

Consiliul Judetean Arges

Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni

Str. Coloniei, Nr.106, Judet Arges

Telefon: 0248/653694; Fax:0248/653690

# **PLANUL DE MANAGEMENT**

al  
Spitalului de Pneumoftiziologie Leordeni  
pentru anii 2020- 2023

**Avizat**

Presedinte Consiliul de Administratie



Manager

Ec. Clipici Marian



## CUPRINS

A. Descrierea situatiei actuale a Spitalului Leordeni	pag.3
A.1. Evaluarea mediului extern	Pag.3
A.2. Evaluare mediului intern	pag.3
B. Analiza SWOT	pag.4
C. Identificarea problemelor critice	pag.5
D. Selecarea problemei prioritare	pag.5
E. Dezvoltarea planului de management pentru problema prioritara identificata	pag.5
E.1. Scopul	pag.6
E.2. Obiective- Activitati	pag.6
E.3. Rezultate asteptate	pag.11
E.4. Indicatoride performanta ai activitatii managerului	pag.11

## A. Descrierea situatiei actuale a Spitalului Leordeni

Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni este situat in comuna Leordeni, strada Coloniei, nr.106, judetul Arges, telefon/fax:0248.653.695 | 653.690, e-mail:contact@spitalleordeni.ro.

Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni, este unitate sanitara cu paturi, cu personalitate juridica, spital de monospecialitate (pneumoftiziologie), categoria V, conform Ord.M.S. nr.17641 /2006 privind aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor, Spitalul asigura asistenta medicala de specialitate pentru populatia judetului Arges, preponderent zona de sud si centru, dar si din judetele limitrofe (DB, TR, VL), prin spitalizare continua, spitalizare de zi, ambulatoriu integrat de pneumologie, linie de garda, dirp.rru. TBC, laborator de analize medicale.

### A.1 Evaluarea mediului extern

În exercitarea atribuțiilor sale, Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni colaborează pe de o parte cu Consiliul Județean Arges, Ministerul Sănătății, Direcția de Sănătate Publică Argeș și Casa de Asigurări de Sănătate Argeș, iar pe de altă parte cu societatea civilă prin pacienții și partinerii acestora.

Fiind un spital de monospecialitate, potrivit profilului specific de activitate, in conformitate cu prevederile legale in domeniu, Spitalul furnizeaza servicii medicale de diagnostic si tratament al afectiunilor pulmonare, asigura conditii de investigatii medicale, tratament, cazare, igiena, alimentatie si de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sanatatii publice.

Functioneaza tn subordinea Consiliului Judetean Arges, pe baza principiilor prevazute in Legea nr.951 / 2006, privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare.

Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni, asigura servicii medicale in specialitatea pneumoftiziologie prin spitalizare continua, spitalizare de zi din septembrie 2015, ambulatoriu integrat si linie de garda.

### A. 2 Evaluarea mediului intern

Spitalul dispune de o Structura organizatorica in conformitate cu Dispozitie Consiliului Judetean Arges nr.486/07.09.2011, completata prin Dispozitia nr.317/01.09.2016 :

- Sectia de pneumologie I, cu 49 de paturi, dintre care 33 paturi tuberculoza, acorda servicii de diagnostic si tratament pentru pacientii cu afectiuni pulmonare;
- Sectia de pneumologie II, cu 47 paturi, dintre care 32 paturi tuberculoza, acorda servicii de diagnostic si tratament pentru pacientii cu afectiuni pulmonare;
- Spitalizare de zi, cu 8 paturi
- Farmacie
- Laborator radiologie si imagistica medicala
- Laborator analize medicale
- Compartiment explorari functionale respiratorii
- Compartiment de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale
- Compartiment de evaluare si statistica medicala
- Dispensarul TBC- Laborator BK
- Ambulatoriu integrat cu cabinet in specialitatea ; -pneumologie
- Aparat functional

