, indiferent de statutul social etc.).

- pentru ***obiectivul strategic III - „Asigurarea unui management performant"*** au fost definite următoarele obiective generale:

- conformarea cu cerinţele privind acreditarea spitalelor;
- conformarea cu cerinţele privind managementul securităţii informaţiei;
- conformarea cu cerinţele privind managementul securităţii şi sănătăţii ocupaţionale;

- conformarea cu cerinţele privind managementul mediului.

▪ pentru ***obiectivul strategic IV - „Asigurarea şi utilizarea eficientă a resurselor umane"*** au fost definite urmatoarele obiective generale:
- asigurarea personalului competent corespunzător necesităţilor;
- asigurarea perfecţionării continue a personalului;
- utilizarea eficientă a personalului.

▪ pentru ***obiectivul strategic V - „Asigurarea de resurse financiare conforme cu necesităţile şi utilizarea eficientă a acestora"*** au fost definite urmatoarele obiective generale:
- asigurarea echilibrului bugetar;
- distribuţia echilibrată a resurselor financiare;
- folosirea eficientă a resurselor financiare;
- atragerea de resurse.

▪ pentru ***obiectivul strategic VI - „Asigurarea unei infrastructuri corespunzătoare necesităţilor şi exploatarea eficientă a acesteia"*** au fost definite urmatoarele obiective generale:
- îmbunătăţirea continuă a condiţiilor din locaţii, creșterea confortului hotelier;
- îmbunătăţirea continuă a dotării cu echipament;
- îmbunătăţirea continuă a asigurării de utilităţi.

Identificarea obiectivelor strategice, generale, specifice şi a posibilităţilor de implementare

Realizarea obiectivelor specifice vizează îndeplinirea indicatorilor stabiliţi pentru fiecare dintre obiectivele generale, după cum urmează:

Obiectiv strategic	Obiectiv general	Obiectiv specific - (indicator de evaluare)	Nivelul indicatorului stabilit ca obiectiv specific de îndeplinit şi termene de realizare		
			2020 (termen scurt)	2022 (termen mediu)	2024 (termen lung)
Obiectiv strategic I	Dezvoltarea spitalului din punctul de vedere al gamei de servicii şi/sau activităţi ce pot fi derulate în spital	Creşterea numărului de specialităţi medicale	cabinete în ambulatoriu	cabinete în ambulatoriu	cabinete în ambulatoriu
		Creşterea numărului de tipuri de activităţi		Cabinet	
		Înfiinţarea de secţii, autorizarea de noi specialităţi	pregătire proces	Implementare	

		medicale			
	Alinierea la normele europene privind calitatea serviciilor oferite	Implementarea standardului ISO 9001:2015	pregătire proces	implement are	menținere standarde
Obiectiv strategic II	Asigurarea unei îngrijri corecte si adecvate	Indicele de concordanţă între diagnosticul de internare şi cel de externare	65%	75%	80%
		Ponderea pacienţilor care se declară multumiţi şi foarte multumiţi de serviciile medicale primite în cadrul spitalului	88%	90%	95%
	Asigurarea disponibilită-ţii serviciilor din punct de vedere al volumului şi al diversităţii	Numărul de bolnavi externaţi	3000	3500	4000
		Numărul de pacienţi din ambulatoriu	3000	4000	5000
		Numărul de specialităţi acoperite in ambulatoriu	6	10	10
		Numărul de specialităţi acoperite in spital	7	8	10
	Asigurarea continuităţii îngrijrilor	Procent bolnavi internaţi cu bilet de trimitere din total internări	35%	40%	45%
	Creşterea eficacităţii serviciilor medicale	Rata mortalităţii intraspitaliceşti	0,28%	0,28%	0,28%
		Procent bolnavi transferaţi la alt spital din total internări	3%	3%	2%
		Număr de protocoale de diagnostic şi	30	40	50

		tratament adoptate			
		Ponderea pacienţilor ameliorați din totalul celor externați	46,27%	55%	60%
	Creşterea eficienţei serviciilor medicale	Procent bolnavi cu intervenţii chirurgicale din total externați	10%	20%	25%
		Procent bolnavi cu programare din total internați	10%	15%	15%
		Proporţie spitalizare zi din total servicii medicale	50%	52%	55%
	Asigurarea unui tratament echitabil pentru pacienţi	Număr reclamaţii referitoare la cazuri de discriminare	0	0	0
	Asigurarea unor servicii medicale bazate pe dovezi ştiinţifice	Număr de ghiduri de diagnostic şi tratament utilizate	40	50	60
	Asigurarea unei îngrijri a sănătăţii având pacientul în centrul atenţiei	Număr de reclamaţii / plângeri înregistrate	0	0	0
	Îmbunătăţirea implicarii pacientului	Număr de FOCG cu refuzuri ale recomandărilor medicale consemnate în consimţământ- tul informat/FOCG	0	0	0
	Siguranţa pacientului	Număr de evenimente adverse/complicaţ ii /efecte	0	0	0

		secundare înregistrate			
		Depistarea precoce și controlul infecțiilor asociate asistenței medicale.	Coordonare și control prin personal medical	Coordonare și control prin personal medical	Coordonare și control prin personal medical
	Asigurarea unor servicii de îngrijire a sănătății accesibile	Media timpului de așteptare (zile) din listele de așteptare	5	4	4
Obiectiv strategic III	Conformarea cu cerințele privind managementul calității, mediului, securității și sănătății ocupaționale	Confirmare prin audit intern	100%	100%	100%
		Confirmare prin certificat	100%	100%	100%
	Conformarea cu cerințele privind managementul securității informației	Confirmare prin audit	100%	100%	100%
		Confirmare prin: constatări inspecție, lipsă reclamații	100%	100%	100%
	Conformarea cu cerințele privind acreditarea spitalelor	Confirmare prin evaluare intern	65%	70%	75%
		Confirmare prin acreditare	65%	70%	75%
Obiectiv strategic IV	Asigurarea personalului competent corespunzător necesităților	Proporție medici din total personal	11 %	12%	13%
		Proporție personal medical din total personal	65,65%	65,70%	66%
		Proporție medici din total personal medical	31,39%	32%	33%
	Asigurarea perfecționă rii continue a personalului	Număr mediu ore instruire / angajat /an	30	40	50
		Număr tematici instruire	10	20	30

		planificate			
		Număr instruiri privind efecturea curăţeniei şi dezinfecţiei	TRIMESTRIAL	TRIMESTRIAL	TRIMESTRIAL
		Număr instruiri privind prevenirea infecţiilor asociate asistenţei medicale	ANUAL	ANUAL	ANUAL
		Număr instruiri privind resuscitarea cardio-respiratorie	ANUAL	ANUAL	ANUAL
		Număr instruiri privind asigurarea confidenţialită-ţii datelor	ANUAL	ANUAL	ANUAL
	Utilizarea eficientă a personalului	Număr mediu bolnavi externaţi pe medic	400	420	500
		Număr mediu bolnavi externaţi pe asistent medical	80	88	90
		Număr mediu consultaţii pe medic în ambulatoriu	600	700	800
Obiectiv strategic V	Asigurarea echilibrului bugetar	Execuţie bugetară faţă de bugetul de cheltuieli aprobat	96%	98%	98%
		Grad îndeplinire prevederi bugetare referitoare la venituri	96%	98%	98%
		Grad îndeplinire prevederi bugetare referitoare la cheltuieli	98%	99%	99%

