



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: spitalcfiasi@yahoo.com
Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitaluniversitarcfiasi.ro

PLAN STRATEGIC ȘI PLAN DE MANAGEMENT

PS 10

NOTĂ:

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

Reproducerea integrală sau parțială a acestui document este permisă numai cu acordul prealabil scris și înregistrat al managerului spitalului.

Constituie abatere disciplinara necunoașterea și/sau neaplicarea întocmai a cerințelor prezentului document.

Aceasta abatere va fi sancționată conform art. 247, 248 și art. 250-252 din Codul Muncii, actualizat.

Revizie

Revizia acestui document se face ținând cont de rezultatele implementării indicatorilor de monitorizare de structura, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.

Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus menționate.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PLAN STRATEGIC ȘI PLAN DE MANAGEMENT

Cod: PS 10

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 1 / 5

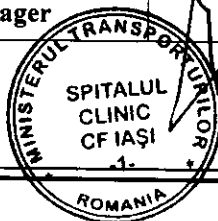
Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii

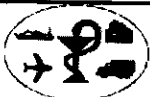
Nr. crt.	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	1/0	- integral	- elaborare inițială	
2	2/0	- integral	- modificare machetă procedură, actualizare descriere procedură	27.07.2022

Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii

Nr. crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume și prenume	Funcția	Semnătura	Data
1	Elaborat	Dr. Stela-Maria LEONTE	Responsabil cu managementul calității		02.06.2022
2	Verificat/Avizat juridic	Av. Petru MANIȚA	Avocat		14.06.2022
3	Avizat	Dr. Izabela Lăcrămioara FRUNZĂ	Membru Comisie Monitorizare		05.07.2022
4	Aprobat	Dr. Mihai GLOD	Manager		19.07.2022

Exemplar nr.:





SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PLAN STRATEGIC ȘI PLAN DE MANAGEMENT

Cod: PS 10

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 2 / 5

CUPRINS:

1. SCOP.....	2
2. DOMENIU DE APLICARE.....	2
3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI.....	2
4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ.....	2
5. DESCRIEREA PROCEDURII.....	3
5.1. Identificarea obiectivelor și țințelor.....	3
5.2. Documentarea, aprobarea și monitorizarea îndeplinirii Planului Strategic și a Planului de management.....	3
5.3 Evaluarea periodică a planificării activităților din Planul Strategic și Planul de management.....	4
5.4 Îmbunătățirea continuă.....	4
6. RESPONSABILITĂȚI.....	4
7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI.....	5
8. ANEXE.....	5
9. DIFUZARE.....	5
10. INDICATORI DE MONITORIZARE.....	5

1.1. Procedura documentează modul de stabilire a metodelor și responsabilităților pentru definirea și documentarea obiectivelor și țințelor privind îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților, privind îmbunătățirea sistemului de control managerial, în vederea elaborării planului strategic și a planului de management și îmbunătățirea continuă a performanțelor *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.

2.1. Procedura se aplică tuturor funcțiilor și compartimentelor care participă la elaborarea planului strategic și a planului de management.

3.1. Definiții:

3.1.1. țință – cerință de performanță, cuantificată dacă este posibil, aplicabilă ansamblului sau unei părți a unei organizații, care rezultă din obiectivele stabilite și trebuie stabilită și îndeplinită pentru realizarea acestora

3.2. Abrevieri:

3.2.1. Ed.	= Ediție
3.2.2. Rev.	= Revizie
3.2.3. PS	= Procedură de sistem
3.2.4. PM	= Plan de management
3.2.5. PLS	= Plan strategic
3.2.6. SMC	= Sistem de management al calității
3.2.7. SCM	= Sistem de control managerial
3.2.8. Comisie	= Comisia de monitorizare a dezvoltării sistemului de control managerial.
3.2.9. PC	= Președintele Comisiei
3.2.10. CD	= Comitetul director
3.2.11. RMC/RC	= Responsabil cu sistemul de management al calității / Reprezentantul conducerii cu sistemul de management al calității.
3.2.12. CI	= Coordonator Implementare

