

SPITALUL DE PSIHIATRIE ȘI  
PENTRU MĂSURI DE SIGURANȚA  
PĂDURENI-GRĂJDURI-IAȘI  
INTRARE/IEȘIRE Nr. 4950  
Data... 03.08.2021



**PLAN STRATEGIC**  
DE DEZVOLTARE  
A SPITALULUI DE PSIHIATRIE  
ȘI PENTRU MĂSURI DE SIGURANȚĂ PĂDURENI –  
GRĂJDURI  
*IAȘI*  
2021 - 2026

MANAGER,  
JR. IDRICIANU VICTOR



| <b>Număr Capitol</b> | <b>Capitolul</b>   | <b>Pagina</b> |
|----------------------|--|---------------|
|                      | Introducere  | 3             |
| <b>A.</b>            | <b>DESCRIEREA SITUAȚIEI ACTUALE</b>  | <b>3</b>      |
| <b>A.1.1.</b>        | Context național   | 4             |
| <b>A.1.2.</b>        | Context local  | 4             |
| <b>A.1.3.</b>        | Nevoile comunității deservite  | 5             |
| <b>A.2.</b>          | Activitatea spitalului   | 6             |
| <b>A.3.</b>          | Structura spitalului si de personal la nivelul anului 2020                 | 6             |
| <b>A.4.</b>          | Situatia dotarii spitalului  | 8             |
| <b>A.5.</b>          | Analiza datelor clinice, pe tipuri de servicii furnizate, piața spitalului | 9             |
| <b>A.5.</b>          | Analiza indicatorilor de performanță a spitalului pentru anul 2022         | 10            |
|                      | Viziunea   | 12            |
|                      | Misiune  | 12            |
|                      | Valori   | 12            |
|                      | Scopul strategiei  | 12            |
| <b>B.</b>            | <b>ANALIZA SWOT</b>  | <b>13</b>     |
| <b>C.</b>            | <b>STRATEGIA DE DEZVOLTARE A SPITALULUI</b>                                | <b>14</b>     |
| <b>C.1</b>           | Planul Strategic pe termen scurt mai mic sau egal cu – 1 an                | 15            |
| <b>C.2</b>           | Planul Strategic pe termen mediu – 1-3 ani                                 | 16            |
| <b>C.3</b>           | Planul Strategic pe termen lung – mai mare de 3 ani                        | 18            |
| <b>C.4</b>           | Obiective privind formarea profesională                                    | 18            |
| <b>C.5.</b>          | Obiective specifice privind controlul infecțiilor nosocomiale              | 19            |
| <b>C.6.</b>          | Obiective privind depistarea precoce si controlul infecțiilor nosocomiale  | 19            |
| <b>C.7</b>           | Obiective specifice pentru îmbunătățirea calității                         | 20            |
| <b>C.8</b>           | Indicatori specifici pentru evaluarea calității serviciilor hoteliere      | 21            |
| <b>C.9</b>           | Indicatori de performanță specificei fiecărei sectii                       | 21            |
| <b>D.</b>            | <b>REZULTATE AȘTEPTATE</b>   | <b>22</b>     |
| <b>E.</b>            | <b>MONITORIZAREA INDICATORILOR</b>   | <b>22</b>     |
| <b>F.</b>            | <b>EVALUAREA INDICATORILOR</b>   | <b>22</b>     |

## Introducere

Managementul strategic se definește ca un set complet și complex de niveluri de acțiune asupra organizării prin strategii, decizii prin politici, coordonării prin planuri de acțiune și antrenării prin programe și tactici împreună cu etapele necesare pentru implementarea acestor niveluri în activitatea organizației.

Managementul strategic reprezintă managementul bazat pe strategie; în consecință strategia constituie fundamentul managementului strategic, îi conturează acestuia prioritățile, devenind factor de bază în elaborarea programelor de management, iar în procesul derulării acestora se poate vorbi astfel de un sistem strategic ce stă la baza managementului strategic și care se aplică pe mai multe niveluri.