**B. Analiza SWOT**

Puncte tari	Puncte slabe
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Principala valoare a Spitalului de Pneumoftiziologie Leordeni personalul bine pregatit este cheia rezultatelor bune obtinute de spital.</li> <li>2. Spital modern care asigura diagnostic, tratament si monitorizare pentru pacientii din judetul Arges si zonele limitrofe;</li> <li>3. Ambulatoriu integrat de pneumologie, spitalizare continua si de zi</li> <li>4. Comunicare simpla, clara si directa intre echipa de conducere si personalul medical si administrativ, care asigura stabilitatea organizatiei;</li> <li>5. Certificare conform ISO 9001: 2015 a Sistemului de Management al Calitatii</li> <li>6. Controlul intern managerial conform OSGG 600/2018.</li> <li>7. Informatizarea tuturor sectoarelor de activitate ale spitalului cu posibilitatea evaluarii si gestionarii datelor medicale si al resurselor umane, materiale si financiare la zi;</li> <li>8. Adresabilitate si accesabilitate crescuta ;</li> <li>9. Aprovizionare fluenta cu medicamente si materiale sanitare ;</li> <li>10. Conditii hoteliere decente (dotare cu paturi noi, mobilier nou, grupuri sanitare, saloane si holuri igienizate recent) ;</li> <li>11. Amplasare potrivita si ambient placut (spatii verzi, parc, etc.)</li> <li>12. Respectarea drepturilor pacientilor, reliefata prin cresterea gradului de satisfactie a acestora;</li> <li>13. Laborator de Bacteriologie nivel III, tip regional</li> <li>14. Circuite functionale corespunzatoare;</li> <li>15. Spitalul nu are arierate;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Finantarea insuficienta in raport cu nevoile de functionare si dezvoltare a spitalului;</li> <li>2. Spatiu insuficient pentru extinderea, diversificarea activitatilor in ambulatoriu integrat;</li> <li>3. Spatii insuficiente, inadecvate pentru personalul administrativ (actualmente functi oneaza in aceeasi cladire cu laboratoarele de analize medicale);</li> <li>4. Colaborarea slaba cu medicii de familie pentru supravegherea si administrarea tratamentului antituberculos in faza de continuare</li> <li>5. Curtea interioara, gardul, garajul, atelierul pentru muncitori, parcul, aleile spitalului necesita reparatii;</li> <li>6. Reducerea numarului de paturi contractate cu C.A.J.S. Arges fata de numarul de paturi ale spitalului;</li> <li>7. Finantarea necorespunzatoare din partea C.A.S. fata de serviciile realizate de spital</li> <li>8. Dotare cu aparatura medicala. Chiar daca in ultimul timp a fost achizitionata aparatura moderna, este important sa fie inlocuita toata aparatura invecinata existenta la nivelul Spitalului pentru stabilirea unui diagnostic cat mai corect intr-un timp cat mai scurt.</li> </ol>
Oportunitati	Amenintari
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colaborarea stransa cu Consiliul Judetean Arges, proprietar si administrator al spitalului care a asigurat o finantare semnificativa pentru functionarea optima si modernizarea spitalului</li> <li>2. Colaborare buna cu Directia de Sănătate Publică Arges și Casa de Asigurări de Sănătate Arges;</li> <li>3. Derularea Programului National de Prevenire, Supraveghere si Control al Tuberculozei, cu fonduri de la Ministerul Sanatatii</li> <li>4. Obtinerea de sponsorizari din partea firmelor private poate asigura fonduri suplimentare pentru amenajarea unor spatii sau pentru dotarea cu aparatura medicala moderna sau biotica a spitalului.</li> <li>5. Ambient confortabil pentru pacienti.</li> <li>Atitudinea calda si deschisa a personalului, dar si parcul spitalului ofera pacientilor linistea si relaxarea</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relatia cu C.J.A.S Arges poate reprezenta cele mai multe pericole, cel mai mare fiind reducerea finantarii. Aceasta poate lua mai multe forme: reducerea numarului de servicii contractate, nefinantarea unor servicii, reducerea tarifelor la serviciile contractate.</li> <li>2. Concurenta sectiilor de boli interne pentru patologia netuberculoasa si a celorlalte spitale de aceeasi specialitate din judet;</li> <li>3. Concurenta spitalelor private au efect negativ din mai multe puncte de vedere: -migrarea fondurilor C. J.A.Ag catre furnizorii privati ; -reducerea numarului de pacienti si implicit scaderea veniturilor spitalului;</li> <li>4. Diminuarea veniturilor populatiei, nivelul de trai scazut, cresterea somajului determina cresterea riscului de imbolnavire.</li> <li>5. Instabilitatea legislativa;</li> </ol>