4.1. SR CEN/TS 15224:2017 - "Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2018"

4.2. SR EN ISO 9000:2015 – „Sisteme de Management al Calității. Principii esențiale și vocabular.”



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PLAN STRATEGIC ȘI PLAN DE MANAGEMENT

Cod: PS 10

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 3 / 5

4.3. SR EN ISO 9001:2015 – „Sisteme de management al calității. Cerințe.”

4.4. Ordinul Secretariatului General al Guvernului nr. 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice.

4.5. Ordinul M.S. nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor

4.6. Legea nr. 184/2015 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, precum și pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății - TITLUL VII:Spitale.

4.7. Manualul Integrat de Management, în vigoare.

4.8. Decizie pentru numirea Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial.

4.9. Regulament de organizare și de lucru al Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control managerial al *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.

5.1. Identificarea obiectivelor și țințelor

5.1.1. Obiectivele și țințele SMC/SCIM privind îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților se identifică de către management împreună cu responsabilii de activități ținând cont de:

- necesitățile curente și viitoare ale spitalului și ale pieței deservite;
- performanțele actuale ale proceselor;
- nivelul de satisfacție al părților interesate;
- aspectele semnificative de mediu și impacturi asociate;
- pericolele de vătămare/îmbolnăvire și riscurile neacceptabile;
- informații de la consultările cu angajații pe probleme de SSO;
- propuneri de îmbunătățire a performanței calității, de mediu și SSO;
- noi investiții, schimbări în procese, activități, servicii, etc.;
- puncte de vedere ale părților interesate, inclusiv reclamații (dacă este cazul), și răspunderea juridică;
- cerințe legale și obligații de conformare;
- angajamentul conducerii de prevenire a poluării și a îmbolnăvirilor/rănilor;
- analize ale rezultatelor anterioare, etc.

5.1.2. Obiectivele și țințele se propun funcție de cerințele pacienților, cerințele legislative și intențiile managementului.

5.1.3. Obiectivele și țințele se stabilesc, de regulă pe termen mediu/scurt, în corelare cu angajamentele din politică, astfel încât acestea să fie SMART, adică:

- să fie semnificative;
- să fie măsurabile;
- să aibă aplicabilitate;
- să aibă resurse și responsabilități;
- să aibă termene de realizare.

5.1.4. La stabilirea obiectivelor și țințelor managementul spitalului va lua în considerare:

- aspecte ale performanței manageriale,
- aspecte ale performanței operaționale,
- aspecte și cerințe legislative

5.1.5. La stabilirea obiectivelor și țințelor managementul, va acorda atenție deosebită atât impacturilor de mediu care pot fi generate cât și pericolelor care pot să afecteze personalul spitalului și contractorii săi, astfel încât obiectivele să fie rezonabile și acceptate pe scară largă.

5.1.6. Acțiunile se stabilesc luând în considerare cu prioritate cerințele legale și obligațiile de mediu și de SSO stabilite prin autorizații / contracte (ex. contractul cu Casa de Asigurări de Sănătate).

5.1.7. Potențiale alte obiective/ țințe/ acțiuni se asumă de către management în funcție de relevanța și aplicabilitatea asupra activităților desfășurate, în funcție de politica spitalului și de resursele disponibile, avându-se în vedere eficiența lor privind beneficiile și costurile.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PLAN STRATEGIC ȘI PLAN DE MANAGEMENT

Cod: PS 10

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 4 / 5

5.2. Documentarea, aprobarea și monitorizarea îndeplinirii Planului Strategic și a Planului de management

5.2.1. RMC va solicita, la începutul anului – propuneri pentru strategia *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*; astfel fiecare comp./birou/serviciu va propune obiective și acțiuni pentru dezvoltarea comp./serviciului/biroului. Compartimentele/secțiile/birourile vor stabili obiectivele pe care le vor transmite către RMC.

