



SPITALUL ORASENESC
HOREZU
Str. A.I. Cuza nr.4, Horezu
Judetul Valcea, Cod 245800
Tel.: 0250860620 sau 0250860621
Fax: 0250860231
e-mail: spitalul_horezu@yahoo.com



Nr 8333/25.08.2025

PLANUL STRATEGIC AL SPITALULUI ORĂŞENESC HOREZU 2022 – 2027 Revizie 2025

Acest document reprezintă versiunea revizuită a Planului Strategic pentru perioada 2022–2027 al Spitalului Orasenesc Horezu realizată în anul 2025 în urma unei evaluări intermediare a implementării.

Planul revizuit păstrează obiectivele generale stabilite inițial, dar include modificări ale obiectivelor specifice și activităților, pentru a asigura relevanța și eficiența intervențiilor în perioada rămasă (2025–2027).

Obiectivul reviziei din 2025 :

- Evaluarea progresului activitatilor implementate intre 2022 – 2024
- Ajustarea activitatilor pentru 2025 – 2027 ca urmare a unor noi prioritati

A.STRUCTURA ORGANIZATORICA A SPITALULUI

Spitalul Orasenesc Horezu este un spital public general , cu nivel de competenta IV, , cu o structură complexă de specialități, dotare cu aparatură medicală corespunzătoare, personal specializat, având amplasament și accesibilitate pentru teritoriul din jur.

Aceasta unitate asigură condiții de investigații medicale, tratament, cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor nozocomiale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice. De asemenea spitalul răspunde, în condițiile legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea condițiilor de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, precum și pentru acoperirea prejudiciilor cauzate pacienților.

1.1. TIPUL ȘI COMPETENȚA SPITALULUI

Având în vedere prevederile **art.171 si art.172 - Legea 95/2006 republicată privind Reforma în domeniul sănătății**, spitalul - în funcție de numărul de paturi, numărul de secții, numărul de specialități, specificul patologiei, modul de finanțare, tipul de proprietate, din punct de vedere al învățământului și cercetării, Spitalul Orășenesc Horezu este clasificat ca fiind un spital : local (orășenesc) , general, public.

În conformitate cu prevederile **Ord. MS nr.1408/2010** pentru aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor în funcție de competență, a Ord. MS 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, Spitalul Orășenesc Horezu se încadrează la nivelul IV de competență.

În conformitate cu prevederile **Ord. MS nr. 1881/2006** privind ierarhizarea unităților spitalicești, a secțiilor și compartimentelor de obstetrică-ginecologie și neonatologie, maternitatea este de grad 1 (nivel bazal, competență limitată în domeniul serviciilor de obstetrică și neonatologie)

1.2. CERTIFICARI DE CALITATE ȘI NIVEL DE ACREDITARE

Certificări de calitate deținute si valabile:

1. Certificare ISO 9001 (SR EN ISO 9001:2015).Sisteme de management al calitatii
2. Certificare ISO 14001. Sistem de Management al Mediului
3. Certificare ISO 22000. Sisteme de management al sigurantei alimentelor
4. Certificare ISO 45001 Sistem de management al sanatatii si securitatii in munca
5. Certificat acreditare Nivel II Acreditat cu recomandari ANMCS 2-034

1.3. STRUCTURA ORGANIZATORICA A SPITALULUI, SERVICII FURNIZATE

Spitalul Orasenesc Horezu oferă următoarele **tipuri de servicii:**

- **servicii spitalicești** profil acut și cronici (spitalizare de zi și continuă)
- **servicii de radiologie și imagistică medicală**
- servicii de **laborator de analize medicale**
- servicii de **recuperare medicală**
- **servicii ambulatorii de specialitate**

Structura cu paturi , aprobată prin Ordinul MS nr.715/2010 cu modificările si completările ulterioare , se pastreaza aceasi , respectiv 160 de paturi pentru spitalizare continua pentru pacientii cu afectiuni acute si afectiuni cronice , 5 paturi de spitalizare de zi, 5 paturi de insoțitori.

- Sectia medicina interna	36 paturi
Din care compartiment gastroenterologie	6 paturi
- Compartiment neurologie	15 paturi
- Compartiment obstetrica-ginecologie	16 paturi
Din care compartiment neonatologie	5 paturi
- Compartiment ATI	6 paturi
- Sectia Boli Cronice	29 paturi
Din care compartiment reumatologie	10 paturi
- Compartiment chirurgie generala	15 paturi
Din care compartiment ortopedie si traumatologie	5 paturi
- Compartiment recuperare, medicina fizica si balneologie	8 paturi
- Sectia pediatrie	25 paturi
- Compartiment boli cronice- Sinesti	10 paturi
- CPU* in curs de organizare	
- Camera de garda	
- Spitalizare de zi	5 paturi
- Insoțitori	5 paturi

Alte structuri : Farmacia cu circuit inchis , Bloc operator – Sterilizare , UTS, Laborator analize medicale, Laborator radiologie si imagistica medicala, Laborator recuperare, medicina fizica si balneologie, baza de tratament, Cabinet planificare familiala, Dispensar TBC, CPLIAAM, Compartiment de management al calitatii,

Laboratoarele sunt unice, deservind atat sectiile cu paturi cat si ambulatoriul de specialitate.

Ambulatoriul integrat , cu cele 20 cabinete existente , in specialitati medicale: medicina interna, ORL, oftalmologie, chirurgie generala, obstetrica – ginecologie , pediatrie, dermato-venerologie, ortopedie si traumatologie, psihiatrie, recuperare, medicina fizica si balneologie, neurologie, cardiologie, pneumologie , endocrinologie , cabinet psihologie, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice , urologie , reumatologie , medicina muncii , medicina dentara .

Probleme identificate- CPU partial functional, ambulatoriul are cabinete care nu functioneaza datorita faptului ca nu exista medici in specialitatile respectiva (cabinet cardiologie, endocrinologie)

B. POLITICI STRATEGICE MANAGERIALE

Politica referitoare la calitate

Sistemul de Management al Calității, certificat și menținut în **Spitalul Orasenesc Horezu** , este bazat pe îndeplinirea cerințelor standardului ISO 9001:2015 și urmărește atât satisfacerea cerințelor pacienților, a cerințelor legale și reglementate, cât și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale.

Politica în domeniul calitatii este stabilita de conducerea spitalului si are ca fundament urmatoarele principii :

- Satisfacerea si depasirea asteptarilor pacienților și aparținătorilor;
- Menținerea și îmbunătățirea continuă a unui sistem de management integrat, al calității, mediului, sănătății si securității în muncă, în conformitate cu referențialele SR EN ISO 9001:2015, SR EN ISO 14001:2015, SR ISO 45001:2018,
- Antrenarea intregului personal pentru realizarea obiectivelor calitatii.
- reducere a impacturilor negative ale activitatiilor sale asupra mediului si de reducere a riscurilor privind securitatea si sanatatea ocupationala pentru proprii angajati , pacienti, apartinatori , vizitatori, ,

Pentru aceasta am luat in considerare urmatoarele **OBIECTIVE DE CALITATE**

✓ Imbunătățirea continuă a calitatii serviciilor de sanatate prin

- Asigurarea eficientei si eficacitatii actului medical, prin autoevaluarea si imbunatatirea continua a protocoalelor de diagnostic si tratament si a procedurilor privind activitatea medicale
- imbunatatirea atitudinii si comunicarii personal medical – pacient;
- Imbunatatirea calitatii serviciilor hoteliere , de spalatorie, alimentatie si curatenie conditiilor de cazare

✓ Asigurarea unui climat de siguranta pentru pacient si personal, prin

- depistarea, controlul si supravegherea infectiilor asociate asistentei medicale

- Identificarea și raportarea fără caracter acuzator a evenimentelor adverse asociate asistentei medicale ;
- Siguranța medicației și a procedurilor de administrare a acesteia; Siguranța procedurilor chirurgicale
- ✓ **Monitorizare continuă a calitatii serviciilor medicale în spital, prin intermediul structurii de management al calitatii serviciilor de sănătate**
 - Conformarea cu cerințele legale în domeniul calitatii
 - Menținerea certificatelor de calitate pentru domeniile de activitate ale spitalului)
 - Implicarea tuturor angajaților în vederea aplicării politicii în domeniul calitatii, mediului, SSO
 - Obținerea satisfacției pacienților, angajaților , tuturor partilor implicate
- ✓ **Îmbunătățirea continuă a performanțelor de calitate – mediu – sănătate și securitate ocupațională prin**
 - Utilizarea rațională a resurselor
 - Gestionarea corespunzătoare a deșeurilor și a substanțelor periculoase;
 - Asigurarea sănătății și securității în muncă pentru proprii angajați
 - Prevenirea accidentelor de muncă și a îmbolnăvirilor profesionale.
 - Promovarea atitudinii pozitive asupra muncii și îmbunătățirea continuă a condițiilor de muncă

Politica de management al riscurilor

Spitalul Orasenesc Horezu dezvoltă permanent o cultură organizațională orientată către siguranța pacienților și adoptă un stil de management proactiv, prin implementarea unor măsuri de identificare a riscurilor înainte ca ele să se materializeze și să producă consecințe nefavorabile asupra obiectivelor și activităților stabilite.

Procesul de management al riscurilor vizează:

- identificarea surselor de risc care pot afecta eficacitatea și eficiența activităților aferente obiectivelor specifice și analiza prealabilă a tuturor expunerilor la risc;
- definirea nivelului de toleranță la risc/ a nivelului acceptabil de expunere la risc;
- evaluarea probabilității ca riscul să se materializeze;
- stabilirea impactului și expunerea la risc;
- stabilirea tipului de răspuns la risc (strategia adoptată).

Gestionarea riscurilor se desfășoară la nivelul tuturor structurilor, atât medicale, cât și nemedicale, prin intermediul responsabililor cu riscurile, care completează Registrul riscurilor de la nivelul structurii ori de câte ori este nevoie, în acord cu Registrul riscurilor pe spital, și urmăresc implementarea măsurilor de control/diminuare a riscurilor.

Politica de utilizare a antibioticelor

Politica de utilizare a antibioticelor este orientată către reducerea unor eventuale efecte adverse și consecințe indesezirabile subsecvente, precum și la un management coerent la nivelul spitalului al conduitei antibioterapeutice.

Politica de securitate a rețelelor și sistemelor informatice care asigură furnizarea serviciilor esențiale

Politica de securitate a rețelelor și sistemelor informatice care asigură furnizarea serviciilor esențiale definește cerințele minime obligatorii de securitate a informațiilor pentru **Spitalul Orasenesc Horezu** și acționează ca un document umbrelă pentru toate celelalte politici de securitate și documentele asociate acestora, definind responsabilități în scopul de a:

- proteja și menține confidențialitatea, integritatea și disponibilitatea informațiilor și activelor aferente infrastructurii;
- gestiona riscul de expunere a securității informatice;
- asigura un mediu sigur și stabil al tehnologiei informației (IT);
- identifica și a asigura răspuns la evenimentele care implică utilizarea abuzivă a activelor informaționale, pierderea sau divulgarea neautorizată a datelor;
- monitoriza sistemele pentru identificarea de anomalii care ar putea indica compromiterea securității informatice;
- promova și crește gradul de conștientizare a securității informațiilor în rândul utilizatorilor.

Politica anticorupție

Politica anticorupție stabilește cerințele și acțiunile necesare în vederea respectării legislației aplicabile anticorupție și anti-mită.

Politica anticorupție este esențială aderarea întregului personal la principiile indicate în scopul:

- ✓ de a acționa în conformitate cu valorile instituției;
- ✓ de a proteja reputația spitalului;
- ✓ de a demonstra angajamentul instituției față de pacienți și aparținători;
- ✓ de a asigura respectarea tuturor legilor în domeniul anti-corupție;
- ✓ de a crește nivelul de conștientizare al personalului în privința riscurilor rezultate din fapte de corupție.