### C. Identificarea problemelor critice

Principalele directii de dezvoltare ale Spitalului de Pneumoftiziologie Leordeni, sunt date de punctele slabe identificate in raport cu mediul intern al organizatiei, in stransa legatura cu oportunitatile si amenintarile identificate in mediul extern.

Scopul este acela de a elabora si implementa un program complex de imbunatatire a activitatii spitalului in sensul mentinerii pozitiei de top intre unitatile spitalicesti.

In acest sens, urmarim sa fim:

- un spital dotat cu personal competent orientat spre pacient
- sa avem o dotare materiala (aparatura medicala, medicamente, etc) corespunzatoare pentru diagnostic si tratament
- sa mentinem si sa formam o infrastruktura moderna care sa asigure siguranta si confortul
- diversificarea serviciilor medicale oferite comunitatii

### D. Selectarea problemei prioritare

Problema prioritara o reprezinta reorganizarea structurii spitalului prin infiintarea unui compartiment de cronici, a unui compartiment de recuperare medicala respiratorie precum si a unei saline artificiale pentru imbunatatirea alocarii resurselor, modernizarea infrastructurii si crearea unui mediu optim de asistenta medicala, imbunatatirea calitatii serviciilor medicale, atragerea de noi surse in vederea imbunatatirii calitatii ingrijirilor.

Managementul unui spital public ocupa un loc aparte, ce presupune gestionarea unor activitati complexe, cu un consum mare de resurse, care sa conduca la serviciile de sanatate de o calitate inalta. Aceste activitati incep cu ingrijirile medicale acordate pacientilor (activitatea clinica) si continua cu serviciile hoteliere (cazare, hrana), gestionarea eficienta a stocurilor (medicamente, reactivi de laborator, materiale sanitare, etc) si a resurselor financiare extrem de limitate, dar si strategic de imbunatatire a calitatii actului medical (pregatire profesionala, investitii in aparatura medicala performanta, standarde de management a calitatii). De aceea, managementul unui spital se bazeaza in actul de conducere pe decizii luate pornind de la o buna cunoastere a factorilor interni si externi, care ar putea influenta activitatea desfasurata si obiectivele strategice.

### E. Dezvoltarea planului de management pentru problema prioritara identificata

Directii de activitate

- Cresterea accesibilitatii la serviciile medicale
- Realizarea efectiva a accesului egal al cetatenilor la ingrijirile sanitare de baza,
- Cresterea calitatii vietii, prin imbunatatirea calitatii si performantei actului medical

Situatia actuala: Starea de sanatate a populatiei este determinata de accesul la sanatate, pe de o parte, si de accesul la servicii de sanatate, pe de alta parte.

Accesul la sanatate depinde intr-o mare masura de factori externi sistemului de sanatate:

factori genetici, factori de mediu, factori de dezvoltare economica, factori socio-culturali. Accesul la ingrijiri de sanatate este influentat aproape in totalitate de organizarea sistemului sanitar.