5.2.2. RMC va centraliza rezultatele analizelor SWOT de la toate structurile organizației, și le va înainta pe baza de Adresa de înaintare către Comitetul Director.

5.2.3. Comitetul Director analizează propunerile de obiective ținând cont de strategia bugetară, strategia de personal și obiectivele generale ale Spitalului și aprobă obiectivele viabile.

5.2.4. Comitetul director cu aprobarea Managerului va numi o persoană responsabilă cu scrierea Planului strategic și a Planului de management.

5.2.5. Persoana desemnată, va scrie Proiectul Planului strategic și proiectul Planului de management care va cuprinde obiectivele generale și specifice aprobate de către Comitetul Director și îl va înainta către CD pe bază de adresă.

5.2.6. La elaborarea Planului strategic, elaboratorul va ține seama de Anexa 1, cuprinsul Planului Strategic.

5.2.7. La elaborarea Planului de management elaboratorul va ține seama de Anexa 1 cu mențiunea că Planul de management se întocmește pentru un an de zile cu desfășurarea graficului Gant pe luni.

5.2.8. CD analizează Proiectul de Plan Strategic și Plan de management, notifică modificări dacă este cazul și aprobă Planul Strategic în varianta finală.

5.2.9. Planul strategic și Planul de management aprobat este difuzat pe bază de listă de difuzare, coordonatorilor de compartimente responsabili de punerea în aplicare a obiectivelor specifice.

5.2.10. Datele referitoare la stadiul de realizare a acțiunilor stabilite sunt raportate către RMC de către funcțiile responsabile cu implementarea acestora și sunt periodic evaluate ca stadiu de realizare, în cadrul analizelor curente ale managementului.

5.2.11. În funcție de stadiile identificate, managementul stabilește măsurile corective necesare sau alocă/redistribue resursele necesare.

5.3. Evaluarea periodică a planificării activităților din planul strategic și planul de management

5.3.1. Planul strategic se întocmește pe o perioadă de 3-5 ani, iar planul de management se întocmește pentru o perioadă de 1-3 ani.

5.3.2. Comitetul director este echipa responsabilă cu evaluarea periodică a planificării activităților din PLS și PM.

5.3.3. În luna ianuarie a fiecărui an se analizează de către CD gradul de realizare al obiectivelor stabilite în PM și în același timp analizează gradul de realizare al obiectivelor stabilite în PLS inclusiv relevanța celor stabilite pe o perioadă mai lungă de timp în raport cu resursele financiare, umane și materiale. Ca urmare a analizei se elaborează Planul de management pentru anul în curs și eventual se aduc modificări la Planul strategic, dacă este cazul.

5.3.4. CD se întâlnește semestrial sau ori de câte ori este necesar pentru a analiza gradul de realizare al obiectivelor stabilite în PM pe baza planificării activităților pentru realizarea obiectivelor. Planul de management poate fi revizuit pe parcursul anului ori de câte ori în spital apar schimbări majore, care impun măsuri urgente, supunându-se analizei și aprobării.

5.3.5. Obiectivele nerealizate sau realizate dar care nu realizează eficacitatea prognozată, sunt reluate în PM următor perioadei supuse analizei, fiind monitorizate curent (conform termenelor stabilite) în vederea realizării obiectivului/țintei.

5.3.6. CD informează CA cu privire la gradul de realizare al obiectivelor din PLS și PM. Activitatea CD în raport cu responsabilitățile privind evaluarea periodică a planificării activităților pentru realizarea obiectivelor este analizată de către Manager și la cerere de către Consiliul de Administrație.

5.4. Îmbunătățirea continuă

5.4.1. Indicatorii relevanți pentru obiectivele și țintele asumate sunt monitorizați și raportați de câte ori este necesar, dar cel puțin anual în cadrul analizei managementului.