C. ANALIZA NEVOILOR DE ÎNGRIJIRI DE SANATATE ALE POPULATIEI DESERVITE DE SPITAL

Spitalul Orasenesc Horezu este un spital public general , cu nivel de competenta IV, situat la 45 de km de Spitalul Judetean de Urgenta Valcea si 75 km de Spitalul Judetean de Urgenta Gorj , intr-o zona turistica de interes national si zona miniera a bazinului carbonifer al Olteniei.

Spitalul dispune de o structură complexă de specialități, dotare cu aparatură medicală corespunzătoare, personal specializat, având amplasament și accesibilitate pentru teritoriul din jur.

Spitalul functioneaza in sistem monobloc pentru sectiile de acuti si pavilionar pentru sectiile de cronici (1918) si corpul Ambulatoriului de specialitate si este amplasat in orasul Horezu strada Alexandru Ioan Cuza nr.4, judetul Valcea .

Actualizarea Planului strategic se face periodic de catre Comitetul Director si are la baza atat analiza nevoilor de ingrijire a populatiei si piata de serviciilor de sanatate din teritoriu Horezu / judet Valcea cat si strategia nationala de sanatate 2023 – 2030.

Concluziile analizei nevoilor de ingrijire a populatiei si piata de serviciilor de sanatate din teritoriu Horezu / judet Valcea, reprezinta puncte de reper in definirea obiectivelor generale si specifice ale spitalului :

- Se remarcă deci o tendință de îmbătrânire accentuate a populatiei dar si o tendință, de depopulare (din punct de vedere a populatiei active) a localităților rurale.
- Crește continuu și permanent populația de 65 ani și peste, desi se inregistreaza si o scadere a populatiei tinere.
- Accentuarea procesului de îmbătrânire a populației pe parcursul următoarelor 2-3 decenii nu poate fi evitată, de aici obiectivul principal al politicilor în domeniul demografic constă în acomodarea societății la un nou profil al structurii pe vârste a populației.
- Având in vedere incidența in anul 2023 a principalelor categorii de boli (conform datelor statistice colectate la nivelul DSP Vâlcea) se constată faptul că în anul 2023 incidența bolilor aparatului circulator, a tumorilor maligne a continuat tendinta ascendentă. O crestere suprinzatoare a inregistrat-o tuberculoza, probabil pe fondul neglijării simptomelor, confundate cu virozele de sezon.
- Analizând prevalența unor afecțiuni (bolnavii cronici rămași în evidența medicilor de familie sau cabinetelor de specialitate), constatăm faptul că se înregistrează o creștere a numărului 4 de bolnavi dispensarizați pentru majoritatea bolilor aflate in supraveghere. Creșteri semnificative se înregistrează la scleroza multiplă, insuficiența renală cronică, TBC, diabet zaharat.
- In anul 2023, la nivelul judetului, a crescut morbiditatea spitalizată in majoritatea grupelor de boli, cu precădere (peste 30% creștere) in bolile aparatului osteoarticular (au trecut pe primul loc in ierarhie), bolile pielii și țesutului celular subcutanat, bolile infectioase (probabil datorita codificarii Covid), , bolile urechii.
- In cadrul spitalului numarul bolnavilor internati a crescut an de an la toate categoriile de servicii medicale acordate In cadrul internarilor in spitalizare continua se pastreaza pe prima pozitie afectiunea Pneumonia, nespecificata
- Pentru Spitalul Horezu ramine o problema majora deficitul de medici in specialitatile radiologie si imagistica medicala , pediatrie , medicina interna , ATI, medicina de urgenta
- Necesitatea de modernizare și eficientizare a infrastructurii medicale precum si prin crearea unor condiții moderne pentru spitalizare de zi, neurologie și recuperare medicală,
- Populația deservită, preponderent îmbătrânită și cu venituri reduse, are nevoie de acces îmbunătățit la servicii medicale moderne, în special pentru afecțiuni cronice, precum cele cardiovasculare, neurologice și reumatologice; paliative sau ingrijiri la domiciliu.
- Cresterea numarului de servicii medicale in regim de spitalizare de zi, contribuie si la cresterea veniturilor obtinute de spital.

D. ANALIZA PIETEI DE SERVICIILOR DE SANATATE LA NIVEL LOCAL

Spitalul Orasenesc Horezu, prin structurile lui furnizeaza urmatoarele tipuri de servicii medicale:

- **servicii spitalicești** profil acuți (spitalizare continua 113 paturi si spitalizare de zi 5 paturi)
- servicii spitalicești profil cronici (Cronici + RMFB 47 paturi)
- **servicii de radiologie și imagistică medicală**
- servicii de **laborator de analize medicale**
- **servicii ambulatorii de specialitate**
- servicii spitalicești de urgenta

O analiza a datelor din tabelul de mai jos, pe ultimii 4 ani, indica o crestere an de an a tuturor serviciilor medicale acordate

Total spital/an	Spitalizare continua – acuti Cazuri realizate	Spitalizare continua- cronici Cazuri realizate	Spitalizare de zi	Servicii paraclinice	Nr consultatii realizate ambulatoriu
2021	793	971	15 799		36 700
2022	2 453	575	15 516	6 175	35 232
2023	2 469	819	16 678	9 857	38 440
2024	2 777	1 043	18 872	11 181	37 543

Pentru **serviciile de radiologie si imagistica medicala** , spitalul dispune de aparatura de inalta performanta (CT, RMN, ecograf , mamograf , aparat radiografii digitale , aparat radiologie mobil, sistem Pacs etc) ridicandu-se in acest fel la nivelul celorlalte unitati medicale de stat si private

- Sanmed srl(radiologie, RMN, CT)
- Sc Medvil pst srl (RMN, CT)
- Spital judetean de urgenta Valcea(radiologie, CT, scintigrafie osoasa)
- Sc Balneomedcenter s.a (radiologie, DEX, ecografie)
- Spital municipal Dragasani (radiologie , CT)

Din punct de vedere al personalului medical , suntem deficitari avand un singur medic radiolog, iar interpretarile investigatiilor de la CT, RMN, mamograf sunt realizate in sistem de telemedicina

Pentru **serviciile de laborator de analize medicale** dispunem de echipamente si aparatura noua , performanta , personal medical de specialitate asigurand o gama diversificata de investigatii paraclinice Sunt insa si unele analize medicale care sunt lucrate de Synevo in baza unui contract de colaborare . In urma analizelor efectuate cu privire la dotare, servicii oferite, concurenta din judet, acordam o atentie sporita obtinerii acreditarii RENAR a laboratorului . In acest fel ne vom ridica la nivelul de credibilitate a celorlalte unitati

- SC RAPITEST CLINICA SRL Rm. Valcea, Str. V.Olanescu, Nr. 11
- SC SANMED SRL Rm. Valcea, Str. Matei Basarab, Nr. 3
- CMI DR CUCULICI ELEONORA Dragasani, Str. T. Vladimirescu, Bl. L 6, Sc. C, parter, Ap. 2
- SC MONDO MEDICA SRL Rm. Valcea, Str. Danil Ionescu, Nr. 2A
- SC BINISAN SRL Str. Piata Pandurilor, Bl.H, Sc. D, Et. 3, Ap. 7, Dragasani
- SPITAL JUDETEAN DE URGENTA VALCEA Municipiul Rm. Valcea, Str. Calea lui Traian, Nr. 201
- SC BALNEOMEDCENTER S.A Rm. Valcea, Str. Ostroveni, Nr. 142

Competitie este in judet si pentru **serviciile de recuperare medicala** . Spitalul dispune de 8 locuri in contract cu CAS Valcea , insuficiente pentru fluxul mare de pacienti . In judet sunt alti 10 furnizori de servicii de acest fel.

1	BAILE GOVORA SA	Baile Govora, str.Tudor Vladimirescu, nr. 119, judetul Valcea
2	TBRCM OLANESTI	Baile Olanesti,str.Muncitorilor, nr 1, judetul Valcea
3	SC BN SIND BALNEO TURISM SRL punct lucru Baile Govora	Bucuresti, str. Turturelelor, nr 11 A, Bl.C, cam 26-30 punct de lucru Str.Tudor Vladimirescu, nr.164, Baile Govora
4	SC ALFA HOTEL SRL PUNCT LUCRU BAILE OLANESTI	Bucuresti, Bdul. Tineretului, nr 51,bl 64 sc. 2 ap.37 adresa punct de lucru Baile Olanesti, str. Livadia nr. 1

5	SC CSDR SIND TURISM SRL BUCURESTI- SUCURSALA CACIULATA	Bucuresti, str. Boldesti, sect 5 nr. 44 Sucursala Calimanesti, str Calea lui Traian, nr. 559, Hotel Traian, Caciulata.
6	SC CALIMANESTI CACIULATA SA	Calimanesti, str, Calea lui Traian, nr. 794
7	SC OLANESTI RIVIERA SA	Baile Olanesti, str. Bailor, nr. 10
8	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA VALCEA	Rm. Valcea, str. Calea lui Traian, nr. 201
9	SPITALUL ORASENESC HOREZU	Horezu, str Alexandru Ioan Cuza, nr. 4, judetul Valcea
10	SC BARRECO LARY SRL	Baile Olanesti, str. Libertati nr. 36, judetul Valcea

Pentru a putea concura cu ceilalti furnizori de servicii spitalul acorda o mare atentie dotarii bazei de tratament care se regaseste in structura spitalului. In prezent baza de tratament dispune de aparatura noua si echipamente moderne: (baie galvanica cu 4 celule, bucatarie parafina inox cu 14 tavi, aparat terapie combinat – electroterapie, masa elongatii cervicale si lombare , masa Bobath si cusca Rocher)

In ceea ce priveste personalul medical , avand in vedere adresabilitatea mare , este nevoie de suplimentarea acestuia

Competitia locala este si in **segmentul de cronici**. Exista in judet Spitalul de boli cronice Bărbătești care dispune de 32 paturi din care doar 8 in contract cu CAS Vâlcea, insa avand in vedere ascensiunea an de an a acestui segment de servicii medicale numarul de paturi din cadrul spitalului incep sa devina tot mai insuficiente..

O mare adresabilitate in judet o au si **serviciile medicale de reumatologie**. In cadrul spitalului exista compartimentul de reumatologie cu 10 paturi, paturi .In judet sint putini furnizori de astfel de servicii iar adresabilitatea este foarte mare

- SC RAPITEST CLINICA SRL , Rm. Valcea, Str. V.Olanescu, Nr. 11
- SPITAL JUDETEAN DE URGENTA VALCEA Municipiul Rm. Valcea, Str. Calea lui Traian, Nr. 201
- SC BALNEOMEDCENTER S.A Rm. Valcea, Str. Ostroveni, Nr. 142

Atât in Horezu cât și în Sinești există **stație/ punct de lucru ale SAJ Vâlcea**, factor favorizant in rezolvarea promptă a urgențelor prespitalicești sau in transferul rapid al pacienților critici.