**E. 1. Scop**

Ridicarea standardelor serviciilor oferite si imbunatatirea performantei spitalului prin oferirea serviciilor medicale de calitate, cu promptitudine, in climat de siguranta, incredere, flexibilitate.

**E. 2. Obiective -Activitati**

I. Dezvoltarea spitalului din punct de vedere al gamei de servicii si/sau activitati ce pot fi dezvoltate in spital.

II. Lucrari de constructie cladire pentru personalul administrativ (cladire birouri) cu folosirea spatiilor disponibili zate pentru activitati medicale.

III. Imbunatatirea calitatii serviciilor hoteliere prin continuarea lucrarilor de reamenajare, reabilitare a spitalului.

IV. Lucrari de modernizare si dotare cu aparatura si echipamente medicale in cadrul Laboratorului de analize medicale si BK.

V. Lucrari de modernizare, reabilitare si dotare cu echipamente medicale in cadrul Dispensarului TBC Topoloveni.

VI. Diminuarea costurilor si cresterea veniturilor in vederea maximizarii rezultatului financiar.

VII. Implementarea unui sistem de control managerial intern, mentinerea/recertificarea intregii activitati a spitalului conform standardelor de calitate ISO 90012015 si ISO 1518912007, cresterea gradului de acreditare conform cerintelor ANMCS pentru ciclu II de acreditare.

VIII. Supravegherea si controlul infectiilor asociate asistentei medicale spitalicesti.

**a)Obiective pe termen scurt****A1.Implementarea procedurilor de lucru, a protocoalelor terapeutice si a ghidurilor de practica.**

Activitati	Responsabil	Termen
implementarea ghidurilor de practica si adoptarea de protocoale terapeutice, protocoale de investigatii, diagnostic sau tratament in cadrul Sectiei de Pneumologie I	Medicul sef de sectie	trim IV 2020
--implementarea ghidurilor de practica si adoptarea de protocoale terapeutice, protocoale de investigatii, diagnostic sau tratament in cadrul Sectiei de Pneumologie II	Medicul sef de sectie	trim IV 2020
implementarea ghidurilor si adoptarea de protocoale si proceduri de ingrijire pe tipuri de pacient si nevoi	Director Medical, asistente sefe de sectie	trim IV 2020

Indicator evaluare:

Numar de ghiduri si protocoale medicale aprobate/implementate/revizuite

Rezultate asteptate :cresterea eficientei si calitatii actului medical

Buget necesar:0

**All. Imbunatatirea calitatii serviciilor si a sigurantei pacientilor. prin implementarea ghidurilor si adoptarea de protocoale si proceduri de ingrijire pe tipuri de pacient si nevoi.**

Activitati	Responsabil	Termen
implementarea ghidurilor, procedurilor de ingrijire pe tipuri de pacient pe sectia de Pneumologie I.	asistenta sefa de sectie	trim IV 2020
implementarea ghidurilor, procedurilor de ingrijire pe tipuri de pacient pe sectia de Pneumologie II.	asistenta sefa de sectie	trim IV 2020
elaborarea si adoptarea de proceduri de ingrijire pe tip de pacient si tip de nevoi, la nivel de spital.	Directorul medical	trim IV 2020
asigurarea unei ingrijiri corecte si adecvate privind examinarea si tratarea pacientului in functie de nevoile impuse de starea de sanatate, conform ghidurilor si protocoalelor terapeutice		trim IV 2020
depistarea precoce si controlul infectiilor asociate asistentei medica		trim IV 2020
asigurarea disponibilitatii serviciilor din punct de vedere al volumului si al gamei de servicii necesare		trim IV 2020
asterea eficacitatii serviciilor medicale si a eficientei		trim IV 2020
asigurarea unui tratament corect		trim IV 2020

Indicator evaluare:

-numar si tip proceduri avizate de consiliul medical/numar si tip proceduri implementate

Rezultate asteptate:cresterea eficientei si calitatii actului medical Buget necesar:0