5.4.2. Valorile rezultate sunt cuprinse în sinteze, tabele, grafice întocmite de RMC și înaintate către CD, prelucrări de date din care se relevă trendul de îmbunătățire, în condițiile eficacității acțiunilor de realizare.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PLAN STRATEGIC ȘI PLAN DE MANAGEMENT

Cod: PS 10

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 5 / 5

5.4.3. Dovezile de îmbunătățire precum și rezultatele nesatisfăcătoare, însoțite de propuneri de ameliorare, se constituie în date de intrare pentru analiza de management.

5.4.4. Managerul dispune măsurile necesare prin care se asigură că informațiile corespunzătoare și necesare care descriu performanța spitalului sunt comunicate sistematic în întreaga organizație.

5.4.5. Aceasta poate ajuta angajații, părțile contractante și alte persoane care au legătură cu organizația să-și îndeplinească responsabilitățile, iar organizația să îndeplinească criteriile de performanță stabilite.

6.1. Managerul

5.1.1. Aprobă proiectul de PM și PLS și asigură resursele necesare în limita bugetului disponibil.

5.1.2. Analizează stadiul realizării acțiunilor prevăzute prin PM și PLS.

5.1.3. Analizează și aprobă orice modificări ale PM și PLS.

6.2. Comitet Director

6.2.1. Centralizează propunerile de obiective și ținte și elaborează proiectul de PM și PLS.

6.2.2. Difuzează PM și PLS în mod controlat, tuturor funcțiilor implicate.

6.2.3. Monitorizează stadiul de realizare a acțiunilor aprobate și datele referitoare la atingerea indicatorilor de performanță stabiliți.

6.2.4. Include datele referitoare la realizarea PM și PLS în raportul pentru analiza de management.

6.2.5. Indexează, îndosariază și păstrează documentele și informațiile privind realizarea PM și PLS.

6.3. Responsabilii de procese

6.3.1. Fac propuneri pentru obiectivele, țintele și acțiunile din proiectul de PM și PLS.

6.3.2. Solicită resursele necesare, realizează acțiunile stabilite prin PM și PLS și raportează datele rezultate.

7.1. Plan strategic

7.2. Plan de management

7.3. Rapoarte privind analiza efectuată de management.

8.1. Anexa 1 - Cuprinsul Planului strategic

Procedura se difuzează pe baza Listei de difuzare, cod PS 01/F3 sau în format electronic

Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SCIM implementat.

INDICATOR	ȚINTA	METODA DE CALCUL	PERIOADA DE MONITORIZARE	RESPONSABIL
Ponderea actualității documentelor de referință care stau la baza elaborării procedurii.	100%	Nr documente de referință în actualitate / Nr total documente de referință.	Semestrial	RMC
Ponderea obiectivelor realizate din planul strategic din total obiective planificate în perioada analizată.	100%	Nr obiective realizate / Nr obiective planificate	Semestrial	RMC
Resurse financiare cheltuite în raport cu cele planificate.	100%	Resurse cheltuite / Resurse planificate	Semestrial	RMC



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: spitalcfiasi@yahoo.com
Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitaluniversitarcfiasi.ro



PLAN STRATEGIC

XXXX - XXXX



Spitalul Căi Ferate Iași

Planul strategic al **Spitalului Căi Ferate Iași**, pentru anii xxxx - xxxx, constituie documentul intern principal de planificare strategică, care cuprinde obiectivele de dezvoltare a spitalului și stabilește măsurile și acțiunile prioritare pentru atingerea acestor obiective.

Obiectivele și strategiile de administrare avute în vedere în strategia de dezvoltare a **Spitalului Căi Ferate Iași**, pentru anii xxxx - xxxx, au fost etapizate ținând cont de impactul pe care îl are fiecare proiect asupra revitalizării activității spitalului în vederea promovării încrederii în activitățile desfășurate, în condiții de eficiență și eficacitate.

Viziune

Spitalul nostru are ca scop furnizarea celor mai bune servicii medicale. Lucram împreună pentru a dezvolta și îmbunătăți permanent îngrijirea medicală și mediul de lucru al personalului medical.