Singura alternativă geografică a pacienților rămâne Spitalul Județean de Urgență Vâlcea , aflat la 40 de km . Spitalul Județean de Urgență Vâlcea este și singura alternativă pentru anumite patologii – boli infecțioase, chirurgie cardiovasculară, spitalizare psihiatrie, neurochirurgie, oncologie,

Probleme identificate- lipsa spatii adecvate pentru desfasurarea activitatilor medicale in regim de spitalizare de zi ,

Concluziile analizei pietei de servicii din teritoriul jud Valcea precum si analiza nevoilor de ingrijiri de sanatate ale populatiei deservite de spital au fost preluate din ANALIZA NEVOILOR DE SERVICII DE SANATATE SI A PIETEI DE PROFIL 2025 elaborata de catre spital si inregistrata sub nr 5718 din data 29.05.2025

E. ANALIZA SWOT

PUNCTE TARI	PUNCTE SLABE
- Spital acreditat la nivelul II cu recomandari, unul din cele mai bune niveluri de acreditare - Gamă largă de specialități medicale - Furnizor de investigatii de inalta performanta de tip RMN, CT - Experienta si profesionalism medicilor si asistentilor medicali; - Laboratoare si compartimente specializate de investigatii dotate cu aparatura performanta ; - Complexitate in crestere a patologiei tratate , in special in sectiile chirurgie generala, medicina interna, neurologie - Nucleul SI reprezintă HOSPITAL MANAGER cel mai nou și performant sistem informațional, conceput și realizat în conformitate cu ultimele tendințe în domeniul sistemelor informaționale, - Ambulanta proprie in vederea asigurarii serviciilor de transport a pacientilor atit pentru efectuarea altor investigatii cit si pentru	- Subutilizare a sectiilor NN - Nu se asigura in spital servicii de endocrinologie , servicii de cardiologie - Imposibilitatea dezvoltarii specialitatilor chirurgicale (ORL, oftalmologie , urologie) datorita lipsei de spatiu - Învechirea morală și fizică a echipamentelor pe care rulează Hospital Manager și a celorlalte componente ale SII - Deficit de medici (pediatrie , cardiologie, ATI, medicina de urgenta, radiologie, microbiologie) - Asistența medicală de urgență deficitară datorită lipsei medicilor de

externarea lor

- Implementare proiecte cu fonduri nerambursabile pentru modernizarea si reabilitarea Ambulatoriului, dotarea cu echipamente moderne a sectiei ATI, a laboratorului de radiologie si imagistica medicala , cresterea sigurantei pacientilor prin modernizarea instalatiilor electrice, instalatii de detectie si avertizare incendiu, instalatii de detectie si avertizare concentratie maxima de oxigen , modernizarea laboratorului de microbiologie cu echipamente moderne pentru depistarea, controlul si supravegherea infectiilor asociate asistentei medicale
- depunerea proiectului Construire corp nou p+2e la Spitalul Orăşenesc Horezu, în judeţul Vâlcea, în vederea asigurării spaţiului pentru desfasurarea activitatii de spitalizare de zi .

specialitate medicină de urgență (CPU partial nefunctional), fara finantare de la Ministerul Sanatatii

- Număr paturi de spitalizare de zi insuficiente pentru a acoperi necesarul de servicii
- Absența acreditării RENAR a laboratorului de analize medicale- impediment in contractarea serviciilor paraclinice de laborator de analize medicale cu CAS Vâlcea
- Servicii medicale pentru boli cronice intr-o perioada scadere

OPORTUNITATI

- Sustinerea de catre Consiliul Local a initiativelor spitalului ;
- Dezvoltarea capacitatilor digitale ale spitalului, in scopul cresterii nivelului de inovare si a competitivitatii / eficientizarii activitatii la nivel institutional
- Finanțarea prin subvenții de la MS a creșterilor salariale
- Salarii și plata gărzilor atractive pentru medici
- Concurența în creștere la admiterea in facultățile de medicină, favorizând o selecție mai bună a viitorilor medici
- Posibilitatea accesarii de fonduri UE nerambursabile direct de catre spital
- Constructia blocului de locuinte in regim ANL pentru tinerii specialisti

AMENINTARI

- Nivelul de trai scăzut datorită îmbătrânirii populației;
- Tendința migrării corpului medical către țările UE;
- Creșterea costurilor asistenței medicale;
- Concurența: Spitalul Județean de Urgență Valcea, spitale private de acuti si cronici;
- Blocarea scoaterii la concurs a posturilor
- Procedura greoaie de organizare si desfasurare a concursurilor comparative cu sectorul privat

F. ANALIZA INDICATORILOR DE PERFORMANTA

Categoria de indicatori	Denumire indicator	Valoarea realizata la 31.12.2021	Valoarea realizata la 31.12.2022
Indicatori de management al resurselor umane	Numar mediu de bolnavi externati pe un medic	42.94	73.83
	Numar mediu de bolnavi externati pe o asistenta	14.15	21.02
	Numarul mediu de consultatii pe un medic in ambulatoriu	1622	2481
	Numar mediu de consultatii pe medic in camera de garda / UPU/CPU	507	818
	Proportia medicilor din totalul personalului	14.91%	13.67%
	Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului	64.06%	66.00%
	Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical	29.62%	27.27%
Indicatori economico-financiari	Executia bugetara fata de bugetul aprobat (%)	80.24%	84.62%
	Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului (%)	70.02%	82.15%
	Procentul cheltuielilor cu medicamente din totalul cheltuielilor spitalului (%)	3.32%	4.69%
	Costul mediu pe zi de spitalizare	2526.85	1746
	Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului (sintagma "venituri proprii" inseamna, in cazul acestui indicator, toate veniturile obtinute de spital, exclusiv cele obtinute in contractul cu casa de asigurari)	22.80%	5.96%

Categoria de indicatori	Denumire indicator	Valoarea realizata la 31.12.2021	Valoarea realizata la 31.12.2022
Indicatori de utilizare a serviciilor	Numarul de pacienti externati - total spital si pe fiecare sectie *	1764	3027
	Durata medie de spitalizare total spital si pe fiecare sectie	8.43	7,05
	Rata de utilizare a paturilor (zile)	94.42	135
	Rata de utilizare a paturilor (%)	25.87	36,95
	Indicele de complexitate al cazurilor pe spital si pe fiecare sectie *	0.9607	0,9444
	Procentul pacientilor cu interventii chirurgicale din totalul pacientilor externati din sectiile chirurgicale (%)	55.97%	60
Indicatori de calitate	Rata infectiilor nozocomiale - pe total spital	0.567%	26
	Rata mortalitatii intraspitalicesti, pe total spital si pe fiecare sectie	4.25%	0,13
	Rata pacientilor reinternati (fara programare)intervalul de 30 de zile de la externare	2.44%	0,40
	Indice de concordanta intre diagnosticul la internare si diagnosticul la externare*	67.40%	73,47
	Procentul pacientilor internati si transferati catre alte spitale (%)*	6.36%	3,13
	Numarul de reclamatii/plangeri ale pacientilor inregistrate	0	4

Categoria de indicatori	Denumire indicator	Valoare realizata anul 2023	Valoarea realizata anul 2024
Indicatori de management al resurselor umane	Proportia medicilor din totalul personalului	15.50%	15,57%
	Proportia personalului de specialitate medico-sanitar din totalul personalului angajat al spitalului	0.70%	64%
	Gradul de ocupare cu personal specializat a serviciului/compartimentului de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale	75.00%	75%
Indicatori de utilizare a serviciilor	Durata medie de spitalizare total spital	8.50	6,99%
	Rata de utilizare a paturilor (%)	64.40	46,02%
	Indicele de complexitate al cazurilor pe spital si pe fiecare sectie *	1.1500	1,2099
	Numărul spitalizărilor de zi raportat la numărul total de spitalizări	16800 / 20400	18872 / 22692
	Numar total de spitalizari de zi	16800	18872
	Numarul total de spitalizari (spit.continua + spit. zi)	20400	22692
Indicatori economico-financiari	Executia bugetara fata de bugetul aprobat (%)	81.00%	93,32%
	Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului (sintagma "venituri proprii" inseamna, in cazul acestui indicator, toate veniturile obtinute de spital, exclusiv cele obtinute in contractul cu casa de asigurari)	5,70%	6,19%
	Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului (%)	81.00%	79,18%
	Procentul cheltuielilor cu medicamente din totalul cheltuielilor spitalului	3,20%	3,66%
	Costul mediu pe zi de spitalizare	1750	1806,6
Indicatori de calitate	Rata mortalitatii intraspitalicesti, pe total spital si pe fiecare sectie	3.40%	0,16%
	Rata infectiilor nozocomiale - pe total spital si pe fiecare sectie	0.60%	0,31%
	Sanctiuni/Măsurile de remediere dispuse de către Inspectia Sanitară de Stat în urma acțiunilor de inspecție a măsurilor igienico-sanitare, activităților de sterilizare și dezinsecție în spital	25.00%	
	Numarul mediu de consultatii pe un medic in ambulatoriu	1950	1865
	Rata de screening pentru germenii cu risc epidemic (enterobacterii rezistente la carbapenem, enterococi rezistenți la vancomicină, enterobacterii producătoare de betalactamaze cu spectru extins) la pacienții internați în secțiile ATI, oncologie, hematologie	65%	100%

	Realizarea anuală a unui studiu de prevalență de moment a infecțiilor asociate asistenței medicale și a consumului de antibiotice pe baza metodologiei elaborate de Institutul Național de Sănătate Publică	Studiu de prevalență realizat	Studiu de prevalență realizat
	Rata de conformitate cu administrarea unei doze unice de antibiotic în profilaxia antibiotică perioperatorie constatată la studiul de prevalență de moment	100	100
	Sistem de comunicare cu aparținătorii/reprezentanții legali ai pacienților, procedurat și implementat	Procedura elaborate si implementata PS 08	Procedura elaborate si implementata PS 08
	Sistem de evaluare a gradului de satisfacție a pacienților, procedurat și implementat	Procedura elaborate si implementata DM PO 34	Procedura elaborate si implementata DM PO 34
Indicatori de integritate	Proporția angajaților unității sanitare care au fost instruiți prin intermediul programelor de formare profesională pe tema conflictelor de interese și a incompatibilităților	100%	100%
	Gradul de realizare a măsurilor preventive pentru limitarea conflictelor de interese și a incompatibilităților:	100%	98,5%
	a) respectarea standardului general de publicare a informațiilor de interes public conform anexei nr. 4 la Hotărârea Guvernului nr. 1.269/2021 privind aprobarea Strategiei naționale anticorupție 2021 - 2025 și a documentelor aferente acesteia;	65%	94%
	b) existența unui Ghid privind conflictele de interese și incompatibilitățile, precum și documentarea faptului că a fost adus la cunoștință angajaților;	Ghid elaborat si implementat	Ghid elaborat si implementat
	c) existența unei proceduri în conformitate cu prevederile Legii nr. 571/2004 privind protecția personalului din autoritățile publice, instituțiile publice și din alte unități care semnalează încălcări ale legii, precum și aducerea acesteia la cunoștință angajaților;	PS 13	PS 13
	d) funcționarea Consiliului etic.	ROF, procese verbale sedinta raport activitate PS 18	constituit, procese verbale sedinta, raport activitate ,PS 18

Indicatori economico – financiari

Principala sursa de finantare a spitalului o constituie contractul incheiat cu Casa Județeană de Asigurari de Sănătate Valcea pentru servicii medicale prestate în regim de spitalizare continuă (DRG si tarifi cronici), regim spitalizare de zi, ambulatoriu, servicii paraclinice, recuperare.

Structura BVC- VENITURI (sursa – serviciul financiar – contabilitate)

- mii lei

	31.12.2022		31.12.2023		31.12.2024	
Total venituri din care :	35.895	100%	40021	100%	48746	100%
Venituri din contractele cu CAS Valcea	33.736	93,98	37552	93,84	45731	93,82
Venituri din contractele cu DSP Valcea	927	2,58	1103	2,76	1118	2,29
Venituri proprii	876	2,44	950	2,37	1039	2,13
Venituri buget local	47	0,13	-			
Venituri din programe DSP Valcea – TBC	39	0,11	78	0,19	32	0,07
Venituri programe screening DSP Valcea	31	0,09	33	0,8	24	0,05
Burse	0	0	0	0		
Disponibil an precedent	20	0,06	183	0,46	802	1,64
Finantare din fonduri externe nerambursabile	219	0,61	121	0,30		
Program screening auditiv	0		1			

Structura BVC: CHELTUIELI (sursa – serviciul financiar – contabilitate) - mii lei –

	31.12.2022		31.12.2023		31.12.2024	
Total cheltuieli din care:	35.712	100	39218	100	47423	100%
Titlul I -cheltuieli de personal	29.156	51,64	31801	81,09	37396	78,86
Titlul II -cheltuieli cu bunuri si servicii	6.069	17,00	7257	18,50	9513	20,06
Din care:						
Cheltuieli cu medicamente si materiale sanitare	2.374	39,12	1385	0,19	3131	

titlul IX - alte cheltuieli	18	0,05	6	0,02	7	0,01
Titlul XIII – active nefinanciare	469	1,31	66	0,17	507	1,07
Titlul X – fonduri externe			88	0,22		

Indicatori de management a resurselor

Resursele umane din sanatate constituie una dintre cele mai importante si costisitoare resurse din acest sector , ele determinand utilizarea celorlalte resurse

In ultimii 3 ani , s-a avut in vedere atragerea de medici, atat in specialitatile deficitare cit si in specialitatile in care activeaza medici pensionari .