Strategia poate fi definită ca ansamblul măsurilor tehnice, economice, organizatorice și de decizii optime ce se iau într-o perioadă de timp în cadrul unei organizații, în vederea realizării de activități eficiente și rentabile.

Strategia de management se constituie în ansamblul structurat al activităților prin care o organizație urmărește să-și îndeplinească obiectivele specifice. Într-o accepțiune modernă de management, strategia desemnează ansamblul activităților majore ale organizației pe termen lung, modalitățile de realizare, împreună cu resursele alocate, în vederea îndeplinirii misiunii organizației.

Presiunea externă dar și aceea internă obligă spitalul la schimbări structurale, de eficiență, schimbări în volumul serviciilor și calitatea acestora, în siguranța îngrijirilor și în gradul de satisfacere a așteptărilor pacientului. Toate aceste schimbări vor trebui gândite de echipa managerială.

Echipa managerială nu poate implementa o strategie a schimbării în organizația pe care o conduce fără aportul tuturor sectoarelor de activitate. Înainte de toate vor fi definite domeniile și problemele care vor fi supuse transformării. Echipa pe care conducerea unitatii o alcătuiește are de luptat în primul rând cu schimbarea la nivel de mentalitate și comportament a angajaților. Această etapă este foarte importantă, pentru că schimbările ulterioare vor fi îndeplinite de către angajați avizați, instruiți și dedicați îndeplinirii sarcinilor de asistență spitalicească.



## **A. DESCRIEREA SITUAȚIEI ACTUALE**

### **A1.1. Context national**

La nivelul țării, pe langa Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță Pădureni Grajduri Iași mai există încă trei astfel de instituții și anume: S.P.M.S. Jebel – Jud. Timiș, S.P.M.S. Săpoca – Jud. Buzău, S.P.M.S. Ștei – Jud. Bihor, fiecare dintre acestea având arondate, spre a deservi pacienți, alte județe decât unitatea noastră. Toate aceste institutii medicale asigura tratamentul obligatoriu prin internare dispus prin sentinte penale de catre organele judecatoresti in baza art. 110 Cod Penal.

### **A.1.2 Context local**

Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță Pădureni – Grajduri Iași este o unitate sanitară publică cu paturi, cu personalitate juridică, cu sediul în Comuna Grajduri, sat Pădureni, județul Iași, aflată în subordinea Ministerului Sănătății, înființată prin desprinderea din structura Spitalului Clinic de Psihiatrie "Socola" Iași conform Ordinului Ministrului Sănătății nr.183/24.03.1999.

Sediul Spitalului de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță Pădureni-Grajduri Iași se află într-o fostă unitate militară într-o zonă împădurită la aproximativ 25 km de Municipiul Iași.

Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță Pădureni-Grajduri Iași este o unitate sanitară de tip monospecialitate, cu paturi distribuite în sistem pavilionar, ce asigură asistență medicală de specialitate bolnavilor ce provin din cele 9 județe arondate spre deservire spitalului prin Ordin al Ministrului Sănătății precum și internarea pacienților cu patologii contagioase carora li se aplică prevederile art.110 Cod Penal din toată țara.

Spitalul asigură asistența medicală a bolnavilor psihici periculoși care, datorită tulburărilor psihice ce le-au anulat capacitatea de discernământ asupra faptelor lor și a consecințelor acestora, au savârșit fapte prevăzute și pedepsite de către Codul Penal (Terorism, Omor, Viol, Tâlhărie etc) pentru care li s-a aplicat măsura de siguranță a internării medicale și obligării la tratament într-o instituție de specialitate conform art. 110 Cod Penal.

Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță Pădureni-Grajduri Iași este o unitate sanitară publică clasificată în categoria III de competență conform O.M.S. 717/09.06.2015, iar începând cu data de 19.10.2020 conform O.M.S Nr. 1791 se constituie ca și spital de suport pentru pacienții internați, supuși prevederilor art. 110 Cod Penal, testați pozitiv sau suspecți cu virusul SARS-CoV-2.