Misiune

Misiunea spitalului este de a îmbunătăți considerabil starea de sănătate a populației deservite prin creșterea permanentă a calității serviciilor medicale. În colaborare cu alte instituții care împărtășesc idealurile noastre, ne focalizăm resursele pentru realizarea obiectivelor de care suntem etic, social și financiar responsabili.

Valori

Valorile în care credem sunt îmbunătățirea calității vieții, spiritul de echipă, corectitudinea, flexibilitatea, creativitatea și inovația.

O dată cu integrarea europeană, fiecare instituție, prin angajații săi, trebuie să găsească cea mai bună cale de compatibilizare cu structurile similare aflate în spațiul comunitar și să comunice cu acestea.

Nici un manager nu poate gândi singur și implementa cu succes o strategie a schimbării în organizația pe care o conduce fără o echipă dedicată. În primul rând se vor identifica problemele și domeniile ce vor fi supuse modificării. Echipa pe care Managerul o alcătuiește are de luptat, în primul rând, cu schimbarea la nivel de comportament și mentalitate a angajaților. Este cea mai importantă etapă deoarece schimbările ulterioare vor fi duse la bun sfârșit de oameni pentru oameni.

Strategia de dezvoltare a **Spitalului Căi Ferate Iași** cuprinde obiectivele de dezvoltare ale spitalului și stabilește măsurile și acțiunile prioritare pentru atingerea acestora.

Acestea sunt prioritizate în ordinea importanței și urgenței, fiind clasificate în obiective pe termen scurt (cu realizare de până la un an) și pe termen mediu și lung (cu realizare de până la 3 – 4 ani).

Obiectivul fundamental al strategiei este ocuparea unuia dintre primele locuri în specialitatea de psihiatrie și psihiatrie pediatrică, pe piața furnizorilor de servicii medicale din România, prin ridicarea standardelor acestor servicii și prin îndeplinirea obiectivelor de performanță: calitate, promptitudine, încredere la standarde de excelență.

Exista câteva priorități in strategia de dezvoltare a spitalului a căror finalitate are ca obiectiv îmbunătățirea serviciilor de sănătate. Aceste priorități ne ajuta sa oferim servicii medicale de calitate pacienților noștri și sa utilizam fondurile eficient și eficace in condiții de economicitate. Performanta va fi monitorizata prin indicatori ce țin de:

- ↓ Timpul necesar de diagnosticare a unui pacient;
- ↓ Durata medie de spitalizare (DMS);
- ↓ Indicele de case-mix (ICM);
- ↓ Standardele de curățenie, igiena și condiții hoteliere;
- ↓ Indicele de satisfacție al pacienților;
- ↓ Indicele de satisfacție al angajaților.

CAP. I. PREZENTARE GENERALA A SPITALULUI

I.1 SCURT ISTORIC

I.1 CARACTERISTICI RELEVANTE ALE POPULATIEI DESERVITE ȘI CARACTERISTICI GEOGRAFICE ALE ZONEI

I.1.1 Caracteristici relevante ale populației deservite

I.1.2. Caracteristici istorico - geografice

I.2 CARACTERISTICI ADMINISTRATIVE

I.3 STRUCTURA ORGANIZATORICA

I.4 RESURSA UMANA

In prezent (anul xxx) resursele umane ale spitalului totalizează un număr de xxx angajați, din care xxx reprezintă personalul sanitar superior, mediu și auxiliar.