Personalul care își desfășoară activitatea în structurile spitalului se încadrează în Normativul de personal aprobat prin Ord. MS 1224/2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească.

Situatia resurselor umane in perioada pe ultimii 3 ani (sursa – serviciul resurse umane

Categoricia de personal	Situatia resurselor umane la data de 31.12.2022			Situatia resurselor umane la data de 31.12.2023			Situatia resurselor umane la data de 31.12.2024		
	A	O	V	A	O	V	A	O	V
TOTAL PERSONAL din care:	341	305	36	341	308	33	338	312	26
Medici	63	46	17	61	46	15	61	45	16
Alt personal sanitar superior	8	8	0	9	8	1	9	8	1
Personal sanitar mediu (asistenti+tehnician+statistician	154	149	5	156	151	5	155	151	4
Personal auxiliar (infirmiere+ingrijitoare)	69	65	4	69	63	6	69	67	2
Personal economic TESA	21	17	4	22	17	5	21	18	3
Muncitori	25	20	5	24	23	1	23	23	0
Personal de deservire	1	0	1						

A= aprobate

O= ocupate

V= vacante

Constatari : Se constata o scadere an de an a locurilor vacante dar se pastreaza deficitul de medici (16 posturi vancate specialitatile deficitare fiind medicina de urgenta, pediatrie, cardiologie, endocrinologie,

Indicatori de calitate

INDICATOR	31.12.2022		31.12.2023		31.12.2024	
	Cifra	Procent	Cifra	Procent	Cifra	Procent
Numar evenimente adverse raportate	16	0.007%	23	0,009%	10	0,26%
Numar evenimente santinela raportate	0%	0%	0	0	0	0
Reinternari la 30 zile de la data externarii	74	2,44%	124	3,77%		
Numar pacienti pe lista de asteptare	0	0%				
Rata mortalitatii intraspitalicesti	0,13%		2,5%		0,22%	
Procent pacienti decedati la 24 ore de internare pe total spital	0.%		0,4%		0,04 %	
Rata IAAM pe total spital	0.40%		0,60%		0,31%	

Analiza chestionarelor de satisfactie a pacientilor

Incepind cu 15. Martie 2020 spitalul a fost inclus in lista spitalelor suport COVID, astfel ca o perioada nu s-au mai facut internari pe sectii . Pacientii spitalului au fost doar persoane confirmate sau suspecte de infectia cu Sars Cov 2 . In aceste conditii , s-au colectat putine chestionare **de satisfactie ale pacientului”**,

Anul	Pacienti internati in perioada	Nr chestionare distribuite	total chestionare completate	nr pacienti multumiti si foarte multumiti	grad de satisfactie %
2020	1359	1359	240	230	96
2021	1044	1044	147	145	97
2022	2382	2250	472	460	97
2023	2210	2202	246	226	92
2024	2793	2773	245	230	94

Concluzii :

1. Procentul pacientilor care au raspuns la chestionar este unul foarte mic 8,84 in anul 2024 in scadere fata de anii precedenti (17,6 % in anul 2020; 14% in anul 2021 si 21 % in anul 2022 SI 11,7 % IN 2023)
2. **Gradul de satisfactie al pacientilor se mentine oscileaza intre 92 si 97 % ,**
3. Desi la rubrica observatii / propuneri pentru imbunatatirea activitatii spitalului nu au fost facute completari, dupa notele acordate ramin aceleasi aspecte de imbunatatit referitoare la:
 - Ingrijirile acordate de personalul medical mediu si auxiliar
 - Calitatea hranei , lenjeriei , pernelor, saltelelor
 - Curatenie in saloane si la grupurile sanitareO mai buna comunicare a personalului medical cu pacientii

Situatia dotarii cu echipamente si aparatura medicala

In prezent spitalul este dotat cu aparatura si echipamente medicale bune , insa achizitionarea de aparatura de noua generatie , care face parte din prioritatile managementului, aduce un plus de siguranta si satisfactie pentru serviciile medicale acordate pacientilor .

Spitalului este beneficiarul unui proiect cu finantare din fonduri europene , accesat de catre Primaria Orasului Horezu pentru dotarea si modernizarea Ambulatoriului integrat cu aparatura de inalta performanta (CT, RMN, ecograf , mamograf , aparat radiografii digitale , aparat radiologie mobil, sistem Pacs etc) aparatura care a fost deja achizitionata si pusa in functiune proiectul urmand a fi finalizat la sfirsitul anului 2022

Totodata prin proiectul „Întărirea capacității Spitalului Orășenesc Horezu de gestionare a crizei sanitare COVID-19”, cod SMIS 139606, au fost achizitionate echipamente pentru dotarea si modernizarea Compartimentului ATI

Prin „Proiectul creșterea siguranței pacienților in Spitalul Orasenesc Horezu a fost modernizat sistemul de distributie a oxigenului pentru pacienti ,

G. MISIUNE, VIZIUNE SI VALORIILE SPITALULUI

I. MISIUNE

Sa fie permanent un spital de performanță in rețeaua de sănătate locală , orientat catre necesitatile actuale si asteptarile viitoare ale pacientilor si de a le furniza servicii medicale la timp și pline de compasiune pacienților și familiilor lor , la cel mai înalt standard posibil , prin personal calificat, competent, format și perfecționat continuu.

II. VIZIUNE

SPITALUL ORĂȘENESC HOREZU , urmărește dobândirea si mentinerea unei reputatii foarte bune, prin asigurarea unor servicii de calitate intr-o gama larga de specialitati, bazate pe cele mai bune practici, cu resurse tehnologice adecvate și oferite de o echipă calificată, motivată și orientata catre pacient..

III. VALORI COMUNE SI PRINCIPII ALE CALITATII

-  respectarea dreptului la asistenta medicala;
-  garantarea calitatii si siguranței actului medical;
-  creșterea rolului serviciilor preventive;
-  asigurarea accesibilitatii la servicii,
-  respectarea dreptului la libera alegere si a egalitatii de sanse;
-  aprecierea competentelor profesionale si încurajarea dezvoltării lor;
-  transparenta decizionala

H. DIRECTII STRATEGICE

a) Scop

Scopul planului de management il reprezinta stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului in vederea asigurarii unui climat de siguranta si cresterea gradului de satisfactie al pacientilor care beneficiaza de servicii medicale in cadrul spitalului printr-un mananagement adecvat al infectiilor asociate asistentei medicale, evenimentelor adverse si asigurarea minimului de specialisti care sa asigure un management integral al cazurilor , .

b) Statusul activitatilor din cadrul planului strategic sunt colorate conform legendei :

Status activitati din cadrul Planului Strategic			
Realizat	În derulare	Nou	Anulat / aminat

OBIECTIVE GENERALE ,SPECIFICE, ACTIVITĂȚI

Obiectiv generale 1 Imbunatatirea continua a calitatii serviciilor de sanatate si a performantei actului medical

Obiective specifice	Activitati	Rezultate asteptate :	Indicatori de monitorizare	Termen	Responsabil	Resurse necesare	Buget estimat (lei)
1.1. Ameliorarea practicilor medicale si de ingrijire a pacientului  	Elaborarea si actualizarea protocoale care sa acopere patologia tratata in cadrul sectiei / compartimentului Necesitatea permanenta de imbunatatire a planului de ingrijire Consultarea pacientului in luarea deciziilor cu privire la planul de diagnostic si tratament , datei externarii si a datei/perioadei controlului urmator;	elaborarea de protocoale terapeutice in baza ghidurilor adoptate pentru patologiile tratate	Nr. Protocoale clinice elaborate si avizate privind afectiuni tratate in spitalizare continua / top 20 afectiuni principale tratate in spitalizare continua, pe perioada analizata nr protocoale actualizate / nr protocoale elaborate per sectii) Nr planuri ingrijire incomplete / nr planuri ingrijire	Permanent	Medici, Medic sef sectie /compartiment DM , Consiliul Medical	<u>Umane</u> : personal <u>Materiale</u> : ghiduri, internet, materiale suport, <u>Financiare</u> surse de finantare proprii	
	Necesitatea permanenta de imbunatatire a planului de ingrijire	Adaptarea planurilor de ingrijire nenoilor fiecarui pacient	Nr planuri ingrijire incomplete / nr planuri ingrijire T= 0% Număr personal medical de îngrijire existent / număr personal medical necesar estimat. T= Număr asistenți medicali care au urmat cursuri de educație medicală continuă având ca temă planul de îngrijire, efectuate anual / număr total asistenți, pentru fiecare secție. T=100%	Permanent		-	
1.2. Creșterea satisfacției generale a pacienților față de tratamentul primit și atitudinea personalului. 	Monitorizarea gradului de satisfacție generală a pacienților față de tratamentul primit și atitudinea personalului. Centralizarea chestionarelor de evaluare a gradului de satisfacție a pacienților. Adoptarea, dacă este cazul, de măsuri pentru creșterea satisfacției generale a pacienților față de tratamentul primit și atitudinea personalului.	Menținerea unui grad ridicat de satisfacție a pacienților	Nr. pacienți nemulțumiți în general față de tratamentul primit și atitudinea personalului / Nr. pacienți chestionați / an. Nr. măsuri implementate pentru creșterea satisfacției generale a pacienților față de tratamentul primit și atitudinea personalului / Nr. măsuri adoptate pentru creșterea satisfacției generale a pacienților față de tratamentul primit și atitudinea personalului / an.	Lunar	Comitet director, Consiliu medical, SMC	<u>-umane</u> : Comitet director, Consiliu medical, SMC <u>-materiale</u> : dotări și consumabile <u>-financiare</u> : anual cvaloare contract Feddback	21.420

1.3.Creșterea gradului de confort și siguranță a pacientului prin asigurarea unor condiții optime de investigații medicale, tratament, cazare, igienă, alimentație. 	Monitorizarea gradului de satisfacție a pacienților față condițiile hoteliere acordate. Centralizarea chestionarelor de evaluare a gradului de satisfacție a pacienților. Adoptarea, dacă este cazul, de măsuri pentru creșterea gradului de confort și siguranță a pacientului.	Mentinerăa unui grad ridicat de satisfacție a pacienților	Nr. pacienți nemulțumiți de cazare/ Nr. Pacienți chestionați / an. Nr. pacienți nemulțumiți de calitatea lenjeriei și a efectelor de spital/ Nr. pacienți chestionați / an. Nr. pacienți nemulțumiți de curățenie/ Nr. Pacienți chestionați / an. Nr. pacienți nemulțumiți de distribuția și modul de servire al hranei/ Nr. pacienți chestionați/ an. Nr. pacienți nemulțumiți de calitatea alimentației / Nr. pacienți chestionați/ an. Nr. măsuri adoptate pentru creșterea gradului de confort și siguranță a pacientului/an.	Lunar	Comitet director, Consiliu medical, SMC	<u>-umane:</u> Comitet director, Consiliu medical, SMC <u>-materiale:</u> dotări și consumabile <u>-financiare:</u> -anual cf BVC(materiale curatenie+lenjerie si accesorii de pat)	310 000
1.4 Reacreditarea unității sanitare conform standardelor ANMCS 	Pregatirea spitalului conform indicatorilor Inscrierea unitatii in ciclul III de re acreditare aplicabili. Desfășurarea vizitei/ auditului de re acreditare	Obținerea Certificatului de re acreditare.	Nr. indicatori de re acreditare aplicabili și care sunt îndepliniți de către spital. Nr. indicatori de re acreditare aplicabili, dar care nu pot fi îndepliniți de spital. Nr. de indicatori de re acreditare neaplicabili spitalului.	31.12.2027	Comitet director, SMC, șefi secții compartimente	<u>umane:</u> Comitet director, Șefii de secții/compartimente, SMC. <u>Materiale:</u> dotări și materiale necesare infrastructuraexistentă, <u>financiare:</u> taxa re acreditare	5000+ taxa
1.5.Dezvoltarea activității spitalului în concordanță cu necesarul de servicii medicale ale populației deservite, inclusiv prin dezvoltarea ofertei de servicii. 	Identificarea de servicii de sănătate noi necesare populației deservite. Identificarea măsurilor de realizare a serviciilor de sănătate nou identificate. Infiintare structura cu paturi Dotare cabinet de cardiologie Angajare medic specialitate cardiologie	Diversificarea serviciilor oferite Grad satisfacție pacienti 95% Contractarea cu CAS Valcea pentru furnizarea de servicii Diversificarea serviciilor medicale	Nr. servicii oferite populației în regim de spitalizare continuă (nr. externări) / an. Nr. servicii oferite populației în regim de spitalizare de zi (nr. externări) / an. Medic angajat Compartiment infiintat si functional	31.12.2026	Comitet Director	- umane: medic cardiolog, asistent medical, - materiale : dotari, consumabile - financiare: resurse pentru angajare personal medical, dotari	226 476
1.6. Dezvoltarea managementului calității serviciilor medicale și a controlului intern	-Identificarea activităților procedurabile. -Elaborarea procedurilor/ protocoalelor/ instrucțiunilor de lucru pentru activitățile identificate. -Identificarea riscurilor și a	procedurarea tuturor activitatilor completarea registrului de riscuri	Nr. proceduri/ protocoale/ instrucțiuni de lucru noi / an; Nr. proceduri/ protocoale/ instrucțiuni de lucru reeditate/ revizuite / an. Nr. riscuri identificate pentru procedurile/ protocoalele/ instrucțiunile de lucru	Permanent	Comisia de monitorizare, SMC	<u>umane:</u> Șefii de secții, compartimente, SMC, Comisia de monitorizare - <u>materiale:</u> dotări și materiale necesare	