#### **Atribuțiile managerului în baza Legii 95/2006:**

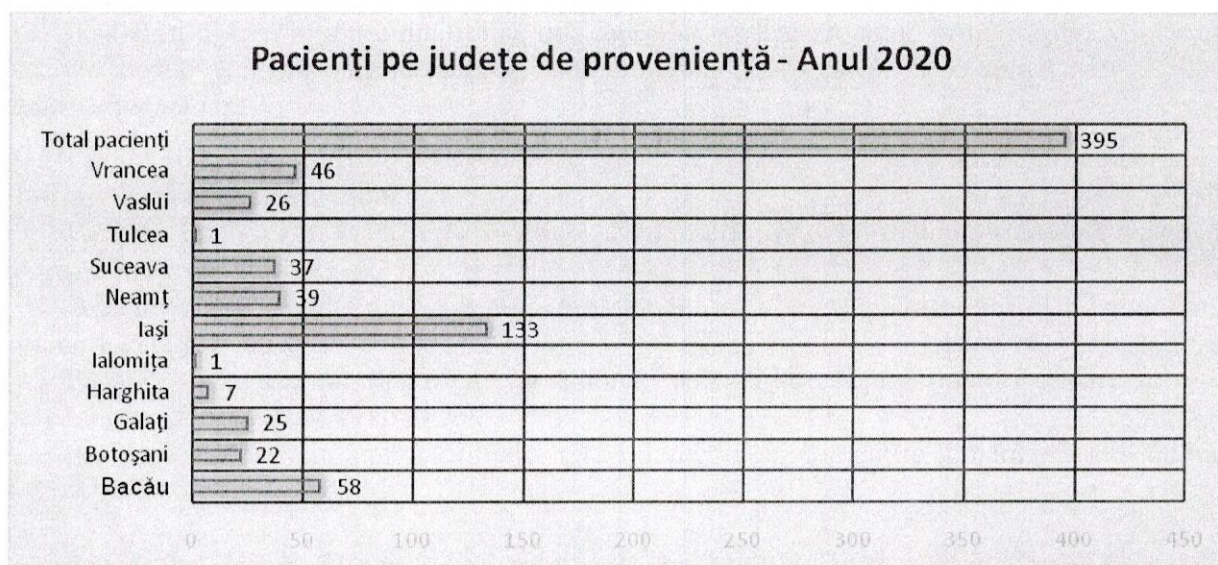
- a) Stabilește și aprobă numărul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de normativul de personal în vigoare;
- b) Aprobă organizarea concursurilor pentru posturile vacante, numește și eliberează din funcție personalul spitalului;
- c) Aprobă programul de lucru, pe locuri de muncă și categorii de personal;
- d) Propune structura organizatorică, reorganizarea, schimbarea sediului și a denumirii unității, în vederea aprobării de către Ministerul Sănătății, ministerele și spitalele cu rețeaua sanitară proprie sau, după caz, de către autoritățile administrației publice locale.



### A.1.3. Nevoile comunității deservite

Caracteristicile relevante ale pacienților internați în Spitalul de Psihiatrie și Pentru Măsuri de Siguranță Pădureni-Grajduri Iași sunt următoarele:

- Pacienții provin în mare majoritate din cele nouă județe arondate prin Ordinul Ministrului Sanatatii, excepție făcând acei pacienți cu patologii infecto-contagioasă cărora li se aplică prevederile art.110 Cod Penal, din toată țara;
- Pacienți cu afecțiuni psihice deosebit de grave, ce conduc la crearea unor stări de pericol iminent, atât pentru sine cât și pentru societate;
- Pacienți internați în baza unor sentințe penale definitive pentru fapte deosebit de grave cum ar fi: terorism, omor, viol, tâlhărie etc.;
- Pacienți care în momentul comiterii faptelor nu au discernământ conform rezultatelor expertizelor medico-legale psihiatrice;
- Pacienți, în marea lor majoritate, abandonați de familie sau aparținători și care se transformă fără vrerea lor în cazuri sociale dramatice;
- Pacienți ce provin, în marea lor majoritate, din medii cu o pregătire școlară precară sau inexistentă.