		Procent cheltuieli personal din total cheltuieli decontate de CAS	67%	68%	68%
		Procent cheltuieli medicamente, din total cheltuieli decontate de CAS	5%	5,25%	5,25%
		Procent cheltuieli materiale sanitare din total cheltuieli decontate de CAS și MS	4,5%	4,8%	5%
		Procent cheltuieli de capital din total cheltuieli	6.50%	7%	7%
	Folosirea eficientă a resurselor financiare	Cost mediu pe o zi spitalizare (lei)	98	89	86
	Atragerea de resurse	Ponderea veniturilor proprii în total venituri	9%	10,73%	11%
Obiectiv strategic VI	Îmbunătăţirea condiţiilor din locaţii, creșterea confortului hotelier	Volum lucrări de întreţinere şi reparare spaţii şi instalaţii din total cheltuieli	24,77%	23%	22%
	Îmbunătăţirea dotării cu echipament	Investiții echipament modern	20%	23%	24%
		Volum lucrări de întreţinere şi reparare echipament	22,87%	23%	26%

CAPITOLUL III
MANAGEMENTUL RISCURILOR

Metodologia de evaluare a riscurilor in unitatea sanitară.

Managementul riscurilor presupune identificarea și evaluarea riscurilor; stabilirea măsurilor de control, în vederea micșorării posibilității de apariție a acestora, dar și diminuarea consecințelor produse, ca urmare a materializării lor.

Reguli asociate identificării riscurilor:

a) Riscul este legat de incertitudine şi are asociată o probabilitate de materializare. Riscul nu este ceva sigur şi nu se referă la o problemă dificilă deja materializată.

Exemplu: introducerea/utilizarea unor date eronate dintr-o bază de date constituită la nivelul organizației.

b) Nu constituie riscuri acele situaţii/probleme care nu pot să apară (aşa numitele ficţiuni). A concentra atenţia entităţii pe ficţiuni înseamnă a risipi resurse.

Exemplu: îmbolnăvirea concomitentă a tuturor angajaților din motive necunoscute, în condițiile în care se fac controale periodice de sănătate (medicina muncii).

c) Nu trebuie identificate ca riscuri acele probleme care se vor materializa cu siguranţă. Acestea nu sunt riscuri, ci certitudini. Certitudinile sunt gestionate şi, de regulă, presupun alocări de resurse, modificarea obiectivelor asumate, schimbări de strategie.

Exemplu: pierderea experienței deținute de către personalul calificat ca urmare a unor reduceri salariale abrupte.

d) Riscurile nu se definesc prin impactul lor asupra obiectivelor, ci a activităților. Impactul nu este risc ci o măsură a modului în care materializarea unui risc afectează respectivele obiective.

Exemplu:nu se identifică ca risc întârzierea la serviciu a unui angajat, ci se identifică ca risc nerealizarea la timp a unor sarcini de serviciu aflate în responsabilitatea celui care întârzie.

e) Nu definiţi riscurile prin negarea obiectivelor.

Exemplu: Obiectiv: atragerea fondurilor - Risc: neatragerea fondurilor.

f) Nu identificaţi riscuri care nu afectează obiectivele: există doar riscuri corelate cu obiectivele. E indicat ca la identificarea riscurilor să se evite stabilirea unei cauzalităţi indirecte deoarece există pericolul de vedea riscuri peste tot.

g) Riscurile au o cauză şi un efect: există o cauză şi un efect ale materializării riscului. Cauza - un context favorabil apariţiei riscului. Efectul - impactul materializării riscului.

h) Trebuie făcută deosebirea între riscul inerent şi riscul rezidual. Riscul inerent este riscul specific, ce ţine de realizarea obiectivului, fără a fi luate măsuri de atenuare a riscurilor, în timp ce riscul rezidual este acel risc ce rămâne după ce au fost întreprinse măsuri de control intern. Riscul rezidual este expresia faptului că riscurile inerente nu pot fi controlate în totalitate. Oricâte măsuri ar fi luate, incertitudinea nu poate fi eliminată.

Exemplu:

Obiectiv: asigurarea accesului la internet sau televiziune prin cablu la toate casele din comuna Y până la finalul anului

Risc inerent: nefinalizarea în timp util a procesului de cablare

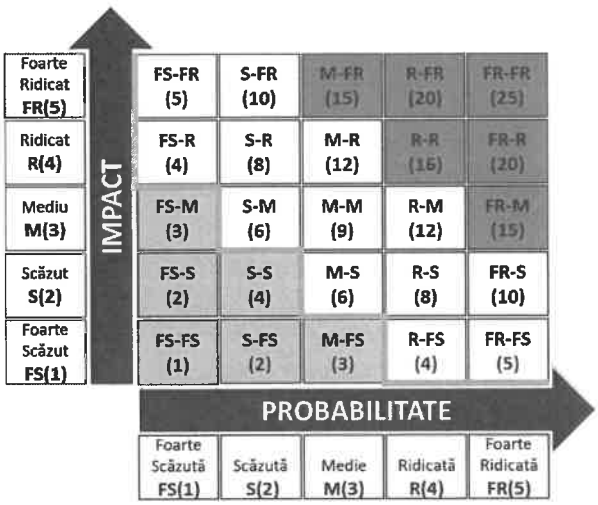
Risc rezidual (rezultat prin revizuirea riscului inerent): întreruperea lucrărilor pentru evaluări arheologice, întrucât la excavare au fost găsite vestigii importante istorice

i) Identificarea riscurilor nu este un proces strict obiectiv, ci depinde foarte mult de percepţia celor implicaţi. Se operează cu percepţii asupra riscurilor şi nu cu riscuri în sine.

j) Identificarea riscurilor este necesară dar nu suficientă. „Anticiparea viitorului" este una din practicile prin care se asigură un proces coerent de identificare proactivă / prospectivă a riscurilor inerente.

k) Riscurile identificate trebuie grupate. Gruparea riscurilor se face funcţie de percepţiaşi nevoile entității, de regulă pe departamente.

l) Scala de risc – se va folosi scala clasică de la 1 la 5, pe orizontal - PROBABILITATE și vertical - IMPACT, după următorul model:



Registrul riscurilor.

Elaborarea *registrului de riscuri* confirmă că la nivelul unei entități publice există un sistem de monitorizare a riscurilor funcțional. Răspunsul la risc – controlarea riscurilor.

După ce riscurile au fost identificate şi evaluate şi după ce s-au definit limitele de toleranţă în cadrul cărora entitatea este dispusă, la un moment dat, să-şi asume riscuri, este necesară stabilirea tipului de răspuns la risc pentru fiecare risc în parte.