Termen de realizare: trim IV 2020

Responsabili: Director Medical si Sef Birou Managementul Calitatii

**A3.Dotarea cu aparatura si echipamente medicale specifice**

Activitati	Responsabil	Termen
achizitie de aparatura medicala: analizor biochimie cu modul de ioni (1 buc) - 172.000lei	Resp. Achizitie publica	Trim IV 2020
analizor automat imunologie (1 buc) -75.000 lei		
poligraf (1 buc) 41.000lei		
BIPAP A40 VAPS (1 buc) 44 000 lei		
aparat pentru stimularea expectoratiei (1 buc)-35 000 lei		
electrocardiograf(1 buc)- 11 000 lei		
banda alergare 3 CP recuperare respiratorie ( 1 buc) 9 000lei		
bicicleta medicala ( 1 buc) 5 000 lei		
bicicleta medicala cu spatar (1 buc) 8 000 lei		

Indicator evaluare:

-ICM realizat

-gradul de satisfactie a pacientilor

Resurse alocate: fonduri CJ Arges, M.S. Valoare totala estimata: 400. 000 lei

Rezultate asteptate: -cresterea eficientei si calitatii actului medical;

#### A4. Dezvoltarea resurselor umane prin identificarea unor facilitati de atragere si fidelizarea a personalului medical.

Activitati	Responsabil	Termen
instruirea unui sistem de informare a personalului medical in privinta avantajelor din aceasta zofia	Sef Birou RUNOS	Trim III 2020
stabilirea de stimulente financiare si profesional graduale, salariul la nivelul unui spital de monospecialitate;	Sef Birou RUNOS	Trim III 2020

Indicator de evaluare:

numar de personal medical/numar de paturi

Rezultate asteptate: asigurarea structurii, resurselor umane in concordanta cu nevoile spitalului;

Buget necesar: conform legislatiei in vigoare

5. Organizarea activitatii compartimentului BMC. conform Ordinului nr.44612017 Activitati;; Activitate;; Responsabil: manager, director medical,sef BMC Termen: Trim. III2020 23 6. Cresterea sigurant

#### A5. Organizarea activitatii compartimentului BMC

Activitati	Responsabil	Termen
Obtinerea certificarii sistemului de management al calitatii cu efectuarea tranzitiei la standardul ISO 9001/ /2015	Manager,	Trim.I 2020
Aplicarea si urmarirea standardelor de control intern managerial conform Ordinului 600/2018	Director medical,	Trim. III 2020
implementarea managementului calitatii serviciilor medicale in spital conform cerintelor standardelor ANMCS	sef BMC	Trim. III 2020
Actualizarea procedurilor conform cu modificarile legislative in vigoare.		Trim. III 2020
Coordonarea elaborarii si a implementarii a protocoalelor si procedurilor privind buna desfasurare a actului medical.		Trim. III 2020

#### b) Obiective pe termen mediu

B1. Imbunatatirea calitatii serviciilor medicale prin instruirea si formarea continua a personalului medical si nemedical (instruire interna/externa) prin obtinerea de competente si specializari

Activitati	Responsabil	Termen
aplicarea planului de formare profesionala, elaborat in baza propunerilor sefilor de sectii, avizat de Consiliul Medical si aprobat de catre Comitetul Director;	Director Medical, sef birou RUNOS,	permanent
organizarea de cursuri de pregatire cu personalul unitatii la nivelul spitalului.	Sefii de Sectii	permanent

Indicator de evaluare: numar de persoane care au urmat cursuri de formare profesionala a / numar total persoane angajate

Rezultate asteptate: imbunatatirea performantelor spitalului, siguranta pacientilor, reducerea riscurilor; cresterea eficientei si calitatii actului medical.