## A2. Activitatea spitalului

În cadrul Spitalului de Psihiatrie și Pentru Măsuri de Siguranță Pădureni-Grajduri, patologia psihiatrică ce beneficiază de îngrijire și tratament este una complexă, diagnosticele cele mai frecvente fiind dintre cele mai grave întâlnite în aria de servitute a psihiatriei, după cum urmează:

- schizofrenie paranoidă;
- tulburare schizo-afectivă de tip maniacial;
- tulburare delirantă;
- tulburare afectivă bipolară.
- retardul mintal

Servicii oferite pacienților:

- hoteliere + masă completă + îmbrăcăminte, încălțăminte;
- consultații, tratament și îngrijire de specialitate;
- testare psihologică;
- psihoterapie individuală și de grup;
- ergoterapie-terapie ocupațională;
- consiliere confesională;
- servicii sociale prin Cabinetul de asistență socială.

În anul 2020, în cadrul instituției au fost tratați un număr de 470 pacienți, durata medie de spitalizare fiind de 311,47 zile (Nr. Om zile Spitalizare – 146390 zile / 470 bolnavi aflat + intrati), iar indicele de utilizare al patului a fost de 609,96 (Nr. Om zile spitalizare 146390 / 240 Nr. Mediu de paturi).

## A3. Structura spitalului si de personal

Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Pădureni-Grajduri are o capacitate de 240 paturi, organizate în 3 secții cu specialitatea psihiatrie, astfel:

| Secția                              | Nr.paturi  |
|-------------------------------------|------------|
| Secția Psihiatrie I, din care:      | 80         |
| ➤ Comp.bolnavi art.110 C.P.         | 80         |
| Secția Psihiatrie II, din care:     | 80         |
| ➤ Comp. bolnavi art.110 C.P.        | 60         |
| ➤ Comp. bolnavi art.110 C.P. cu TBC | 20         |
| Secția Psihiatrie III, din care:    | 80         |
| ➤ Comp. bolnavi art.110 C.P.        | 80         |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>240</b> |

Conform pct. 2 din „Planul de măsuri pentru creșterea eficienței acțiunilor de limitare a răspândirii infecției cu virusul SARS-CoV-2 și a calității asistenței medicale și siguranței pacientului, în perioada de Pandemie” aprobat prin Hotărârea CJSU Iași nr.52/16.10.2020, conform căreia unitățile sanitare trebuie să aibă o **Zonă tampon (ZT)** pentru pacienții suspecți și o **Zonă roșie (ZR)** pentru pacienții confirmați cu infecție SARS-CoV-2, D.S.P. Iași a avizat favorabil modificările temporare de Structură organizatorică, **ZT** Pavilion 8 – 20 paturi și **ZR** – Pavilion 2 – 55 paturi.



Spitalul mai deține:

- Compartiment de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale;
- Compartiment evaluare și statistică medicală;
- Birou de Management al Calității Serviciilor de Sănătate;
- Serviciul Administrativ, tehnic, aprovizionare și achiziții publice;
- Compartiment P.S.I., protecție civilă și situații de urgență;
- Compartiment Juridic;
- Cabinet stomatologic;
- Farmacie;
- Arhivă;
- Bloc alimentar;
- Spațiu tehnic (centrala termică, atelier mecanic, atelier tâmplărie etc.);
- Anexe gospodărești (garaje, magazii materiale, depozite etc.).

Alte facilități:

- Activități recreaționale în incinta unității (sport, gimnastică, șah, table, rummy etc.);
- Posibilitatea de a primi vizite pe tot timpul anului în spațiile special amenajate și optimizate în acest sens.

Acces la:

- servicii religioase organizate în cadrul capelei spitalului;
- TV prin cablu;
- corespondență;
- servicii de telefonie.