Strategii aplicabile managementului riscurilor:

a) Acceptarea(tolerarea)riscurilor:

Acest tip de răspuns la risc constă în neiniţierea unor măsuri de control al riscurilor şi este adecvat pentru riscurile inerente a căror expunere este mai mică decât toleranţa la risc. Acceptarea intervine atunci când riscurile sunt liber asumate, sau când aplicarea unei alte strategii de răspuns la risc nu este posibilă. Această opţiune de răspuns la risc trebuie însoţită de planuri de gestiune a riscurilor (problemelor dificile) care să abordeze tratarea impactului atunci când riscul se materializează.

Tolerarea/acceptarea riscurilor este o strategie recomandată în cazul riscurilor cu o expunere mică.

b) Monitorizarea permanentă a riscurilor:

Acest tip de răspuns la risc constă în acceptarea riscului cu condiţia menţinerii sale sub o permanentă supraveghere. Probabilitatea este parametrul supravegheat cu precădere, deoarece strategia monitorizării se aplică în cazul riscurilor cu impact semnificativ, dar cu probabilitate mică de apariţie.

Aplicarea unei astfel de strategii necesită o analiză atentă a riscurilor cu probabilitate mică de apariţie, dar cu un impact ridicat, în cazul în care obiectivele afectate sunt strategice pentru entitate.

c) Evitarea riscurilor:

Această strategie de răspuns la risc constă în eliminarea activităţilor (circumstanţelor) care generează riscurile. Aplicarea strategiei de evitare a riscurilor poate fi avută în vedere pentru o serie de activităţi „suport", în cazul în care nu există altă modalitate de a controla riscurile în limite tolerabile.

d) Transferarea (externalizarea) riscurilor:

Această strategie de răspuns la risc constă în încredinţarea gestionării riscului unui terţ care are expertiza necesară gestionării acelui risc, încheindu-se în acest scop un contract.

Transferarea reprezintă o activitate de reorganizare, astfel încât riscul să fie transferat la o altă structură din entitate, care este mai capabilă sau specializată în gestionarea unor astfel de riscuri. Această opţiune este benefică mai ales în cazul riscurilor financiare şi patrimoniale.

Exemplu de transfer al riscurilor: contractele de asigurare. În schimbul unei sume de bani (prima de asigurare), terţul (societatea asiguratoare) preia asupra sa riscul asigurat, obligându-se să despăgubească organizaţia care a transferat riscul în cazul în care riscul se materializează.

NOTĂ: Este important de menţionat că anumite riscuri nu sunt (integral) transferabile. În particular, nu este posibil să se transfere riscurile legate de credibilitatea entităţii.

e) Tratarea (atenuarea) riscurilor:

Aceasta este abordarea cea mai frecventă pentru majoritatea riscurilor cu care se confruntă entitatea.

Opţiunea tratării (atenuării) riscurilor constă în faptul că, în timp ce entitatea va continuă să desfăşoare activităţi care generează riscuri, aceasta va lua măsuri (implementează instrumente de control intern) pentru a menţine riscurile în limite acceptabile (tolerabile).

Raportarea riscurilor.

Se recomandă ca raportarea anuală a riscurilor să se realizeze pe două nivele:

a) la nivelul compartimentului de la primul nivel de conducere - de către responsabilul cu riscurile, printr-un raport asumat de conducătorul compartimentului și care se transmite echipei de gestionare a riscurilor;

b) la nivelul superior al entității - de către echipa de gestionare a riscurilor, care, pe baza rapoartelor primite de la compartimente, informează conducerea entității asupra stadiului procesului de gestionare a riscurilor.

CAPITOLUL IV
INDICATORI DE MĂSURARE A PERFORMANȚEI

Chestionarul de satisfacție a pacientului și evaluarea periodică.

Chestionarul de satisfacție se înmânează fiecărui pacient, la internare. El este anonim. Întrebările sunt următoarele, corespunzând cerințelor de acreditare:

1. Aveti cunoștință despre drepturile și obligațiile dumneavoastră ca pacient?
2. Considerați că aceste drepturi v-au fost respectate de personalul spitalului pe timpul internării?
3. Apreciați în mod pozitiv amabilitatea și disponibilitatea personalului medical pe timpul spitalizării?
4. Informațiile primite de la medici v-au ajutat în ameliorarea stării dumneavoastră de sănătate?
5. Apreciați în mod pozitiv calitatea îngrijirilor de sănătate asigurate de către asistentele medicale?
6. Ați fost instruit/ă asupra modului de administrare a medicației?
7. Medicamentele administrate v-au fost asigurate de spital?
8. Administrarea medicamentelor pe cale orală s-a făcut sub supravegherea asistentei medicale?
9. Ați fost multumit/ă de îngrijirile acordate pe timpul zilei, a nopții sau a weekend-ului?
10. După internare, în compartiment, ați fost însoțit/ă de personal sanitar?
11. La efectuarea investigațiilor medicale ați fost însoțit/ă de personal sanitar?
12. Sunteți mulțumit/ă de condițiile de cazare care v-au fost puse la dispoziție?
13. Sunteți mulțumit/ă de calitatea hranei de care ați beneficiat și modul de distribuire a acesteia?
14. Curățenia salonului și a spațiilor aferente acestuia a fost corespunzătoare?
15. Sunteți mulțumit/ă de starea lenjeriei de pat?

Evaluarea satisfacției pacienților în perioada iulie – decembrie 2018

Evaluarea satisfacției pacienților în perioada mai sus menționată a fost realizată cu ajutorul chestionarului cu cerințele din Listele de evaluare a ANMCS. Chestionarele au fost distribuite conform metodologiei adoptate în acest sens, prin introducerea în FOCG. Metodologia a fost verificată privind modul de aplicare a ei, iar intervențiile s-au făcut prin discuții cu medicii curanți.

Prin analizele lunare s-au evidențiat aspectele negative observate de pacienți. Cunoașterea medicului curant a permis, atunci când acesta a fost marcat in chestionar, să se intervină pentru remedierea deficiențelor. Gradul de completare a fost evidențiat în fiecare lună, celelalte aspecte negative fiind analizate în detaliu.

Prin aplicarea chestionarului s-a acordat posibilitatea pacienților de a face referiri la aspectele relevante pentru ei în legătură cu desfășurarea actului medical, condițiile hoteliere oferite pe timpul spitalizării, comunicarea cu personalul medical, cunoașterea și respectarea drepturile ca pacient.

Aceste aprecieri care au fost luate la cunoștință de către medici și de către asistentele medicale pentru a fi cunoscute de către tot personalul clinicii. Aspecte legate de starea de fixație sau curățenie au fost comunicate atunci când au fost cunoscute pentru a se putea lua măsurile de remediere.