managerial.	măsurilor de reducere a acestora pentru activitățile procedurabile identificate. - Implementarea procedurilor/ protocoloalelor/ instrucțiunilor de lucru elaborate.		elaborate/ reeditate/ revizuite/ an. Nr. secții în care a fost implementat Dosarul de îngrijiri / Nr. Secții existente Nr. ședințe control intern managerial / an.			elaborării documentației - <u>financiare</u> : -	
1.7. Monitorizarea si evaluarea performantei	Monitorizarea periodică a realizării indicatorilor de utilizare a serviciilor medicale și a indicatorilor de calitate. Audituri clinice și evaluarea practicilor medicale. Evaluarea eficacității și eficienței protocoloalelor diagnostice și terapeutice adoptate în scopul actualizării Implementarea măsurilor propuse în urma auditurilor clinice		Gradul de realizare a indicatorilor de utilizare a serviciilor medicale / an. Gradul de realizare a indicatorilor de calitate / an. Grad de realizare a misiunilor de audit Număr de protocoale de diagnostic și tratament auditate / număr total de protocoale de diagnostic și tratament utilizate, în ultimul an calendaristic. Grad de implementare a măsurilor (nr măsuri implementate / nr măsuri stabilite)		Comitet director, Consiliu medical, SMC, Serv. Evaluare și Statistică medicală, Consiliul Etic	- <u>umane</u> : Consiliu medical, Compartiment Statistică Medicală , SMC, Consiliul Etic - <u>materiale</u> : dotări și consumabile - <u>financiare</u>	
1.8. Menținerea autorizațiilor și avizelor specifice.	- Monitorizarea condițiilor pentru care s-au obținut autorizațiile și avizele specifice. - Înnoirea autorizațiilor și avizelor specifice la termenele stabilite prin reglementările legale.		S-au înnoit autorizațiilor și avizelor specifice la termenele stabilite prin reglementările legale?	Permanent	Comitet director, Consiliu medical	- <u>umane</u> : Comitet director, Consiliul medical - <u>materiale</u> : dotări și materiale necesare - <u>financiare</u> : taxele aferente eliberării autorizațiilor și avizelor specifice	

Obiectiv general 2 Dezvoltarea gamei de servicii de sanatate

Obiective specifice	Activitati	Rezultate asteptate :	Indicatori de monitorizare	Termen	Responsabil	Resurse necesare	Buget estimat (lei)
2.1..Imbunatatirea activitatii Compartimentul ui de primiri urgente	Imbunatatirea activitatii in CPU prin Angajarea unui medic specialist ATI sau de medicina de urgenta,efectuarea de cursuri de triaj de catre asistentii medicali , Finantarea de catre MS a CPU	Imbunatatirea activitatii in cadrul camerelor de garda	Nr incidente , evenimente adverse, evenimente santinela la CPU	31.12.2025	Comitet Director	- <u>umane</u> :Personal , - <u>materiale</u> : dotari, consumabile - <u>financiare</u> : surse de finantare	1.200.000
2.2. Mentinerea si dezvoltarea	Incheierea de parteneriate cu asociatii, fundatii sau alti	asigurarea continuitatii	Nr parteneriate incheiate pe tip de parteneriat	anual	Comitet director	- <u>umane</u> : Comitet director,	30.000

unui sistem de colaborare si parteneriate cu furnizori de servicii medicale, asociatii, servicii sociale, medico-sociale si de ingrijire la domiciliu	furnizori de servicii sociale sau medico-sociale, pentru consultatii interdisciplinare, investigatii imagistice, anatomopatologice si histopatologice si de analize medicale, cu cultele religioase pentru a oferi asistenta spirituala fara discriminare	asistentei medicale asigurarea efectuării unor investigatii de care nu dispune spitalul				compartiment achizitii, firme -materiale: dotări și materiale necesare -financiare: surse de finantare	
2.3. Infiintarea si punerea in functiune a cabinetului de medicina muncii 	Avizarea de catre Ministerul Sanatatii si aprobare de catre Consiliu Local a modificarii de structura Contractarea cu CAS a serviciilor	Diversificarea serviciilor medicale	Aviz al Ministerului Sanatatii autorizatie sanitara actualizata contract cu CAS pentru servicii	31.12.2022	Comitet Director	Personal , materiale surse de finantare	288 684
2.4. Acreditarea RENAR a laboratorului de analize medicale 	Inventarierea infrastructurii existente la nivel de laborator Verificarea structurii de personal Elaborarea si implementarea documentelor SMC	Contractarea cu CAS Valcea pentru furnizarea de servicii medicale de laborator	Certificat de acreditare RENAR obtinut	31.12.2025	Manager, Comitet Director, Sef laborator , RMC , Responsabil IT , RMC	-umane: Comitet Director, personalul laboratorului, RMC -materiale: dotari, consumabile -financiare:	249 200

Obiectiv general 3 Asigurarea unui climat de siguranta pentru pacient

Obiective specifice	Activitati	Rezultate asteptate :	Indicatori de monitorizare	Termen	Responsabil	Resurse necesare	Buget estimat (lei)
3.1. Menținerea la nivel minim a ratei infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM). 	Conștientizarea personalului în vederea minimizării IAAM. Planificarea si efectuarea testelor de autocontrol Centralizarea și comunicarea rezultatelor testelor de autocontrol		Nr. instruiți cu tematică privind limitarea IAAM efectuate/ Nr. instruiți cu tematică privind limitarea IAAM planificate/ an. Nr. teste autocontrol efectuate/ Nr. teste autocontrol planificate/ an. Rata infecțiilor asociate asistenței medicale/ an.	Permanent	Comitet director, Consiliu medical,	-umane: Comitet director, Consiliu medical, SPLIAAM -materiale: dotări , consumabile și materiale necesare -financiare: costurile testelor de autocontrol	20 000

3.2. Identificarea si raportarea fara caracter acuzator a evenimentelor adverse asociate asistentei medicale 	Identificarea, raportarea EAAAM Analiza anuala a incidentelor si evenimentelor indezirabile asociate asistentei medicale, aparute in spital sau in sistemul sanitar, in vederea prevenirii aparitiei acestora Completarea registrului de evidenta EAAAm Evaluarea periodica a modului de implementare a procedurii	Cresterea numarului de EAAM raportate Implementarea unor planuri de masuri in vederea prevenirii unor evenimente adverse similare	Număr de evenimente indezirabile raportate / total pacienți internați, pe an. Numar EAAAM raportate in termen de 24 ore/ nr total EAAAM /an Numarul de instruiți realizate privind modul de actiune in cazul evenimentelor santinela/ Numarul de instruiți planificate	Permanent	Comitet Director comisie monitorizare, BMC, sefi sectii /compartimente	<u>-umane:</u> Comitet director, Consiliu medical, Comisia de stewardship <u>-materiale:</u> dotări și consumabile <u>-financiare:</u> cval investigatiilor si tratamentelor suplimentare	20 000
3.3.Siguranța medicației și a procedurilor de administrare a acesteia 	- Monitorizarea si evaluarea periodica a modului de implementare a procedurilor privind prescrierea si administrarea medicamentelor - Instruirea periodica a personalului	Prevenirea erorilor in prescriereasi administrarea medicamentelor	-Nr EAAM datorate unor erori in prescrierea / administrarea medicamentelor -Nr reclamatii ca urmare a prescrierii / administrarii eronate a medicatiei=0	Permanent	Director Medical, Sef sectie / compartiment medicii, asistentele, farmacist sef	personal, birotica/materiale, sistem informatic, intranet, medicamente	1 900 000
3.4.Siguranța procedurilor chirurgicale 	➤ Monitorizarea si evaluarea periodica a modului de implementare a procedurii privind lista de siguranta a procedurilor chirurgicale ➤ Monitorizarea si evaluarea periodica a modului de implementare a ROF a blocurilor operatorii ➤ Controale periodice ale respectarii conditiilor de igiena si sterilitate in blcourile operatrii si sectii chirurgicale, inclusiv efectuare de probe de autocontrol microbiologi	Prevenirea erorilor in efectuarea de proceduri chirurgicale Reducerea riscului de infectii asociate procedurilor chirurgicale	-Nr EAAM datorate unor erori asociate interventiilor chirurgicale -Nr reclamatii ca urmare a unor erori asociate interventiilor chirurgicale=0	Permanent	Director Medical, Sef sectie/compartiment medicii, asistentele	personal, birotica/materiale, sistem informatic, intranet, istrumentar	30 000
3.5. Controlul antibioterapiei 	Respectarea procedurii privind buna practică în antibioterapie, în scopul reducerii consumului nejustificat de antibiotice. Efectuarea de analize periodice cu privire la reducerea consumului nejustificat de antibiotice.		Nr. instruiți cu tematică buna practică în antibioterapie efectuate / Nr. instruiți cu tematică buna practică în antibioterapie planificate / an. Nr. analize privind consumul nejustificat de antibiotice efectuate / Nr. analize privind consumul nejustificat de antibiotice planificate / an.	Permanent	Comitet director, Consiliu medical	<u>-umane:</u> Comitet director, Consiliul medical, Comitetul IAAM <u>-materiale:</u> dotări și consumabile <u>-financiare:</u> cval contract prestari servicii medic boli cinfectioase	72000

Obiectiv general 4 Dezvoltarea, modernizarea infrastructurii spitalului și dotarea cu aparatură/echipamente medicale în vederea creșterii eficienței și calității serviciilor medicale și a asigurării accesului echitabil al populației la acestea.