Evoluția resursei umane in cadrul spitalului:

Personal	ANUL		
	20xx	20xx	20xx
TOTAL din care:			
Medici			
Farmacisi			
Psihologi			
Kinetoterapeuti			
Logopedi			
Educatori			
Asistenti medicali			
Asistenti paramedicali			
Asistenti de laborator			
TESA			
Infirmieri - ingrijitori			

I.5 ACTIVITATEA SPITALULUI

Spitalul Căi Ferate Iași are ca obiect de activitate asistenta medicala de specialitate astfel:

I.5.1 RESURSE FINANCIARE

DENUMIRE INDICATOR	20xx	20xx	20xx
Execuția bugetara fata de bugetul de cheltuieli aprobat;			
Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului;			
Procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului;			
Procentul cheltuielilor cu materiale sanitare din totalul cheltuielilor spitalului;			
Procentul veniturilor proprii* din totalul veniturilor spitalului			
Costul mediu pe zi de spitalizare			

I.5.2 RESURSE UMANE

a) Indicatori de structura a resurselor umane

DENUMIRE INDICATOR	20xx	20xx	20xx
Proportia medicilor din totalul personalului angajat al spitalului			
Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului			
Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical			

b) Situația evoluției personalului

CATEGORIE PERSONAL	20xx	20xx	20xx
Medici			
Psihologi			
Asistenți medicali			
Kinetoterapeuți			
Infirmieri / Îngrijitoare			

I.5.3 DISTRIBUȚIA GEOGRAFICA A ACTIVITATII SPITALULUI

Proveniența	Secții	20XX		20XX		20XX	
		Externați la 31.12.20XX	%	Externați la 31.12.20XX	%	Externați la 31.12.20XX	%
MORENI							
ALTE JUDETE							

1.5.4 MORBIDITATEA

Referitor la morbiditatea spitalizata in anul 20XX (se analizează anul precedent celui pentru care se elaborează strategia):

a) **Secția** pe primul loc se situează – cod DRG cu de cazuri reprezentând ...% din totalitatea cazurilor externate; urmează pe locul secund – cod DRG cu cazuri reprezentând xx% din totalul cazurilor iar pe locul 3 se situează - DRG - cu cazuri reprezentând xx% din totalul cazurilor.

a) **Secția** - pe primul loc se situează – cod DRG cu de cazuri reprezentând% din totalitatea cazurilor externe; urmează pe locul secund – cod DRG cu cazuri reprezentând xx% din totalul cazurilor iar pe locul 3 se situează - DRG - cu cazuri reprezentând xx % din totalul cazurilor.

a) **Secția** - pe primul loc se situează – cod DRG cu de cazuri reprezentând ...% din totalitatea cazurilor externate; urmează pe locul secund – cod DRG cu cazuri reprezentând xx% din totalul cazurilor iar pe locul 3 se situează - DRG - cu cazuri reprezentând xx % din totalul cazurilor.

● ● ● ● ● ● ● ●

Primele zece diagnostice in anul 20xx ca ordine a frecventei totalizează un număr de xxxx cazuri reprezentând xx% din totalitatea cazurilor externate așa cum rezulta din tabelul de mai jos

Top 10 grupe DRG în 20xx

[illegible]

MORBIDITATEA MIGRANTA

I.5.5 UTILIZAREA SERVICIILOR

DENUMIRE INDICATOR	20XX	20XX	20XX
Număr pacienți externați - total			
Număr total pacienți spitalizare de zi			
Durata medie de spitalizare pe spital			
Indicele de utilizare a paturilor (IUP) - zile			
Rata de utilizare a paturilor pe spital (%)			
Indicele de complexitate al cazurilor - pe total spital			
Număr consultații/ medic CSM			
Numărul mediu de bolnavi externați pe un medic			
Numărul mediu de consultații / medic în ambulatoriu			
Număr mediu de consultații pe un medic în camera de gardă			

I.5.6 CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE

DENUMIRE INDICATOR	20XX	20XX	20XX
Rata mortalității intraspitalicești pe spital			
Rata infecțiilor nozocomiale			
Indice de concordanta între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare			
Procentul pacienților internați și transferați către alte spitale.			
Număr reclamații / plângeri pacienți			

I.6 INFRASTRUCTURA

I.7 SATISFACTIA PACIENTILOR

I.8 SATISFACTIA ANGAJATILOR

II ANALIZA DE SITUATIE

ANALIZA MEDIULUI INTERN ȘI EXETRN (Analiza SWOT)