### **Situația resurselor umane**

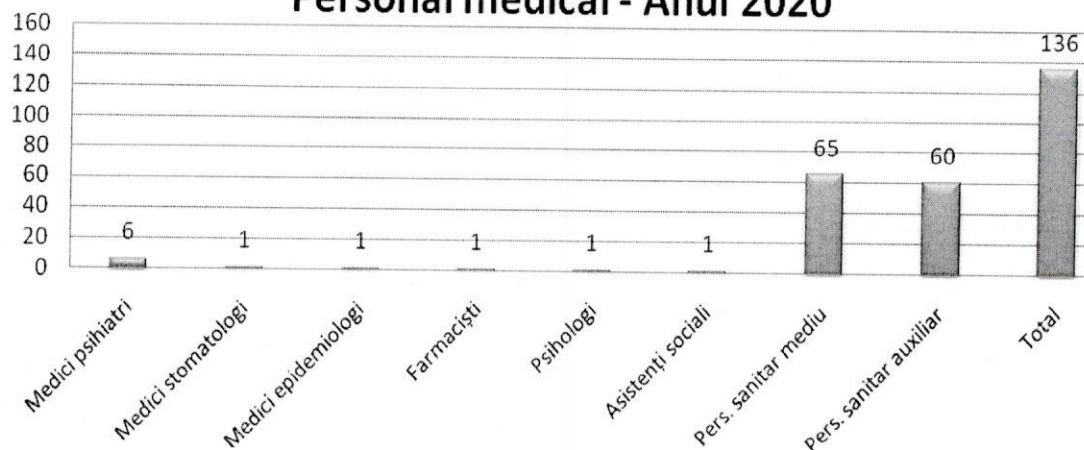
Structura de personal la nivelul Spitalului de Psihiatrie și Pentru Măsuri de Siguranță Pădureni-Grajduri cuprinde un număr total de 189 angajați, după cum urmează:

#### **➤ PERSONAL MEDICAL: TOTAL 136**

1. Medici psihiatri: 6
2. Medici stomatologi: 1
3. Medici epidemiologi: 1
4. Farmaciști: 1
5. Psihologi: 1
6. Asistenți sociali: 1
7. Personal sanitar mediu: 65
8. Personal sanitar auxiliar: 60



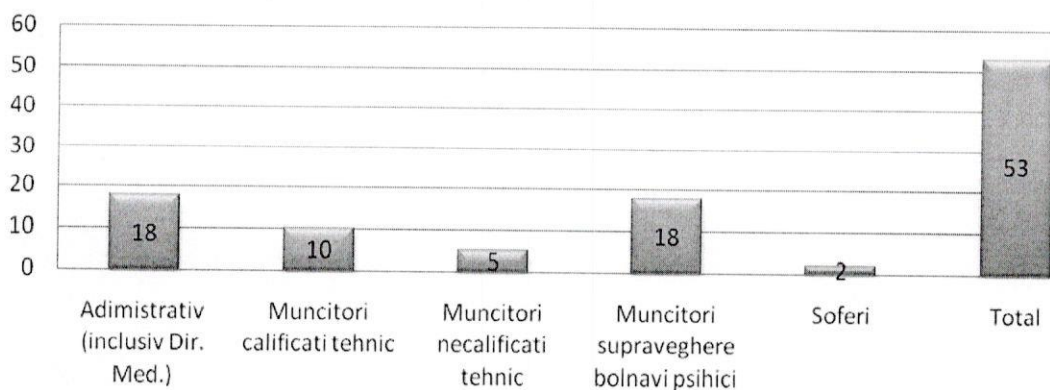
## Personal medical - Anul 2020



### ➤ PERSONAL NEMEDICAL: TOTAL 53

1. Administrativ: 18 (inclusiv Director Medical)
2. Muncitori calificați tehnic: 10
3. Muncitori necalificați tehnic: 5
4. Șoferi: 2
5. Muncitori necalificați supraveghere bolnavi psihici periculoși: 18

## Personal nemedical - Anul 2020



### A4. Situația dotării spitalului

Dotările medicale sunt minimale, dar moderne și funcționale (defibrilator automat, electrocardiograf cu 6 canale, tensiometre, glucometre, termometre digitale, stetoscoape, cămăși de forță, banderole de contenționare, pulsoximetre etc.).