Obiective specifice	Activitati	Rezultate asteptate :	Indicatori de monitorizare	Termen	Responsabil	Resurse necesare	Buget estimat (lei)
4.1.Modernizarea sau imbunatatirea dotarii spitalului prin accesarea de fonduri UE    	„Întărirea capacității Spitalului Orășenesc Horezu de gestionare a crizei sanitare COVID-19”, cod SMIS 139606, pentru dotarea și modernizarea Compartimentului ATI :	-siguranta si satisfactie pentru serviciile medicale acordate pacientilor .	Numar si tip aparatura medicala achizitionata si pusa in functiune	31.12.2022	Comitet director	echipamente si aparatura medicala, firma constructii, personal medical, resurse financiare	3,479,435.40 lei (fonduri de la MS)
	Dotarea Cabinetului de Planning Familiar al Spitalului Orasenesc Horezu cu aparatura, instrumentar si tehnica medicala, tehnica de calcul si mijloace de transport.	Cresterea cu 10% a numarului de pacienti care beneficiaza de servicii	Numar si tip aparatura medicala achizitionata si pusa in functiune / an	31.12.2025	Comitet director	<u>-umane:</u> Comitet Director firma consultanta ,personal medical, <u>-materiale:</u> echipamente si aparatura medicala, <u>-financiare:</u> fonduri UE	274.968,16 lei exclusiv TVA reprezentând 55.727,00 Euro
	Proiect cresterea sigurantei pacientilor in Spitalul Orasenesc Horezu pentru modernizarea sistemului de distributie a oxigenului pentru pacienti	siguranta si satisfactie pentru serviciile medicale acordate pacientilor .	Numar si tip aparatura medicala achizitionata si pusa in functiune / an	31.12.2025	Comitet director	<u>-umane:</u> Comitet director, firma consultanta proiect, firma prestari servicii <u>-materiale:</u> echipamente, <u>-financiare:</u> fonduri UE+ fonduri primarie	11 398 710,92
	Proiect „Echipamente și materiale destinate reducerii riscului de infecții nosocomiale (dotarea laboratorului de microbiologie în vederea îmbunătățirii capacității și capabilității laboratoarelor de microbiologie, prin dotarea cu analizoare automate sau semi-automate de identificare a micro-organismelor și de efectuare a antibiogramelor)	siguranta si satisfactie pentru serviciile medicale acordate pacientilor .	Numar si tip aparatura medicala achizitionata si pusa in functiune / an	31.12.2025	Consiliul Local , comitet director	<u>-umane:</u> Comitet director, firma consultanta proiect, firma prestari servicii <u>-materiale:</u> echipamente, <u>-financiare:</u> fonduri UE + fonduri primarie	14 368 555,91

4.2.Dotarea cu aparatura si echipamente 	Elaborarea si aprobarea Planului de investitii	siguranta si satisfactie pentru pacienti	Numar si tip aparatura medicala achizitionata si pusa in functiune / an	31.12.2025	Comitet director, com achizitii,	-umane: Comitet director, com achizitii, com achizitii, -materiale:echipamente -financiare: fonduri MS, proprii,	22 813 000
4.3. Îmbunătățirea infrastructurii 	Construcție Clădire noua (pentru spitalizarea de zi prin proiecte cu fonduri europ[ene] și amenajarea și dotarea corespunzătoare a acestora.			31.12.2027	Consiliul Local , comitet director	-umane:Comitet director, firma consultanta proiect, firma prestari servicii materiale:echipamente, -financiare: fonduri UE, proprii	30 000 000

Obiectiv general nr. 5 Îmbunătățirea și dezvoltarea sistemului informational existent

Obiective specifice	Activitati	Rezultate asteptate :	Indicatori de monitorizare	Termen	Responsabil	Resurse necesare	Buget estimat (lei)
5.1. Îmbunătățirea și dezvoltarea sistemului informational existent 	Procurarea licențelor anuale pentru software utilizat de SI pentru securizarea rețelei (intranet si extranet) Menținerea echipamentelor hardware Alocarea asistenței tehnice pentru aplicațiile din cadrul SI Reînnoirea echipamentelor hardware în cadrul posturilor de lucru	adaptarea continuă a sistemului informational la tehnologiile moderne;. oferirea unei game largi de servicii medicale electronice, care să permită utilizatorilor să interacționeze cu SI; optimizarea controlului tuturor înregistrărilor din baza de date ;	Raportul dintre cheltuielile cu sistemul informational de până acum și cel ce urmează să se implementeze. Numărul de reclamații / plângeri ale pacienților privind scurgerile de informații, înregistrate. Numarul de interventii pentru probleme de securitate ale sistemului informatic și protecția datelor cu caracter personal raportat la anii anteriori. Procentul cheltuielilor cu întreținerea sistemului informatics din totalul cheltuielilor spitalului Procentul cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor spitalului Numărul de calculatoare schimbate/ total calculatoare existente.	anual	Comitet Director Sef Birou ATI	-umane: -materiale: -financiare:	3 337 000

Obiectiv general 6. Îmbunătățirea managementului resurse umane.

Obiective specifice	Activitati	Rezultate asteptate :	Indicatori de monitorizare	Termen	Responsabil	Resurse necesare	Buget estimat (lei)
6.1. Stimularea pregătirii postuniversitare a medicilor specialiști si a personalului medico-sanitar din cadrul spitalului prin obținerea de competente si supraspecializari, la nivelul actual al cunoașterii si nevoilor naționale	- aplicarea planului de dezvoltare si formare profesionala, elaborat pe baza propunerilor sefilor de sectii, avizat de catre Consiliul Medical si aprobat de comitetul director	personal mai bine pregatit din punct de vedere profesional	Nr. Instruiri profesionale realizate / Nr. Instruiri profesionale planificate / an. Nr. Programe de perfecționare și dezvoltare profesională accesate / an. Nr. Competențe noi obținute / an. Nr. Asistenți medicali care au obținut noi competențe / an. Nr. Cursuri interne cu tematică medicală organizate/ an. Nr. Participanți la cursurile interne cu tematică medicală/ an. Nr. Teme abordate / an.	Permanent	Șefi secții/ compartimente, Șef Serv. RUNOS	- <u>umane</u> : Șefi secții/ compartimente, comp . RUNOS - <u>materiale</u> : - - <u>financiare</u> : costurile cursurilor suportate de spital	25 000
6.2. Dezvoltarea resursei umane in concordanta cu necesitatile reale	➤ Scoaterea la concurs a posturilor prin intermediul publicatiilor viata medicala, gov.ro, mediatizarea in medii online, colaborarea cu universitati de medicina ➤ Crearea unor facilitati pentru medicii care nu sunt din zona , de exemplu locuinte de serviciu, locuinte inchiriate chiria fiind platita de catre Primaria Horezu,	Toate specialitatile prevazute in organigrama spitalului sa fie functionale si ocupate de medici cu competentele necesare pe aceste posturi	Nr posturi ocupate / nr posturi aprobate	permanent	Manager, Director Medical, Director financiar – contabil , Sef Serviciu RUNOS	personal, birotica/materiale, sistem informatic, intranet , publicatii	5 000 lei anual
6.3.. Creșterea gradului de satisfacție a personalului.	- Monitorizarea gradului de satisfacție a personalului. - Centralizarea chestionarelor de evaluare a gradului de satisfacție a personalului. - Adoptarea de măsuri pentru creșterea gradului de satisfacție a personalului.	Mentinerea unui grad ridicat de satisfacție al angajatilor	Nr. Chestionare completate / Nr. Chestionare distribuite / an. Nr. Sesizări/plângeri deferite Consiliului de etică / Nr.Total sesizări/plângeri / an. Nr. Cercetări disciplinare prealabile / an. Nr. Măsuri adoptate pentru creșterea gradului de satisfacție a personalului/	Permanent	Comitet director, Consiliu medical, SMC, Comisia de disciplină	- <u>umane</u> : personalul spitalului - <u>materiale</u> : dotări și materiale necesare elaborării documentației - <u>financiare</u> : - contract Feedback	21 420

Obiectiv general 7. Îmbunătățirea managementului financiar al spitalului

Obiective specifice	Activități	Rezultate așteptate :	Indicatori de monitorizare	Termen	Responsabil	Resurse necesare	Buget estimat (lei)
7.1. Creșterea eficienței în utilizarea fondurilor Precum si atragerea de noi resurse financiare 	Monitorizare consumuri pe secții și compartimente Achiziții electronice în SEAP Diversificarea serviciilor medicale Acordate, încheiere contracte cu CAS	- încadrarea fiecărei secții și compartiment în bugetul alocat - reducerea costurilor pe zi , spitalizare, pat , bolnav - încadrarea fiecărei secții și compartiment în bugetul alocat - reducerea costurilor pe zi , spitalizare, pat , bolnav	execuția bugetară față de bugetul de cheltuieli aprobat; procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului; procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului; costul mediu pe zi de spitalizare, pe fiecare secție; procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului (sintagma "venituri	Permanent	Comitet Director, Director Financiar Contabil.	<u>-umane:</u> personal, <u>-materiale:</u> birotica materiale, sistem informatic, intranet <u>-financiare:</u> conform BVC	

Obiectiv general nr. 8 Promovarea spitalului

Obiective specifice	Activități	Rezultate așteptate :	Indicatori de monitorizare	Termen	Responsabil	Resurse necesare	Buget estimat (lei)
8.1. îmbunătățirea site-ului de prezentare a Spitalului 	- elaborarea unui logo și a unui set de mesaje de prezentare, centrate pe ideea de spital nou, spital acreditat, aparatura modernă , parteneriate valoroase asigurarea accesului vizitatorilor site-ului la informații de contact, hartă, indicații de orientare postarea informațiilor esențiale despre strategia, competența și structura spitalului, serviciile oferite, personalul furnizor de	Existența unei pagini de internet bine structurate și ușor de utilizat, cât mai intuitiv cu putință, astfel încât informațiile să fie transmise eficient, ținând cont și de abilitățile tehnice ale potențialilor utilizatori.	Nr accesări în evoluție Număr și tip de informații postate	Permanent	Comitet director , responsabil IT	personal, birotica/materiale, sistem informatic, intranet buget alocat	Resurse proprii + 1.200

	servicii medicale, rezultate ale activitatii sale - crearea posibilitatii de programare online, sesizare online - tiparirea de pliante, postere cu mesajele de promovare - prezentarea unor informatii de educatie pentru sanatate, promovarea sanatatii sau informatii despre patologiiile tratate						
--	--	--	--	--	--	--	--

Obiectiv general nr 9 Implementarea sistemului de management clinic in spital

Obiective specifice	Activitati	Rezultate asteptate :	Indicatori de monitorizare	Termen	Responsabil	Resurse necesare	Buget estimat (lei)
9.1. Implementarea auditului clinic 	- Numire Comisie de audit clinic - Elaborare plan anual de audit clinic - cursuri de formare auditor clinic si auditor de calitate a serviciilor de sanatate	Implementare audit clinic	- Decizie numire comisie audit clinic - Plan anual de audit clinic elaborat si aprobat	31.12.2022	sefi sectie, SMC, Consiliul Medical	personal , ghiduri, internet, materiale suport, surse de finantare	1 000
9.2. Evaluarea eficacității și eficienței protocoalelor diagnostice și terapeutice adoptate 	-auditarea clinica a evenimentelor indezirabile generate de activitatea medicala si de ingrijire -evaluarea bunelor practice de prevenire si combate IAAM -respectarea bunelor practice de antibioterapie	elaborarea de protocoale terapeutice in baza ghidurilor adoptate pentru patologiiile tratate	- Rapoarte audit clinic existente	Anual	sefi sectie, SMC, Consiliul Medical	personal , ghiduri, internet, materiale suport, surse de finantare	1 000
9.3. Organizarea si imbunatatirea continua a sistemului de management al calitatii, bazat pe proces si a gindirii pe baza	-Indrumarea responsabililor de riscuri de la nivelul structurilor in activitatea de identificare si de management al riscurilor clinice si non-clinice -Elaborarea registrului de riscuri clinice	reducerea probabilității de apariție precum și pentru limitarea gravității sau tratarea consecințelor EAAM.	-nr actualizari ale registrului riscurilor /an - nr masuri adoptate / nr masuri propuse pentru reducerea / limitarea riscului	Anual	Comisie de monitorizare , Responsabili riscuri RMC	personal, birotica/materiale, sistem informatic, intranet	1.000

de risc (managementul riscului clinic) 	-Evaluarea gradului de risc și adoptarea de măsuri pentru reducerea probabilității de apariție precum și pentru limitarea gravității sau tratarea consecințelor EAAM.						
---	---	--	--	--	--	--	--

Obiectiv general 10 Îmbunătățirea continuă a performanțelor de mediu- sanatate si securitate ocupationala(SSO)