Vă prezentăm analiza perioadei iulie-decembrie 2018, în mod succint:

Nr. crt.	Aspectul evaluat / Valori lunare		2018						Valoare numerică / Valoare procentuală
			07	08	09	10	11	12	
1.	Numărul total de respondenți		29	20	24	30	32	20	155
2.	Număr pacienți externați din secțiile cu paturi		31	21	26	33	32	22	165
3.	Procentul pacienților respondenți din numărul pacienților externați		93,5	95,2	92.3	90,9	100	91	94
4.	Câți pacienți declară că cunosc numele medicului curant		29	20	24	30	32	20	155 (100%)
5.	Numărul pacienților care au declarat că și-au cunoscut, în totalitate sau parțial, drepturile		29	20	24	30	32	20	155 (100%)
6.	Numărul pacienților care au declarat că le-au fost respectate drepturile		29	20	24	30	32	20	155 (100%)
7.	Răspunsuri negative privind amabilitatea și disponibilitatea medicului curant		0	0	0	0	0	0	0
8.	Nemulțumiri privind contribuția informațiilor primite la îmbunătățirea stării de sănătate		0	0	0	0	0	0	0
9.	Nemulțumiri privind calitatea îngrijirilor medicale		0	0	0	0	0	0	0
10.	Instruirea necorespunzătoare privind modul de administrare a medicație		1	1	0	1	0	0	3 (2%)
11.	Nemulțumiri privind asigurarea medicamentelor de către spital		0	0	0	0	0	0	0
12.	Medicamentele nu au fost luate sub supravegherea asistentei medicale		2	1	1	0	0	0	4 (3%)
13.	Numărul pacienților care au fost nemulțumiți de îngrijiri pe timp de zi, noapte și weekend		0	0	0	1	0	0	1 (1,6%)
14.	Neînsoțiți în clinică (după internare) sau la investigații medicale		0	0	0	0	0	0	0
15.	Răspunsuri negative pentru condițiile de cazare		0	0	0	0	0	0	0
16.	Răspunsuri negative pentru consistența și modul de distribuire a hranei		0	0	0	0	0	0	0
17.	Răspunsuri negative pentru starea de curățenie a saloanelor și spațiilor conexe acestora (WC, etc)		0	0	0	0	0	0	0
18.	Răspunsuri negative pentru lenjeria de pat		0	0	0	0	0	0	0
19.	Sugestii și aprecieri privind condițiile de spitalizare sau relațiile cu personalul medical/auxiliar au făcut (%)		34	50	63	37	78	75	56,2
Nemulțumiți - 0%		nr.	0	0	0	0	0	0	0/155
Mulțumiți - 14,8%		nr.	2	2	5	5	5	5	23/155
Foarte mulțumiți - 85,2%		nr.	27	18	24	16	27	15	132/155

Chestionarul de satisfacție a angajaților

Chestionarul de satisfacție a salariaților și colaboratorilor Spitalului Orășenesc Hârșova este anonim și cuprinde următoarele întrebări:

1. Considerați atractivă activitatea dumneavoastră în spital?
2. Considerați că vă valorizați competențele și abilitățile la nivel maxim?
3. Ați făcut în ultimul timp propuneri de îmbunătățire a condițiilor de la locul de muncă?
4. Apreciați gradul de receptivitate al conducerii spitalului la propunerile făcute?
5. Vă cunoașteți perspectivele de promovare în spital?
6. Cum apreciați relația dvs. de comunicare cu șefii direcți?
7. Cum apreciați relația dvs. de comunicare cu conducerea spitalului?
8. Vă rugăm să apreciați relația de comunicare a conducerii cu dumneavoastră?
9. Aveți convingerea că așteptările șefilor direcți sunt cele corecte?
10. Cum apreciați politica de promovare a spitalului?
11. Considerați corespunzătoare condițiile de muncă actuale?
12. Apreciați nivelul de dotare cu echipamente și tehnică medicală a locului de muncă?
13. Apreciați amenajarea și starea de curățenie a spațiilor comune în care lucrați?
14. Instructajele făcute la locul de muncă vă sunt utile în activitate?
15. Considerați că sunteți informat/ă privind riscurile la care vă expuneți în activitate?
16. Apreciați eficacitatea măsurilor de protecție luate la locul de muncă?
17. Apreciați calitatea echipamentului de protecție oferit de spital?
18. Vă simțiți motivat în activitatea dumneavoastră profesională?
19. Cum apreciați nivelul satisfacției dumneavoastră că lucrați în acest spital?

Evaluarea satisfacției salariaților și colaboratorilor

Evaluarea satisfacției salariaților și a colaboratorilor spitalului s-a realizat pe baza chestionarului aplicat în luna iunie 2018 și la care au răspuns 9 medici, 31 asistenți medicali, 1 registrator medical, 20 infirmiere și 3 îngrijitoare, în total **64 de persoane**, **52 %** din numărul total al salariaților și colaboratorilor permanenți ai unității.

Chestionarele au fost distribuite și colectate conform metodologiei adoptate în acest sens iar concluziile rezultate din prezenta analiză vor ajuta conducerea clinicii pentru luarea celor mai adecvate măsuri pentru îmbunătățirea condițiilor încare sunt desfășurate activitățile societății.

Întrebările din chestionar au fost comune tuturor categoriilor de personal – medici, personal medical mediu (asistenți medicali și registratori medicali), personal auxiliar. Analiza va încerca să evidențieze, prin răspunsurile negative, problemele evidente, dacă există, pentru fiecare dintre categoriile de personal.

Situația sintetică a răspunsurilor evidențiază următoarele aspecte (valorile procentuale evidențiază raportul dintre numărul personalului în cauză și numărul total al categoriei din care face parte, fie că este colaborator sau salariat al societății: de exemplu, la întrebarea 1, cei 2 asistenți medicali nehotărâți reprezintă 17 % din totalul de 12 asistenți medicali.):