Resurse previzionate :24. 000 lei



**B2. Defalcarea bugetului de venituri si cheltuieli pe sectii medicale.**

Activitati	Responsabil	Termen
aprobarea BVC	Director Financiar Contabil	Trim IV 2020
analiza veniturilor pe tipuri de servicii		
incadrarea cheltuielilor in functia de destinatia lor		
planul anual de achizitii		
imbunatatirea resurselor financiare		
reducerea costurilor medii pe sectie		
repartizarea BVC pe sectii		
compartimete pe baza propunerilor fundamentale ale sectiilor		
urmarirea executiei BVC		
urmarirea respectarii disciplinei financiare;		
identificarea surselor pentru cresterea veniturilor		

Indicator de evaluare: buget de venituri si cheltuieli pe sectii

Rezultate asteptate:

- cresterea transparentei in utilizarea fondurilor disponibile;
- fundamentarea propunerilor de buget in functie de prioritatile sectiilor;
- monitorizarea modului de utilizare a resurselor financiare ;
- respectarea disciplinei financiare ;

Resurse previzionate: contract CAS/venituri proprii

**B3. Modernizarea infrastructurii unitatii si dotarea cu aparatura si echipamente medicale specifice.**

Activitati	Responsabil	Termen
lucrari reamenajare radiologie spital	Director Financiar Contabil Responsabil Achizitii publice	2020
lucrari reamenajare radiologie Dispensar TBC Topoloveni		
renovare beci 24		
zugraveli suprafete exterioare Pavilion I si II	2020 Director Financiar Contabil Responsabil Achizitii publice	Trim II 2021

Indicator de evaluare: ICM realizat; gradul de satisfactie al pacientului ;

Rezultate asteptate: cresterea transparentei in utilizarea fondurilor disponibile;

Resurse previzionate: M.S si C.J. Arges Valoare totala estimata: 248.000 lei

**B4. Cresterea eficientei si imbunatatirii calitatii actului medical**

Calitatea serviciilor medicale este un principiu din ce in ce mai important in domeniul sanatatii, deoarece creste gradul de informare al pacientilor, concomitent cu progresele tehnologice si terapeutice. Calitatea serviciilor medicale are numeroase dimensiuni, dintre care cele mai importante sunt reprezentate de eficacitate, eficienta, continuitatea ingrijirilor, siguranta pacientului, competenta echipei medicale, satisfactia pacientului, dar si a personalului medical.

Termen de realizare: permanent

Responsabili: director medical, medici sefi sectie

Evaluare: anual

**Indicatori de evaluare:**

- indicele de concordanta intre diagnosticul la internare si diagnosticul la externare;
- numarul de reclamatii/plangeri ale pacientilor inregistrate
- analiza gradului de satisfactie al pacientilor, prin chestionare de satisfactie;
- numar masuri de imbunatatire a activitatii luate in urma analizarii gradului de satisfactie al pacientilor;
- rata infectiilor asociate asistentei medicale, pe total spital si pe fiecare sectie;

**B5. Imbunatatirea si cresterea calitatii serviciilor oferite de Biroul RUNOS**

Activitati	Responsabil	Termen
Revizuirea regulamentului intern	Sef birou RUNOS Sefi compartimente/birouri	permanent
Revizuirea regulamentului de organizare si functionare		
Revizuirea datelor de personal		
Revizuirea fiselor de post		
Evaluarea anuala a personalului medical si nemedical		
Masurarea gradului de satisfactie al angajatilor si propuneri de imbunatatirea activitatii rezultate in urma prelucrarii chestionarelor transmis		

Obiective specifice

Activitati: o si monitorizarea aphiarii lui o o o e Responsabili:, Termen: permanent

**B 6. Imbunatairea si crestrea calitatii serviciilor de supraveghere si control IAAM**

Activitati	Responsabil	Termen
Intocmirea planului anual de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale	Comitet Director, Sef CPIAAM. As Igiena Laborator analize	Permanent
Determinarea incidentei IAAM pe baza definitiilor de caz, in vederea stabilirii masurilor specifice de prevenire a acestora		
Identificarea factorilor de risc pentru IAAM, pentru a reduce si elimina riscurile evitabile prin masuri de prevenire si control;		
Promovarea actiunilor de prevenire si control – prin aplicarea planului de curatenie si dezinfectie pe sectii, a planului de recoltari de probe igienico-sanitare si de controale pe sectii;		
Raportarea IAAM		