Obiective specifice	Activitati	Rezultate asteptate	Indicatori de monitorizare	Termen	Responsabil	Resurse necesare	Buget estimat (lei)
10.1.Conformare a cu cerintele legale referitoare la mediu – SSO si cu alete cerinte ale standardelor de referinta 	Verificarea periodica a sectoarelor de activitate din punct de vedere a mediului –SSO Evaluarea periodica a conformarii cu cerintele legale si cu alte cerinte din puncte de vederea a mediului si SSO	Conformarea cu cerințele legale și cu alte cerințe privind mediu/SSM	grad de realizare a conformarii cu cerintele legale T= 100% nr controale sanctionate cu amenzi / Nr total controale T= 0%	semestrial	Manager, Director Medical, Director financiar – contabil , Servicu RUNOS sefi sectii /compartimente Responsabil SSM	personal, birotica/materiale, sistem informatic, intranet	20.000
10.2.Îmbunătățir ea continua a calitatii mediului si sanatatii si securitatii ocupationale 	Urmărirea realizării cerintelor standardelor ISO si stabilirea unui plan de masuri de imbunatatire Constientizarea si informarea personalului cu privire la prevederile standerdelor ISO si legislatiei in vigoare Evaluarea periodica a personalului Realizarea simularilor si urmarirea modului de desfasurare a interventiilor	Realizarea cerintelor standardelor ISO Mentinerea certificarilor de calitate Pregătirea pentru situații de urgență prin realizarea de simulări la punctele de lucru	Instruiri realizate / instruiri programate T= 100 % Simulari realizate / simulari programT= 100%	Conform programelor anuale	Manager, Director Medical, Director financiar – contabil , sefi sectii / compartimente, prsonal medical si personal auxiliar , Responsabil SSM	personal, birotica/materiale, sistem informatic, intranet , materiale necesare colectarii deseurilor	40.000
10.3.Prevenirea poluarii mediului inconjurator si a producerii accidentelor cu	Monitorizarea emisiilor conform autorizatiilor in vigoare Managemetul deseurilor Respectarea legislatiei , monitorizarea activitatilor in	-Protectia aerului, mediului, solului, personalului -Incadreare in munca doar a personalului apt	nr personal instruit /nr personal angajat T= 100% nr personal apt / nr personal angajat	Conform programelor anuale	Manager, Director Medical, Director financiar – contabil , sefi sectii / compartimente,	personal, birotica/materiale, sistem informatic, intranet , materiale necesare colectarii deseurilor	3 000

risc major 	scopul prevenirii si limitarii consecintelor asupra securitatii si sanatatii personalului precum si calitatii mediului Urmărirea si desfasurarea instruirilor planificate Efectuarea controalelor medicale la angajare si periodic		T= 100% plan desuri existent si aprobat T = Plan deseuri		prsonal medical si personal auxiliar , Responsabil SSM		
10.4 Managementul eficient și eficace al deșeurilor rezultate din activitățile medicale și a celor menajere. 	-Respectarea modului de colectare diferențiată a deșeurilor. -Respectarea condițiilor de depozitare a deșeurilor până la predarea către firma colectoare. -Respectarea termenelor de predare a deșeurilor către firma colectoare.		•Nr. neconformități privind managementul deșeurilor sesizate de organele de control abilitate / an	Permanent	Șef Serv.Tehnic/ Coord. Serv. Administrativ, CSPLIAAM	-umane: Întreg personalul, Șef Serv. Tehnic / Coord. Serv. Administrativ, CSPLIAAM -materiale: dotări și materiale necesare colectării, transportului și depozitării deșeurilor -financiare: -	25 000

Obiectiv general 11. Promovarea integrității organizaționale in vederea reducerii cazurile de corupție, fraudă și incidente de integritate.

Obiective specifice	Activitati	Rezultate asteptate	Indicatori de monitorizare	Termen	Responsabil	Resurse necesare	Buget estimat (lei)
11.1. Cresterea integritatii, reducerea vulnerabilitatilor si a riscurilor de coruptie in sistemul public de sanatate 	Identificarea situatiilor care pot genera conflicte de interese si incompatibilitati Elaborarea unui ghid privind conflictele de interese si incompatibilitati si aducerea acestuia la cunostinta salariatilor	Identificare incompatibilitati Elaborare ghid	Proportia angajaților unității sanitare care au fost instruiți prin intermediul programelor de formare profesională pe tema conflictelor de interese și a incompatibilităților T=100% Gradul de realizare a măsurilor preventive pentru limitarea conflictelor de interese și a incompatibilităților: T=100%	Anual	Manager, Responsabil indeplinire prevederi Legea 176 / 2010	personal, birotica/materiale, sistem informatic, intranet	Fara implicatii financiare suplimentare
11.2. Extinderea culturii transparenței pentru o	Asigurarea functionarii site-ului unitatii, publicarea si actualizarea periodica a informatiilor de interes	Accesul la informatiile publice Respectarea	Nr si tipul de informatii de interes publice publicate T= Conform standardului Gradul de implementare a	30.06.2023	Conducerea spitalului Responsabil IT	personal, birotica/materiale, sistem informatic, intranet	In limita bugetului aprobat



guvernare deschisa	public Respectarea standardului privind publicarea informatiilor de interes public		modelului de structurare a informatiilor de interes public pe pagina web a spitalului T=100%				
11.3. Eficientizarea măsurilor preventive anticorupție prin remedierea lacunelor și a inconsistențelor legislative, precum și prin asigurarea implementării lor efective 	Implementarea prevederilor Legii 571/2004 privind protectia avertizorilor de integritate Actualizarea codului de conduita etica si profesionala existent la nivelul spitalului		Procedura elaborata si aprobata nr anagajati instruiti / nr total angajati T= 100% Document elaborat si aprobat I= Proportia angajaților unității sanitare care au luat la cunostinta de prevederile Codului Etic T=100%	30.06.2023	Compartiment Juridic RMC	personal, birotica/materiale, sistem informatic, intranet ,	Fara implicatii financiare suplimentare
11.4 Cresterea integritatii, reducerea vulnerabilitatilor si a riscurilor de coruptie in sistemul public de sanatate 	Identificarea vulnerabilitatilor;or la coruptie Publicarea regulata a informatiilor relevante precum si respectarea standardului privind publicarea informatiilor de interes public Evaluarea periodica a eficientei sistemului implementat Instruirea personalului pe tema conflictelor de interese și a incompatibilităților		Gradul de implementare a modelului de structurare a informatiilor de interes public pe pagina web a spitalului Gradul de realizare a măsurilor preventive stabilite ca uirmare a evaluarilor periodice Proportia angajaților unității sanitare care au fost instruiți prin intermediul programelor de formare profesională pe tema conflictelor de interese și a incompatibilităților	Anual	Manager, Responsabil indeplinire prevederi Legea 176 / 2010, Responsabil IT	<u>-umane:</u> intregul personal al unitatii <u>-materiale:</u> birotica/ materiale, sistem informatic, intranet <u>-financiare:</u>	Fara implicatii financiare suplimentare

H. Eșalonarea OBIECTIVELOR STRATEGICE – GRAFICUL GANTT

Legenda

Status activitati din cadrul Planului Strategic			
Realizat	În derulare	Nou	Anulat / aminat

status	Obiective specifice	Activitati	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	1.1. Ameliorarea practicilor medicale si de ingrijire a pacientului	Elaborarea si actualizarea protocoale care sa acopere patologia tratata in cadrul sectiei / compartimentului Necesitatea permanenta de imbunatatire a planului de ingrijire Consultarea pacientului in luarea deciziilor cu privire la planul de diagnostic si tratament , datei externarii si a datei/perioadei controlului urmator; Necesitatea permanenta de imbunatatire a planului de ingrijire						
	1.2. Creșterea satisfacției generale a pacienților față de tratamentul primit și atitudinea personalului.	Monitorizarea gradului de satisfacție generală a pacienților față de tratamentul primit și atitudinea personalului. Centralizarea chestionarelor de evaluare a gradului de satisfacție a pacienților. Adoptarea, dacă este cazul, de măsuri pentru creșterea satisfacției generale a pacienților față de tratamentul primit și atitudinea personalului.						
	1.3. Creșterea gradului de confort și siguranță a pacientului prin asigurarea unor condiții optime de investigații medicale, tratament, cazare, igienă, alimentație.	Monitorizarea gradului de satisfacție a pacienților față condițiile hoteliere acordate. Centralizarea chestionarelor de evaluare a gradului de satisfacție a pacienților. Adoptarea, dacă este cazul, de măsuri pentru creșterea gradului de confort și siguranță a pacientului.						
	1.4 Reacreditarea unității sanitare conform standardelor ANMCS	Pregatirea spitalului conform indicatorilor Inscrierea unitatii in ciclul III de reacreditare aplicabili. Desfășurarea vizitei/ auditului de reacreditare						
	1.5. Dezvoltarea activității spitalului în concordanță cu necesarul de servicii medicale ale populației deservite, inclusiv prin dezvoltarea ofertei de servicii.	Identificarea de servicii de sănătate noi necesare populației deservite. Identificarea măsurilor de realizare a serviciilor de sănătate nou identificate.						
	1.6. Dezvoltarea managementului calității serviciilor medicale și a controlului intern managerial.	Identificarea activităților procedurabile. Elaborarea procedurilor/ protocoalelor/ instrucțiunilor de lucru pentru activitățile identificate. Identificarea riscurilor și a măsurilor de reducere a acestora pentru activitățile procedurabile identificate. Implementarea procedurilor/protocoalelor/ instrucțiunilor de lucru elaborate. Imbunatatirea permanenta a planurilor de ingrijire						

	1.7. Monitorizarea si evaluarea performantei	Monitorizarea periodica a realizării indicatorilor de utilizare a serviciilor medicale și a indicatorilor de calitate. Audituri clinice și evaluarea practicilor medicale. Evaluarea eficacității și eficienței protocoalelor diagnostice și terapeutice adoptate in scopul actualizarii Implementarea masurilor propuse in urma auditurilor clinice						
	1.8. Menținerea autorizațiilor și avizelor specifice.	Monitorizarea condițiilor pentru care s-au obținut autorizațiile și avizele specifice. Înnoirea autorizațiilor și avizelor specifice la termenele stabilite prin reglementările legale.						
	2.1.Imbunatatirea activitatii Compartimentului de primiri urgențe	Imbunatatirea activitatii in CPU prin Angajarea unui medic specialist ATI sau de medicina de urgenta,efectuarea de cursuri de triaj de catre asistentii medicali , Finantarea de catre MS a CPU						
	2.2. Mentinerea si dezvoltarea unui sistem de colaborare si parteneriate cu furnizori de servicii medicale, asociatii, servicii sociale, medico-sociale si de ingrijire la domiciliu	Incheierea de parteneriate cu asociatii, fundatii sau alti furnizori de servicii sociale sau medico-sociale, pentru consultatii interdisciplinare, investigatii imagistice, anatomopatologice si histopatologice si de analize medicale, cu cultele religioase pentru a oferi asistenta spirituala fara discriminare						
	2.3. Infiintarea si punerea in functiune a cabinetului de medicina muncii	Avizarea de catre Ministerul Sanatatii si aprobare de catre Consiliu Local a modificarii de structura Contractarea cu CAS a serviciilor						
	2.4. Acreditarea RENAR a laboratorului de analize medicale	Inventarierea infrastructurii existente la nivel de laborator Verificarea structurii de personal Elaborarea si implementarea documentelor SMC						
	2.5.Functionarea cabinetului de cardiologie din cadrul ambulatoriului precum si infiintarea si functionarea compartimentului de cardiologie	Angajare medic specialitate cardiologie Infiintare structura cu paturi Dotare cabinet de cardiologie						
	3.1. Menținerea la nivel minim a ratei infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM).	Conștientizarea personalului în vederea minimizării IAAM. Planificarea si efectuarea testelor de autocontrol Centralizarea și comunicarea rezultatelor testelor de autocontrol						
	3.2. Identificarea si raportarea fara caracter acuzator a evenimentelor adverse asociate asistentei medicale	Identificarea, raportarea EAAAM Analiza anuala a incidentelor si evenimentelor indezirabile asociate asistentei medicale, aparute in spital sau in sistemul sanitar, in vederea prevenirii aparitiei acestora Completarea registrului de evidenta EAAAM Evaluarea periodica a modului de implementare a procedurii						
	3.3.Siguranța medicației și a procedurilor de administrare a acesteia	Monitorizarea si evaluarea periodica a modului de implementare a procedurilor privind prescrierea si administrarea medicamentelor Instruirea periodica a personalului						
	3.4.Siguranța procedurilor chirurgicale	Monitorizarea si evaluarea periodica a modului de implementare a procedurii privind lista de siguranta a procedurilor chirurgicale Monitorizarea si evaluarea periodica a modului de implementare a ROF a blocurilor						