1. La întrebarea *„Considerați atractivă activitatea dumneavoastră în spital?”*, 2 asistenți medicali sunt nehotărâți.

2. La întrebarea *„Considerați că vă valorizați competențele și abilitățile la nivel maxim?”*, un medic și un asistent medical sunt nehotărâți.
3. La întrebarea *„Ați făcut propuneri de îmbunătățire a condițiilor de la locul de muncă?”*, 2 medici și 2 asistenți medicali dau răspunsuri negative.
4. La întrebarea *„Apreciați gradul de receptivitate al conducerii spitalului la propunerile făcute?”*, toate răspunsurile au fost pozitive.
5. La întrebarea *„Vă cunoașteți perspectivele de promovare în spital?”*, toate răspunsurile au fost pozitive.
6. La întrebarea *„Cum apreciați relația dumneavoastră de comunicare cu șefii direcți?”*, toate răspunsurile au fost pozitive.
7. La întrebarea *„Cum apreciați relația dumneavoastră de comunicare cu conducerea spitalului?”*, toate răspunsurile au fost pozitive.
8. Referitor la aspectul interogării asupra relației de comunicare dinspre conducere spre salariați, doar un asistent medical a dat un răspuns nehotărât.
9. La întrebarea *„Aveți convingerea că așteptările șefilor direcți sunt cele corecte?”*, 2 asistenți medicali exprimă nehotărâre.
10. La întrebarea *„Cum apreciați politica de promovare a spitalului?”*, toate răspunsurile au fost pozitive.
11. La întrebarea *„Considerați corespunzătoare condițiile de muncă actuale?”*, un asistent medical este nehotărât.
12. La solicitarea de apreciere a nivelului de dotare cu echipamente și tehnică medicală, toate răspunsurile au fost pozitive.
13. În mod identic, pozitive se prezintă și aprecierea față de modul de amenajare și menținere a a curățeniei în spațiile comune.
14. La întrebarea *„Instructajele făcute la locul de muncă vă sunt utile în activitate?”*, un medic se exprimă cu nehotărâre.
15. La întrebarea *„Considerați că sunteți informat/ă privind riscurile la care vă expuneți în activitate?”*, toate răspunsurile au fost pozitive.
16. Solicitați să-și spună părerea privind eficacitatea măsurilor de protecție luate la locul de muncă, toate categoriile de personal dau răspuns pozitiv.
17. În aceeași notă pozitivă sunt exprimate părerile și față de calitatea echipamentului de protecție oferit de clinică.
18. La întrebarea *„Vă simțiți motivat în activitatea dumneavoastră profesională?”*, un asistent medical și un personal auxiliar sunt nehotărâți.
19. Solicitați să-și exprime nivelul general de mulțumire sau satisfacție pentru faptul că lucrează în acest spital, toate categoriile de personal dau răspuns pozitiv.

Din totalul celor 64 de salariați / colaboratori care au acceptat să completeze acest chestionar, doar un asistent medical a făcut referiri la ceea ce ar dori să se schimbe sau să se îmbunătățească la locul de muncă.

Aprecierile făcute se referă la: lărgirea colectivului, o mai bună colaborare și să fie cât mai puține hârtii de completat pentru a avea mai mult timp pentru pacient.

Indicatori de eficiență si eficacitate.

Analiza indicatorilor de eficiență si eficacitate ai procedurilor prevăzuți în reglementările aprobate și implementate se va realiza la începutul fiecărui an pentru anul anterior, după finalizarea perioadei prevăzută spre a fi analizată.

Analizele indicatorilor se vor realiza de către fiecarecompartiment în parte și vor fi înaintate conducerii spitalului înspre analiză.

Recomandăm realizarea acestor analize pe formulare-tip, care să ușureze munca angajaților și să transforme aceste activități în rutină.

Centralizator indicatori proceduri operaționale/ de sistem (model-exemplu)

PROCEDURA/INDICATORUL	VALOAREA PROPUSĂ/ ACCEPTATĂ	VALOAREA REALIZATĂ
PO-MED-003-Procedura privind Manualul recoltării		
nr. probe recoltate neconform/an	0	0
nr. probe transportate necorespunzător	0	0
nr. probe neidentificabile	0	0
nr. probe pentru care s-a depășit timpul de la prelevare până la analizare	0	0

CAPITOLUL V
PLAN DE ACTIVITĂȚI

Politici si strategii active de atragere de fonduri externe

1) recompensarea angajaților care identifică oportunitățile, condițiile accesării fondurilor europene;
2) încurajarea întregului personal angajat al spitalului de a participa activ la analizarea periodică a surselor de finanțare europeană ce presupune implementarea proiectelor în sectorul de activitate din care face parte;
3) evaluarea periodică a posibilelor surse de finanțare de către conducerea spitalului;
4) promovarea intensivă a relațiilor cu autoritățile publice cu competență în gestionarea atragerii fondurilor europene;
5) realizarea unor parteneriate şi colaborări cu parteneri pentru coordonarea elaborării proiectelor necesare spitalului.

Politici de promovare a serviciilor medicale furnizate

Procesul de promovare a sănătăţii prin diseminarea de mesaje prin intermediul mass-media, a canalelor interpersonale sau a evenimentelor poate include activităţi diverse precum interacţiunea clinician-pacient, cursuri, grupuri de suport, transmiterea de materiale prin poştă, linii telefonice tip call-center, campanii mass media sau evenimente. Eforturile pot fi direcţionate către indivizi, reţele, grupuri, organizaţii, comunităţi şi au ca scop:

a) Determinarea unei schimbări susţinute în care un individ adoptă şi menţine un nou comportament sănătos sau o organizaţie adoptă şi menţine o direcţie nouă de politică;
b) Depăşirea unei bariere sau a unei probleme sistemice în calea accesului la îngrijiri.

Servicii hoteliere

Poate cel mai puternic impact asupra satisfacţiei pacienţilor care beneficiază de serviciile spitalului, este dat de calitatea serviciilor hotelier şi calitatea alimentaţiei oferite. Condiţiile de cazare şi masă trebuie aduse la standardele europene în vederea asigurării unor servicii spitaliceşti de calitate atât în ceea ce priveşte serviciul medical, cât şi cel hotelier. În acest sens, echipa managerială şi-a propus: îmbunătăţirea condițiilor actuale, identificarea posibilităților de creștere a condițiilor de confort ce pot fi asigurate pacienților, diversificarea acestora.

Indicatori:

a) Fondurile obţinute pentru serviciile hoteliere;
b) Număr de pacienţi care au solicitat servicii hoteliere suplimentare plătite în unitate de timp;
c) Număr de pacienţi satisfăcuţi de condiţiile hoteliere din total pacienţi chestionati în unitate de timp;

Demersuri pentru înscrierea în programe naţionale de sănătate

Se vor defini echipe pe specialităţi, care va urmări reglementările și oportunitățile stabilite de Ministerul Sănătăţii, privind înscrierea în programele naţionale de sănătate, cu prioritate în cadrul afecțiunilor diabeticilor.

Analiza privind calitatea serviciilor medicale furnizate pacienţilor

Serviciile medicale au caracteristici aparte - nu pot fi testate înainte de beneficiari, variază de la un furnizor la altul, producerea şi consumul lor sunt concomitente, se adresează unor clienţi cu nevoi şi pretenţii ce variază larg, sunt influenţate de finanţe, tehnologie si ştiinţa medicală.

De aceea, trebuie sa existe obligatoriu compartimente care să stabilească şi să impună cel puţin standardele minime sub care să nu poată exista posibilitatea furnizării acestora.

Cercetătorii din domeniul medical au ajuns la un consens cu privire la modul de definire a calităţii îngrijirilor medicale, afirmând că pentru a dezvolta o definiţie utilă este necesară enumerarea tuturor elementelor implicate în obţinerea satisfacţiei pacientului: □

- *latura tehnică a îngrijirilor de sănătate* – se referă la acurateţea procesului de diagnostic şi de tratament, iar calitatea sa este evaluată prin comparaţie cu cel mai bun act medical practicat la un moment dat (benchmarking); □
- *latura interpersonală a îngrijirilor de sănătate* – este reprezentată de elementele umaniste ale îngrijirilor de sănătate şi de relaţiile sociale şi psihologice stabilite între pacient şi furnizorul de servicii sanitare, concretizate precum şi explicaţiile cu privire la boală şi tratament şi informaţiile primite de furnizor de la pacientul său; □
- *accesibilitatea* – se referă la timpul de aşteptare al pacientului pentru a face o programare; □
- *disponibilitatea resurselor pentru îngrijirile de sănătate* – numărul furnizorilor de îngrijiri de sănătate; □
- *continuitatea îngrijirilor de sănătate* – contribuie la obţinerea unui beneficiu maxim sau a unei utilizări maximale a resurselor.