1. Evoluția ratei IAAM, pe total spital și pe fiecare secție;
2. ponderea cheltuielilor cu combaterea IAAM din total buget spital
3. Ponderea cheltuielilor alocate/efectuate pentru substante dezinfectante utilizate in sectiile cu paturi din total cheltuieli
4. Evoluția numarului IAAM pe sectii si localizare/ nr pacienti externati

Termen: permanent

Monitorizare : lunar

Evaluare : anual

Responsabil: Comitet Director, Asistent igiena, responsabil CPCIN, Laborator Analize medicale

### E.3 Rezultate asteptate

- creșterea calitatii și siguranței actului medical
- creșterea eficienței și eficacității activității spitalului,
- creșterea gradului măsurat de satisfacție a pacienților
- îmbunătățirea treptată a stării de sănătate a populației deservite**
- predictibilitate și continuitate în activitatea spitalului**

### E.4 Indicatori de performanță

Monitorizarea indicatorilor de utilizare a serviciilor medicale la nivelul secțiilor și compartimentelor se va face trimestrial, sursa fiind datele de raportare de la nivelul compartimentului de statistică a spitalului.

Datele vor fi comunicate șefilor de secție pentru informarea întregului personal medical asupra obiectivelor de realizat .

Evaluarea și analiza indicatorilor respectivi este o activitate controlată de manager, de la început ( el fiind cel care o solicită) și până la sfârșit (el fiind cel care evaluează rezultatul final și anume, claritatea și relevanța concluziilor analizei pentru scopul în care a fost cerută).

În urma evaluării rezultă că este nevoie de o mai bună utilizare a resurselor de capacitate, structură, materiale și umane cu reechilibrare financiară .

### E. 5 Indicatori de performanță a activității managerului

Categoria de indicatori	Denumirea indicatorului de performanță ai managementului spitalului public	Valoarea asumată pentru anul 2020	Valoarea asumată pentru anul 2021	Valoarea asumată pentru anul 2022	Valoarea asumată pentru anul 2023	*Variatia pe intreaga perioada a 2020-2023
<b>A. Indicatori de management ai resurselor umane</b>	1. Numarul mediu de bolnavi externati pe un medic	80	80	78	78	-2.5%
	2. Numărul mediu de consultații pe un medic in ambulatoriu	60	60	60	60	0
	3. Numarul mediu de consultatii pe un medic in camera de garda /UPU/CPU	51	51	51	51	0
	4. Proportia medicilor din totalul personalului	8	8	8	8	0
	5. Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului	45	45	45	45	0
	6. Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical	38	38	38	38	0

<b>B. Indicatori de utilizare a serviciilor</b>	1. Numarul de bolnavi externati - total	1200	1200	1200	1200	0
	1.1 Numarul de bolnavi externati pe sectia PNF I	650	650	650	650	0
	1.2 Numarul de bolnavi externati pe sectia PNF II	550	550	550	550	0
	2. Durata medie de spitalizarea pe spital	19.50	19.50	19.50	19.50	0
	2.1 Durata medie de spitalizarea pe PNF I	22.60	22.60	22.60	22.60	0
	2.2 Durata medie de spitalizarea pe PNF II	17.35	17.35	17.35	17.35	0
	3. Rata de utilizare a paturilor pe spital si pe fiecare sectie	60	60	60	60	