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

CAP. III IDENTIFICAREA OBIECTIVELOR STRATEGICE, DEZVOLTAREA STRATEGIEI ȘI A PLANULUI DE IMPLEMENTARE

III.1 IDENTIFICAREA PROBLEMELOR CRITICE

III.2 PRINCIPALELE DIRECȚII DE DEZVOLTARE ALE SPITALULUI

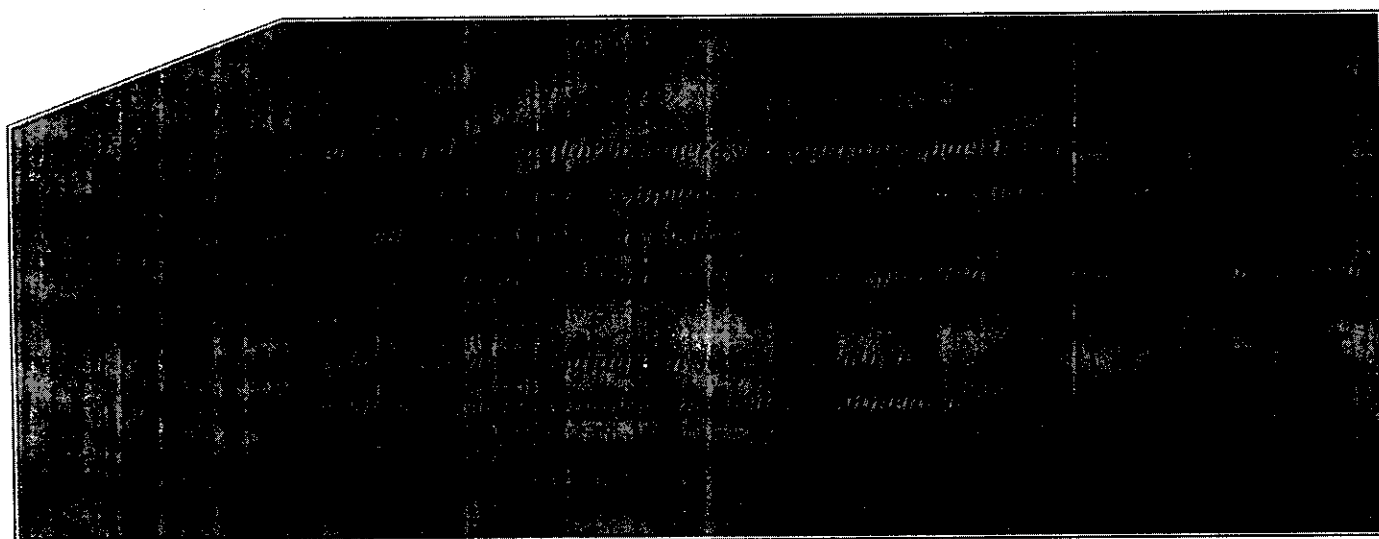
Principalele direcții de dezvoltare sunt date de punctele slabe identificate în raport cu mediul intern al organizației, în strânsă legătură cu oportunitățile și amenințările identificate în mediul extern.

- Scopul este acela de a elabora și implementa un program complex de îmbunătățire a activității spitalului.

Principalele **obiective strategice și operaționale** necesare la nivelul spitalului sunt:

- I. Îmbunătățirea managementului spitalului
- II. Îmbunătățirea structurii spitalului (clădiri, echipamente și altele asemenea).
- III. Dezvoltarea unui plan anual privind investițiile și reparațiile capitale ale clădirilor și echipamentelor;
- IV. Funcționarea echipamentelor conform specificațiilor tehnice ale acestora, în vederea obținerii eficienței maxime în utilizarea lor (personal adecvat ca număr și pregătire, aprovizionare cu materiale consumabile necesare și altele asemenea);
- V. Analiza eficienței economice a contractelor de service pentru echipamente;
- VI. Utilizarea eficientă a resurselor umane ale spitalului
- VII. Elaborarea și implementarea unui sistem de monitorizare a calității îngrijirilor
- VIII. Măsuri strategice privind managementul clinic;
- IX. Măsuri strategice privind expunerea spitalului pe piața serviciilor spitalicești;
- XI. Măsuri strategice privind eficientizarea consumului de utilități în cadrul spitalului;