În acest context este de precizat faptul că la nivelul spitalului există o preocupare deosebită față de condițiile asigurării celor mai înalte standarde de calitate a serviciilor medicale oferite în spital, sens în care continuitatea îngrijirilor de sănătate și după externare constituie un obiectiv al managementului. De asemenea, în cadrul experienței acumulate de cadrele medicale ale spitalului, cu referire la patologia constatată, diversificarea serviciilor medicale calificate se evidențiază ca o necesitate care nu este foarte bine reprezentată în planurile serviciilor medicale oferite atât de spitale publice, cât și private, sens în care se organizează înființarea si extinderea secțiilor cu adresabilitate (ex. compartiment urologie, compartiment de diabet, nutriţie şi boli metabolice).

Prin creșterea numărului specialităților medicale aferente spitalzării de zi crește gradul de accesibilitate a pacienților la serviciile medicale furnizate de spital. Solicitarea serviciilor medicale de către pacienți din localitățile vecine, chiar și în condițiile unei rețele de furnizori de servicii de sănătate foarte dezvoltată în județ, a fost indicatorul de calitate a serviciilor medicale furnizate de spital și argumentul dezvoltării teritoriale a spitalului.

Urmare a unei analize fundamentate pe baza unui studiu de piață cantitativ și calitativ, precum și a tendinței de adresabilitate a pacienților se pot iniția demersurile în vederea deschiderii unor noi compartimente si extinderea consultaţiilor în ambulatoriul de specialitate si a spitalizării de zi, spre a mări numărul posibililor pacienți si a reduce costurile de spitalizare.

Cheltuielile de personal și cheltuielile cu bunuri si servicii au ponderea cea mai mare în cadrul cheltuielilor spitalului, fiind susținute de necesitatea atragerii și motivării personalului spitalului, fără însă a reduce importanța cheltuielilor cu bunurii și servicii de strictă necesitate medicală.

Complementar analizei interne, o importanţă deosebită o are analiza şi avizul forurilor tutelare (Consiliul Local Hârşova, Ministerul Sănătăţii, Direcţia de Sănătate Publică Constanţa, Casa de Asigurări de Sănătate Constanţa) în găsirea căilor comune de rezolvare a strategiei propuse. Aceste puncte de vedere acoperă o serie de aspecte precum:

1) Politica de dezvoltare în cadrul Ministerului Sănătăţii;
2) Necesităţile populaţiei deservite;
3) Dezvoltarea serviciilor de sănătate la nivel local, regional şi naţional;
4) Legislaţia sanitară.

Analiza factorilor externi relevă o serie schimbări cu impact major asupra tendinţei de dezvoltare a serviciilor de sănătate. Aceştia includ o serie de legi şi rapoarte naţionale ale sistemului naţional de sănătate.

Dezvoltarea planului de implementare. Procese pentru implementarea strategiei.

Conducerea spitalului are responsabilitatea de a implementa această strategie. Planul de implementare va fi folosit pentru a urmări evoluţia şi pentru a permite atingerea obiectivelor strategiei.

Grupul de implementare a strategiei (în special Comitetul Director) va analiza progresele realizate anual.

Strategia stabileşte o direcţie ambiţioasă pentru spitalul nostru.

Pentru a putea fi implementată eficient şi cu succes, am identificat o serie de factori esenţiali pentru implementarea acestei strategii:

Comunicarea intraspitalicească

Comunicarea eficientă este esenţială pentru succesul implementării acestei strategii. Dezvoltarea unei strategii de comunicare eficientă trebuie să înceapă de la nivelul conducerii şi trebuie să includă fiecare membru al personalului. Comunicarea de la nivelul managerului spitalului este vitală pentru a asigura că strategia este transparentă şi comunicată tuturor membrilor personalului din spital; clarifică rolul şi responsabilităţilor persoanelor menţionate în planul de implementare.

Timp şi efort

Punerea în aplicare şi dezvoltarea acţiunilor menţionate în planul de implementare vor necesita timp şi efort semnificativ din partea personalului spitalului şi din partea conducerii. Credem că va fi necesară crearea a multiple grupuri de lucru pentru a împărţi sarcinile de lucru.

Resurse umane şi de management

Vor trebui identificate resursele umane pentru a susţine conducerea spitalului şi personalul clinic în implementarea acestui plan strategic. Vor fi necesare resurse de management dedicate pentru a conduce şi coordona activităţile variate legate de această strategie.

Resurse materiale

Majoritatea acţiunilor precizate depind vital de fonduri adecvate, de venituri, de capital şi uneori de ambele. De aceea, gradul în care acţiunile vor fi implementate şi timpul necesar pentru această implementare va fi determinat în mare măsură de fondurile disponibile.

Monitorizarea planului de implementare

Comitetul Director al spitalului va fi responsabil de monitorizarea progresului obiectivelor şi acţiunilor strategice. Pentru fiecare acţiune va fi numită o anumită persoană, care va fi responsabilă pentru:

- progresul acţiunii;
- şedinţe pentru a discuta evoluţia acţiunii;
- garantarea finalizării acţiunii în intervalul de timp stabilit.

La fiecare 3 luni, responsabilul strategiei va realiza un raport al stării obiectivului strategic.

- Se vor identifica indicatori ai performanţei generale a spitalului, în legătură cu obiectivele strategice, care vor juca un rol important în menţinerea concentrării atenţiei asupra progresului şi performanţei. □
- Se vor identifica căi suplimentare de furnizare şi extindere a serviciilor prin monitorizarea şi evaluarea performanţei financiare. □
- Se vor face recomandări pentru utilizarea judicioasă a fondurilor.
- Se va dezvolta sistemului pentru monitorizare şi evaluarea performanţei financiare.
- Se va stimula permanent personalul pentru a fi inovativ în identificarea căilor de a furnizare de servicii de calitate cât mai eficiente în raport cu costurile. □
- Se va dezvolta un sistem de recompensare pentru personalul care identifică oportunităţi legate utilizarea judicioasă a fondurilor. □
- Se va dezvolta un sistem de costuri per pacient bazat pe resurse şi consum, introducerea de taxe pentru anumite servicii. □
- Se va dezvolta un sistem care să compare cheltuielile per pacient cu media pe departament/compartiment/spital (exbuget). □
- Se va pune în funcţiune mecanismul potrivit pentru a obţine un buget per spital adaptat la activitate şi servicii medicale, dar şi la planurile de extindere şi dezvoltare.