3.1 Rata de utilizare a paturilor pes evtia PN F I	60	60	60	60	0
3.2 Rata de utilizare a paturilor pes evtia PN F II	60	60	60	60	0
4. Indicele de complexitate al cazurilor pe spital si pe fiecare sectie	0.80	0.80	0.80	0.80	0
5. Proportia bolnavilor internati cu programare din totalul bolnavilor internati pe spital	4	4	4	4	0
5.1 Proportia bolnavilor internati cu programare pe <b>sectie PNF I</b> din totalul bolnavilor internati	4	4	4	4	0
5.2 Proportia bolnavilor internati cu programare pe <b>sectie PNF II</b> din totalul bolnavilor internati	3	3	3	3	0
6. Proportia urgentelor din totalul bolnavilor internati pe spital si pe fiecare sectie	25	25	25	25	0
6.1 Proportia urgentelor din totalul bolnavilor internati pe Sectia PNF I	25	25	25	25	0
6.2 Proportia urgentelor din totalul bolnavilor internati pe spital si pe Sectia PNF II	25	25	25	25	0
7. Proportia bolnavilor internati cu bilet de trimitere din totalul bolnavilor internati	50	50	50	50	0
7.1 Proportia bolnavilor internati cu bilet de trimitere pe <b>sectia PNF I</b> din totalul bolnavilor internati	60	60	60	60	0
7.2 Proportia bolnavilor internati cu bilet de trimitere pe <b>sectia PNF II</b> din totalul bolnavilor internati	42	42	42	42	0
8. Nr. consultaiilor acordate in ambulatoriu	300	300	300	300	0
9. Proportia serviciilor medicale spitalicesti acordate prin spitalizare de zi din totalul serviciilor medicale acordate, pe spital si pe fiecare sectie	173	180	180	180	4%

<b>C. Indicatori economico-financiari</b>	1.Execuția bugetară față de bugetul de cheltuieli aprobat	94	95	95	95	1%
	2.Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor	80	82	82	82	2,5%
	3.Procentul cheltuielilor de personal din totalul sumelor decontate de casele de asigurari de sanatate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate pentru serviciile medicale furnizate, precum si din sumle asigurate din bugetul Ministerului Sanatatii cu aceasta destinatie	97	97	97	97	0
	4.Procentul cheluielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului	2.3	2.3	2.3	2.3	0
	5. Costul mediu / zi de spitalizare	1100	1100	1100	1100	0
	5.1Sectia PNF I	560	560	560	560	0
	5.2Sectia PNF II	540	540	540	540	0
	6. Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului (toate veniturile obtinute de spital, exclusiv cele obtinute in contractul cu casa de asigurari de sananate.)	30	30	30	30	0

\*Variația pe întreaga perioadă a Planului Strategic : 100 x Valoarea 2023-Valoarea 2020/ Valoarea 2020

D.Indicatori de calitate	1.Rata mortalitatii intraspitalicesti, pe total spital	8	8	8	8	0
	1.1 Rata mortalitatii intraspitalicesti pe sectia PNF I	8	8	8	8	0
	1.2 Rata mortalitatii intraspitalicesti pe sectia PNF II	8	8	8	8	0
	2.Rata infectiilor nozocomiale, pe total spital si pe fiecare sectie;	5	5	5	5	0
	2.1Rata infectiilor nozocomiale pe sectia PNF I	5	5	5	5	0
	2.2Rata infectiilor nozocomiale pe sectia PNFII	5	5	5	5	0
	3. Rata bolnavilor reinternati in intervalul de 30 de zile de la externare	8	8	8	8	0
	4. Indicele de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare	70	70	70	70	0
	5. Procentul bolnavilor transferati catre alte spitale din totalul bolnavilor inetrnati	3	3	3	3	0
6. Numarul de reclamatii/plangeri ale pacientilor inregistrate.	10	10	10	10	0	

**Nota:**

\* Pentru variatia pe intreaga perioada 2020-2023 a planului de management, se aplica formula: Variatia =  $100 \times (\text{valoare 2023} - \text{valoare 2020}) / \text{valoare 2020}$

1

2