		operatorii Controale periodice ale respectarii conditiilor de igiena si sterilitate in blcourile operatrii si sectii chirurgicale, inclusiv efectuare de probe de autocontrol microbiologi							
	3.5. Controlul antibioterapiei	Respectarea procedurii privind buna practică în antibioterapie, în scopul reducerii consumului nejustificat de antibiotice. Efectuarea de analize periodice cu privire la reducerea consumului nejustificat de antibiotice							
	4.1. Modernizarea sau imbunatatirea dotarii spitalului prin accesarea de fonduri UE	„Întărirea capacității Spitalului Orășenesc Horezu de gestionare a crizei sanitare COVID-19”, cod SMIS 139606, pentru dotarea si modernizarea Compartimentului ATI :							
		Dotarea Cabinetului de Planning Familiar al Spitalului Orasenesc Horezu cu aparatura, instrumentar si tehnica medicala, tehnica de calcul si mijloace de transport.							
		Proiect cresterea sigurantei pacientilor in Spitalul Orasenesc Horezu pentru modernizarea sistemului de distributie a oxigenului pentru pacienti							
		Proiect „Echipamente și materiale destinate reducerii riscului de infecții nosocomiale (dotarea laboratorului de microbiologie în vederea îmbunătățirii capacității și capabilității laboratoarelor de microbiologie, prin dotarea cu analizoare automate sau semi-automate de identificare a micro-organismelor și de efectuare a antibiogramelor)							
	4.2.Dotarea cu aparatura si echipamente	Elaborarea si aprobarea Planului de investitii							
	4.3. Îmbunătățirea infrastructurii	Construcție Clădire noua (pentru spitalizarea de zi prin proiecte cu fonduri europ[ene]) și amenajarea și dotarea corespunzătoare a acestora.							
	5.1. Imbunatatirea si dezvoltarea sistemului informational existent	Procurarea licențelor anuale pentru software utilizat de SI pentru securizarea rețelei (intranet si extranet) Mentenanța echipamentelor hardware Aigurarea asistenței tehnice pentru aplicațiile din cadrul SI Reinoirea echipamentelor hardware in cadrul posturilor de lucru							
	6.1. Stimularea pregătirii postuniversitare a medicilor specialiști si primari si a personalului medico-sanitar din cadrul spitalului prin obținerea de competente si supraspecializari, la nivelul actual al cunoașterii si nevoilor naționale	aplicarea planului de dezvoltare si formare profesionala, elaborat pe baza propunerilor sefilor de sectii, avizat de catre Consiliul Medical si aprobat de comitetul director							
	6.2. Dezvoltarea resursei umane in concordanta cu necesitatile reale	Scoaterea la concurs a posturilor prin intermediul publicatiilor viata medicala, gov.ro, mediatizarea in medii online, colaborarea cu universitati de medicina Crearea unor facilitati pentru medicii care nu sunt din zona , de exemplu locuinte de serviciu, locuinte inchiriate chiria fiind platita de catre Primaria Horezu,							
	6.3.. Creșterea gradului de satisfacție a personalului.	Monitorizarea gradului de satisfacție a personalului. Centralizarea chestionarelor de evaluare a gradului de satisfacție a personalului. Adoptarea de măsuri pentru creșterea gradului de satisfacție a personalului.							

	7.1. Creșterea eficienței în utilizarea fondurilor Precum și atragerea de noi resurse financiare	Monitorizare consumuri pe secții și compartimente Achiziții electronice în SEAP Diversificarea serviciilor medicale Acordate, încheiere contracte cu CAS						
	8.1. Îmbunătățirea site-ului de prezentare a Spitalului	elaborarea unui logo și a unui set de mesaje de prezentare, centrate pe ideea de spital nou, spital acreditat, aparatură modernă, parteneriate valoroase asigurarea accesului vizitatorilor site-ului la informații de contact, hartă, indicații de orientare postarea informațiilor esențiale despre strategia, competența și structura spitalului, serviciile oferite, personalul furnizor de servicii medicale, rezultate ale activității sale crearea posibilității de programare online, sesizare online tipărirea de pliante, postere cu mesajele de promovare prezentarea unor informații de educație pentru sănătate, promovarea sănătății sau informații despre patologii tratate						
	9.1. Implementarea auditului clinic	Numire Comisie de audit clinic Elaborare plan anual de audit clinic cursuri de formare auditor clinic și auditor de calitate a serviciilor de sănătate						
	9.2. Evaluarea eficacității și eficienței protocoalelor diagnostice și terapeutice adoptate	auditarea clinică a evenimentelor indesezirabile generate de activitatea medicală și de îngrijire evaluarea bunelor practici de prevenire și combatere IAAM respectarea bunelor practici de antibioterapie						
	9.3. Organizarea și îmbunătățirea continuă a sistemului de management al calității, bazat pe proces și a gândirii pe baza de risc (managementul riscului clinic)	Îndrumarea responsabililor de riscuri de la nivelul structurilor în activitatea de identificare și de management al riscurilor clinice și non-clinice Elaborarea registrului de riscuri clinice Evaluarea gradului de risc și adoptarea de măsuri pentru reducerea probabilității de apariție precum și pentru limitarea gravității sau tratarea consecințelor EAAM.						
	10.1 Conformarea cu cerințele legale referitoare la mediu – SSO și cu așteptările ale standardelor de referință	Verificarea periodică a sectoarelor de activitate din punct de vedere al mediului –SSO Evaluarea periodică a conformării cu cerințele legale și cu alte cerințe din punct de vedere al mediului și SSO						
	10.2. Îmbunătățirea continuă a calității mediului și sănătății și securității ocupationale	Urmărirea realizării cerințelor standardelor ISO și stabilirea unui plan de măsuri de îmbunătățire Conștientizarea și informarea personalului cu privire la prevederile standardelor ISO și legislației în vigoare Evaluarea periodică a personalului Realizarea simulărilor și urmărirea modului de desfășurare a intervențiilor						
	10.3. Prevenirea poluării mediului înconjurător și a producerii accidentelor cu risc major	Monitorizarea emisiilor conform autorizațiilor în vigoare Managementul deșeurilor Respectarea legislației, monitorizarea activităților în scopul prevenirii și limitării consecințelor asupra sănătății și personalului precum și calității mediului Urmărirea și desfășurarea instruirilor planificate Efectuarea controalelor medicale la angajare și periodic						

	10.4 Managementul eficient și eficace al deșeurilor rezultate din activitățile medicale și a celor menajere.	Respectarea modului de colectare diferențiată a deșeurilor. Respectarea condițiilor de depozitare a deșeurilor până la predarea către firma colectoare. Respectarea termenelor de predare a deșeurilor către firma colectoare.						
	11.1. Creșterea integrității, reducerea vulnerabilităților și a riscurilor de corupție în sistemul public de sănătate	Identificarea situațiilor care pot genera conflicte de interese și incompatibilități Elaborarea unui ghid privind conflictele de interese și incompatibilități și aducerea acestuia la cunoștința salariaților						
	11.2. Extinderea culturii transparenței pentru o guvernare deschisă	Asigurarea funcționării site-ului unității, publicarea și actualizarea periodică a informațiilor de interes public Respectarea standardului privind publicarea informațiilor de interes public						
	11.3. Eficientizarea măsurilor preventive anticorupție prin remedierea lacunelor și a inconsistențelor legislative, precum și prin asigurarea implementării lor efective	Implementarea prevederilor Legii 571/2004 privind protecția avertizorilor de integritate Actualizarea codului de conduită etică și profesională existent la nivelul spitalului						
	11.4 Creșterea integrității, reducerea vulnerabilităților și a riscurilor de corupție în sistemul public de sănătate	Identificarea vulnerabilităților/or la corupție Publicarea regulată a informațiilor relevante precum și respectarea standardului privind publicarea informațiilor de interes public Evaluarea periodică a eficienței sistemului implementat Instruirea personalului pe tema conflictelor de interese și a incompatibilităților						

EVALUAREA PLANULUI STRATEGIC

EVALUAREA DE ETAPA

Se va face prin analiza tuturor indicatorilor măsurabili, pe fiecare obiectiv în parte .

Periodicitate: ANUAL

Responsabil: COMITET DIRECTOR

REVIZUIREA PLANULUI STRATEGIC

Se va face în urma analizei rapoartelor de etapă, ,dacă se decide modificarea sa, la propunerea comitetului director și cu colaborarea sefiilor de compartimente

Editia revizuita este supusa avizării de către Consiliul de Administrație și aprobării de către Consiliul Local

Elaborarea Planului Strategic a fost corelat și cu altele documente :

- Strategia de dezvoltare a județului
- Organigrama spitalului
- Planul de îmbunătățire a calității
- Planul anual de investiții
- Bugetul anual de venituri și cheltuieli al spitalului
- Planul de formare/ perfecționare a angajaților

ANALIZA ACTIVITĂȚII ECHIPEI RESPONSABILE CU EVALUAREA PLANULUI STRATEGIC

Comitetul director, SMC, șefii structurilor din spital au furnizat documentele necesare evaluării realizării (precizate în Raportul de evaluare a Planului Strategic)

S-au utilizat indicatorii de monitorizare și evaluare prevăzuți la fiecare obiectiv

Date analizate

- Nr sedinte de analiza a stadiului diverselor activitati, in comitet director- lunar (12)
- Nr sedinte de evaluare a planului strategic – 1 (martie 2025), in comitet director
- Nr documente furnizate- conform raportului de evaluare

Concluzii :

- Echipa si-a indeplinit activitatile

Recomandări

- Mentinerea aceleiasi echipe
- Emiterea unei decizii care sa desemneze persoanele responsabile si atributiile acestora

Comitetul director

Manager, ec. Popescu Constantin
Director medical, Dr. Ionica Elena
Director economic, ec. Popa Mariuca

Cu colaborarea**Compartiment resurse umane**

Ec Cirstea Marioara

Compartiment statistica si informatica medicala

Ing. Marius Ghincea

Compartiment de management al calitatii

Ec Popescu Ileana Teodora

Sefi sectii / compartimente/ laboratoare / birouri/servicii

Sectie/ compartiment/ laborator	Nume si prenume	Semnatura
SECTIA MEDICINA INTERNA	DR NITULESCU ANDREI	
Comp Gastroenterologie		
COMPARTIMENT NEUROLOGIE	DR VIZITIU DRAGOS	
SECTIA PEDIATRIE	DR GANEA MONICA	
COMPARTIMENT OG	DR Gargu Stefan Leonard	
COMPARTIMENT CHIRURGIE GENERALA	DR ZAMFIR CONSTANTIN CRISTI	
Comp Ortopedie si Traumatologie	DR IACOB GIOVANI ADRIAN	
SECTIA BOLI CRONICE	Dr Bostan Daniel Constantin	
COMPARTIMENT BOLI CRONICE SINESTI	DR MARFESCU LIUBOVI	
COMPARTIMENT R M F B	DR Dumitru Maria Ramona	
COMPARTIMENT ATI	DR Dicu Emil	
LABORATOR ANALIZE MEDICALE	DR IONICA ELENA	
LABORATOR RADIOLOGIE SI IMAGISTICA MEDICALA	DR Capp Claudia Narcisa	
CPU	DR	
FARMACIE	FARMACIST PETCU ADRIANA	
AMBULATORIU	DR IONICA ELENA	
JURIDIC	JR Ionica Paul Cristinel	
RUNOS	EC CARSTEA MARIOARA	
FINANCIAR – CONTABILITATE	EC Dragulescu Marcela	
STATISTICA	EC GHINCEA MARIUS	
ADMINISTRATIV	SODOLESCU PAUL	
ACHIZITII	Ing Constantinescu Suzana	
TBC	DR AVRAM ELENA	