PLANUL DE IMPLEMENTARE se va proiecta anual şi va cuprinde atât acţiunile planificate pentru anul în curs cât şi echipa de implementare (persoane responsabile de fiecare activitate, nominal, cu un lider de echipa) ca şi perioada de realizare prezentată în **graficul Gantt.**

ÎNCADRARE ÎN TIMP – GRAFIC GANTT
Eşalonarea obiectivelor strategice în timp

ACTIVITĂŢI	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Planificarea, extinderea şi organizarea serviciilor în conformitate cu standardele europene						
Implementarea standardelor europene de practică medicală						
Dezvoltarea unui proces de feedback cu pacienţii						
Asigurarea satisfacţiei pacienților						
Implementarea sistemului de management al calităţii in spital						
Acreditarea spitalului de către Autoritatea Naţională de Management al Calităţii în Sănătate						
Extinderea şi informatizarea serviciilor spitalicesti						
Acoperirea cu personal de specialitate a posturilor vacante sau a posturilor create spre a asigura buna desfășurare a activității spitalului						
Creșterea calității serviciilor hoteliere						
Promovarea serviciilor de sănătate						
Dezvoltarea paginii de internet, organizarea de conferințe, manifestări periodice etc.						
Implementarea ghidurilor de practică elaborate de Ministerul Sănătăţii ca recomandări şi elaborarea unor protocoale terapeutice proprii spitalului pentru afecţiunile specifice						

SPITALUL ORĂȘENESC HÂRȘOVA
str. Vadului, nr. 76, Hârșova, jud. Constanța
tel/fax: **0241/870.208** // e-mail: secretariat@spitalharsova.ro
www.spitalharsova.ro
Operator de date cu caracter personal

EVALUAREA ÎNDEPLINIRII OBIECTIVELOR

Obiectiv strategic	Obiectiv general	Obiectiv specific	Evaluarea îndeplinire obiective		
			Periodicitate	Înregistrare	Responsabil
Obiectiv strategic I	Dezvoltarea spitalului din punctul de vedere al gamei de servicii şi/sau activităţi ce pot fi derulate in spital	Cresterea numărului de specialităţi medicale	Anual	PV CD	Administrator
		Cresterea numărului tipuri de activităţi	Anual	PV CD	Administrator
		Autorizarea de noi specialităţi medicale	Anual	PV CD	Administrator
		Implementarea standardului ISO 9001/2008	Anual	PV CD	Administrator
Obiectiv strategic II	Asigurarea unei îngrijri corecte si adecvate	Indicele de concordanţă între diagnosticul la internare şi cel de externare	Lunar	Raport statistică	Statistică, şefi sectii
		Indicele de complexitate a cazurilor	Lunar	Raport statistică	Statistică, şefi sectii
		Număr de FOCG/FSZ cu complicaţii/ comorbiditati consemnate	Lunar	Raport statistică	Statistică, şefi sectii
		Ponderea pacienţilor care se declară multumiţi si foarte multumiţi de serviciile medicale primite	Semestrial	Raport calitate	SMC
	Asigurarea disponibilităţii serviciilor din punct de vedere al volumului şi al gamei de servicii necesare	Numărul de bolnavi externaţi	Lunar	Raport statistică	Statistică
		Numărul de pacienţi din ambulator	Lunar	Raport statistică	Statistică
		Numărul de specialităţi	trimestrial	Raport calitate	SMC

		acoperite in ambulator			
		Numărul de specialităţi acoperite in spital	trimestrial	Raport calitate	SMC
	Asigurarea continuitatii îngrijirilor	Procent bolnavi internaţi cu bilet de trimitere din total internari	Lunar	Raport statistică	Statistică
		Număr consultaţii în ambulatoriu	Lunar	Raport statistică	Statistică
		număr de pacienţi care primesc recomandare de îngrijri la domiciliu dintre cei cu comorbiditati	Lunar	Raport statistică	Statistică
	Cresterea eficacităţii serviciilor medicale	Rata mortalităţii intraspitaliceşti	Lunar	Raport statistică	Statistică
		Procent bolnavi transferaţi la alt spital din total internări	Lunar	Raport statistică	Director medical
		Număr de protocoale de diagnostic şi tratament adoptate	Semestrial	Raport calitate	SMC şefi sectii
		Ponderea pacienţilor ameliorati în totalul celor externaţi	Lunar	Raport statistică	Statistică
	Cresterea eficienţei serviciilor medicale	Durata medie de spitalizare	Lunar	Raport statistică	Statistică
		Rata se utilizare a paturilor	Lunar	Raport statistică	Statistică
		Procent bolnavi cu intervenţii chirurgicale din total externaţi sectii chirurgicale	Lunar	Raport statistică	Statistică

		Procent bolnavi cu programare din total internaţi	Lunar	Raport statistică	Statistică
		Procent urgenţe din total internaţi	Lunar	Raport statistică	Statistică
		Proportie spitalizare zi din total servicii	Lunar	Raport statistică	Statistică
	Asigurarea unui tratament echitabil pentru pacienţi	Număr reclamaţii referitoare la cazuri de discriminare	Semestrial	Raport calitate	Şefi sectii
	Asigurarea unor servicii medicale bazate pe dovezi ştiinţifice	Număr de ghiduri de diagnostic şi tratament utilizate	Semestrial	Raport calitate	Şefi sectii
	Asigurarea unei îngrijri a sănătăţii având pacientul în centrul atenţiei	Număr de reclamaţii/ plângeri înregistrate	Semestrial	Raport calitate	Şefi sectii
	îmbunătăţirea implicării pacientului	Număr de FOCG/FSZ cu refuzuri ale recomandărilor medicale consemnate în consimţământul informat FOCG/FSZ	Lunar	Raport statistică	Statistică
	Depistarea precoce și controlul infecțiilor asociate asistenţei medicale	Număr de evenimente adverse/complicaţii/efecte secundare înregistrate	Lunar	Raport statistică	Statistică
	Asigurarea unor servicii accesibile de îngrijire a sănătăţii	Media timpului de aşteptare a pacienţilor	Semestrial	Raport calitate	Şefi sectii
Obiectiv strategic III	Conformarea cu cerinţele privind managementul calităţii	Confirmare prin audit intern	Semestrial	Raport calitate	SMC
		Confirmare prin certificat	Anual	Certificat conformi	Şefi sectii