În raport cu obiectivele strategice și operaționale, pe termen scurt (1 an – 20xx) și mediu și lung (2-3 ani 20xx – 20xx) la nivelul spitalului sunt stabilite următoarele **obiective specifice**:



PLAN DE ACTIVITATI - Distribuția temporală a activităților - Grafic GANTT , resurse, responsabili activități, rezultate așteptate (indicatori) pentru îndeplinirea obiectivelor specifice

PLAN DE ACȚIUNE					GRAFIC GANT		Resurse Financiare	Responsabil activitate	Indicatori
Obiectiv / Acțiune		20xx	20xx	20xx	20xx				
Obiectiv specific nr.1 – Îmbunătățirea calității serviciilor hoteliere și a siguranței pacienților.									
								•	f
								•	
Obiectiv specific nr.2 – Dotarea cu aparatură medicală / echipamente medicale / echipamente și materiale terapeutice a secțiilor spitalului									
								•	
								•	
Obiectiv specific nr.3 – Îmbunătățirea calității serviciilor medicale									
								•	
								•	
Obiectiv specific nr.4 – Îmbunătățirea sistemului informatic la nivelul spitalului în vederea îmbunătățirii comunicării interne și externe									
								•	
								•	
Obiectiv specific nr.5 – Atragerea de personal de specialitate în secțiile spitalului									
								•	
								•	
Obiectiv specific nr.6 – Instruirea permanentă a personalului medical și nonmedical									
								•	
								•	
Obiectiv specific nr.6 Instruirea condițiilor privind siguranța și securitatea datelor cu caracter confidențial la nivelul spitalului.									
								•	

Riscuri

În procesul de implementare a obiectivelor specifice propuse pot apărea riscuri de decalare în timp sau nerealizare, datorate mediului intern sau extern, după cum urmează :

Mediu intern:

- slaba cointeresare (motivare) a personalului în realizarea sarcinilor și indicatorilor;
- scăderea disponibilității la efort suplimentar datorită suprasolicitării în activitatea de bază;
- confundarea noțiunii de implicare în acțiuni de voluntariat cu mobbing-ul și contracararea celor implicați de către falși lideri de opinie prin acțiuni de bullying.

Mediu extern:

- modificarea frecvența a legislației în domeniul sanitar;
- întârzieri legate de regimul terenurilor și clădirilor;
- subfinanțarea de către Ordonatorul principal de credite a cursurilor de formare profesională a personalului.

CONCLUZII

Aceasta strategie de dezvoltare a Spitalului Căi Ferate Iași va deveni document de lucru, care va fi actualizat ori de câte ori este necesar, deoarece:

- Reflecta dezvoltarea noastră organizațională la un nivel superior, intenția de a crea o baza pentru a susține gândirea strategică și a dezvolta capacitățile noastre manageriale;
- Delimitează clar prioritățile entității pentru anii 20XX – 20XX, în concordanță cu specificul național;
- Ia în calcul modificările mediului extern la nivel local, regional și național;
- Recunoaște rolul cheie pe care personalul îl joacă în succesele noastre viitoare.

Evaluarea de etapa se va face prin analiza tuturor indicatorilor stabilit pe fiecare obiectiv în parte.

Periodicitate: Anual

Documente emise: Raport de evaluare de etapa

Responsabil: Comitetul Director

REVIZUIREA STRATEGIEI DE DEZVOLTARE

Revizuirea strategiei de dezvoltare se va face în urma analizei rapoartelor de etapa în cazul în care Comitetul Director propune modificarea sa.

Manager,

Director Medical

Director Financiar

Președinte Consiliul de Administrație