				tate	
	Conformarea cu cerinţele privind managementul controlului intern	Confirmare prin audit intern	Semestrial	Raport calitate	SMC
		Confirmare prin Constatări inspecţie	Anual	Raport inspecţie	SMC
	Conformarea cu cerinţele privind acreditarea spitalelor	Confirmare prin audit intern	Semestrial	Raport calitate	SMC
		Confirmare prin acreditare	Anual	Certificat ANMCS	SMC
Obiectiv strategic IV	Asigurarea personalului competent corespunzător necesităţilor	Proporţie medici din total personal	trimestrial	Raport responsabil RU	responsabil RU
		Proporţie personal medical din total personal	trimestrial	Raport responsabil RU	responsabil RU
		Proporţie medici din total personal medical	trimestrial	Raport responsabil RU	responsabil RU
	Asigurarea perfecţionării continue a personalului	Număr mediu ore instruire/ angajat/an	trimestrial	Raport responsabil RU	responsabil RU
		Număr tematici instruire planificate	trimestrial	Raport responsabil RU	responsabil RU
		Număr instruiri privind efecturea curăţeniei şi dezinfecţiei	trimestrial	Raport responsabil RU	responsabil RU
		Număr instruiri privind prevenirea infecţiilor asociate asistenţei medicale	trimestrial	Raport responsabil RU	responsabil RU
		Număr instruiri privind resuscitarea cardio-respiratorie	trimestrial	Raport responsabil RU	responsabil RU
		Număr instruiri privind	trimestrial	Raport responsa	responsabil RU

		asigurarea confidenţialităţii datelor		bil RU	
		Calificativ mediu obţinut la evaluare	trimestrial	Raport responsa bil RU	responsabil RU
	Utilizarea eficientă a personalului	Număr mediu bolnavi externaţi pe medic	Lunar	Raport statistică	responsabil RU
		Număr mediu bolnavi externaţi pe asistentă	Lunar	Raport statistică	responsabil RU
		Număr mediu consultaţii pe medic în ambulatoriu	Lunar	Raport statistică	responsabil RU
Obiectiv strategic V	Asigurarea echilibrului bugetar	Execuţie bugetară faţă de bugetul de cheltuieli aprobat	Lunar	Raport Financiar	Director economic
		Nivel excedent / pierdere	Lunar	Raport Financiar	Director economic
		Grad îndeplinire prevederi bugetare referitoare la venituri	Lunar	Raport Financiar	Director economic
		Grad îndeplinire prevederi bugetare referitoare la cheltuieli	Lunar	Raport Financiar	Director economic
	Distribuţia echilibrată a resurselor financiare	Procent cheltuieli personal din total cheltuieli	Lunar	Raport Financiar	Director economic
		Procent cheltuieli medicamente din total cheltuieli	Lunar	Raport Financiar	Director economic
		Procent cheltuieli materiale sanitare din total cheltuieli	Lunar	Raport Financiar	Director economic

		Procent cheltuieli de capital din total cheltuieli	Lunar	Raport Financiar	Director economic
	Folosirea eficientă a resurselor financiare	Cost mediu / zi spitalizare	Lunar	Raport Financiar	Director economic
	Atragerea de resurse	Ponderea veniturilor din servicii medicale cu plată în total venituri	Lunar	Raport Financiar	Director economic
		Ponderea veniturilor din sponsorizari în total venituri	Lunar	Raport Financiar	Director economic
		Ponderea veniturilor din donaţii în total venituri	Lunar	Raport Financiar	Director economic
		Ponderea veniturilor din fonduri europene în total venituri	Anual	Raport Financiar	Director economic
Obiectiv strategic VI	Îmbunătăţirea condiţiilor din locaţii	Volum lucrări de întreţinere şi reparare spaţii şi instalaţii	Lunar	Raport Financiar	Director economic
		Volum lucrări de reamenajare	Lunar	Raport Financiar	Director economic
	Îmbunătăţirea dotării cu echipament şi disponibilităţii acestuia	Coeficient mediu de disponibilitate	Semestrial	PV CD	Administrator
		Volum lucrări de întreţinere şi reparare echipament	Semestrial	Raport Financiar	Director economic
		Pondere în total echipament a echipamentului nou raportată la buget,	Anual	Raport Financiar	Director economic

	Îmbunătăţirea asigurării de utilităţi	Timp de restaurare furnizare de energie, apă, căldură	Anul	PV CD	Administrator

Consultarea Consiliului de Administraţie şi aprobarea strategiei de către Consiliul Local.

Acest plan strategic a fost elaborat prin consultarea şefilor / coordonatorilor de compartimente şi a fost prezentat pentru consultare şi aprobare Comitetului Director, Consiliului de Administraţie a Spitalului Orăşenesc Hârşova şi Consiliului Local al oraşului Hârşova.

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

- Este abia iniţiată şi este departe de a fi perfectă;
- Reflectă dezvoltarea noastră organizaţională la un nivel superior în cadrul spitalului, intenţia de a crea o bază pentru a susţine gândirea strategică şi a dezvolta capacităţile noastre manageriale;
- Delimitează clar priorităţile spitalului pentru următorii 10 ani, în concordanţă cu serviciile regionale şi specificul naţional;
- Recunoaşte importanţa spitalului pentru asigurarea serviciilor medicale
- Ia în calcul modificările mediului extern la nivel local, regional şi naţional (obiective care necesita ajustări sau modificări - revizuirea şi actualizarea continuă a procedurilor de lucru, a deciziilor, etc.);
- Recunoaşte rolul cheie pe care personalul îl joacă în succesele noastre viitoare, identifică şi rezolvă majoritatea problemelor de resurse umane cu care se confruntă spitalul nostru în prezent.

Comitetul Director conduce implementarea acestui plan, răspunde de evaluarea periodică conform planificărilor şi urmăreşte activitatea structurilor funcţionale cu privire la analiza indicatorilor de îndeplinire a obiectivelor prezentului plan.

Rezultate aşteptate

În urma îndeplinirii obiectivelor propuse se așteaptă a se obține următoarele rezultate și efecte pozitive:

- Creșterea nivelului de satisfacție al pacienților și aparținătorilor;
- Creșterea calității actului medical;
- Creșterea nivelului de confort al pacientului internat;
- Scăderea raportului cheltuieli/venituri prin creșterea adresabilității pacienților și implicit a veniturilor;
- Motivarea și fidelizarea personalului angajat și a medicilor colaboratori;
- Creșterea continuă a gradului de profesionalism pe toate nivelele de activitate
- Monitorizarea procesului de implementare al planului strategic.

Comitetul Director are responsabilitatea de a monitoriza progresul înregistrat în procesul de îndeplinire a obiectivelor, activităților și sub-activităților cuprinse în prezentul plan strategic. Aceasta se va realiza prin evaluări de etapă, cu scopul de a sesiza o eventuală necesitate a intensificării eforturilor de îndeplinire a activităților propuse.

Acest plan de implementare a obiectivelor strategice reprezintă un document de lucru care va fi actualizat ori de câte ori va fi necesar.

Strategia echipei manageriale reflectă dezvoltarea organizațională la un nivel superior în cadrul spitalului și intenția de a crea o bază pentru a susține gândirea strategică și a dezvolta capacitățile manageriale, delimitează clar prioritățile spitalului pentru următorii ani, în concordanță cu serviciile regionale și specificul național, recunoaște importanța spitalului pentru asigurarea serviciilor de sănătate, ia în calcul modificările mediului la nivel local-regional, recunoaște rolul cheie al personalului în obținerea succeselor viitoare, identifică și rezolvă în măsura posibilităților problemele de resurse umane cu care se confruntă spitalul.

ELABORAT