Dintre cele mai importante dotări achiziționate în ultimii ani, în vederea eficientizării activității instituției și îmbunătățirii calității actului medical sunt:

- Defibrilator automat Life Point Pro;
- Electrocardiograf cu 6 canale;
- Centrala telefonică digitală + posturi telefonice VOIP cu interconectare wireless
- Server central HP cu Windows Server 2019 Standard HDD 4x1T SSD, RAM Memory 64GB
- Server Econel, soft dedicat intranet spital;

- Back-up server central NAS (Network Attached Storage) împotriva atacurilor cibernetice de tip ransomware;
- Firewall Fortigate + Sistem Soft Fortinet pentru securitate rețea LAN;
- Pagina actualizată de internet a instituției conform ultimilor cerințe și norme legale în vigoare;
- Schimbare centrala antifoc a sistemului de detecție și avertizare la incendiu;
- Gard perimetral delimitare proprietate unitate (1886 ml);
- Sistem antifurt gard perimetral instituție (1886 ml);
- Sistem supraveghere video cu funcție Crossing Line Detection la Secția 1 (Pavilioanele 1,2 și 8);
- Laptop-uri la nivelul fiecărui pavilion pentru implementare intranet și condică electronică a medicației pacienților;
- Mobilier complet nou pacienți (paturi, dulapuri pentru efecte personale);
- Saltele+ huse+lenjerii noi la nivelul fiecărei secții;
- Dotări inox pentru blocul alimentar al unității, pentru sălile de tratament precum și pentru saloanele depacienți;
- Rampe inox acces pavilioane pentru persoane cu dizabilități;
- Bariera automatizată acces poartă cu acționare prin telecomandă;
- Marmită la Bloc Alimentar;
- Extindere sistem supraveghere video și interconectarea acestuia;
- Echipamente și modernizare completă a centralei termice cu autorizare de funcționare conform PT C9 – 2010 Cazane de apă caldă și cazane de joasă presiune, ISCIR.
- Containere modulare Tip 1 (amenajare camere de vizitare pentru aparținători);
- Containere modulare Tip 2 (amenajare spații terapie ocupațională pacienți);
- Containere modulare Tip 1 (amenajare spațiu hotelier – zona tampon).

#### **A.5. Analiza datelor clinice, pe tipuri de servicii furnizate, piața spitalului**

Indicatorii de performanță ai spitalului sunt acei indicatori care reflectă tipul, volumul, intensitatea și calitatea serviciilor spitalicești.

Acești indicatori încearcă să ofere o imagine globală asupra activității spitalului, urmărind pacientul de la intrarea până la ieșirea lui pe poarta spitalului: pentru cine sunt furnizate serviciile? pentru ce sunt furnizate serviciile? în ce circumstanțe s-a internat pacientul? în ce au constat serviciile spitalului? care au fost rezultatele spitalizării? în ce circumstanțe s-a externat pacientul?

Răspunsul la aceste întrebări va determina poziționarea pe piața a serviciilor medicale oferite de acest spital.

Putem răspunde la întrebările anterioare astfel: serviciile sunt adresate persoanelor asigurate și neasigurate, care sunt internate în baza art. 110 Cod Penal oferindu-le servicii de calitate în arealul pe care îl deservim.

Serviciile oferite de spitalul nostru sunt servicii medicale de spitalizare continuă iar resursele necesare desfășurării activității provin din următoarele surse :

- servicii medicale decontate de către Casa de Asigurări de Sănătate Iași în baza contractului de furnizare servicii medicale **spitalizare continuă**;



### A.5. Analiza indicatorilor de performanță a spitalului

| <i>Categorie indicator</i>   | <i>Denumire indicator</i>  | <i>Valori asumate 2022</i> |
|--|--|----------------------------|
| <b>A. Indicatori de management al resurselor umane</b>   | 1.Numărul mediu de bolnavi externati pe un medic   | 12                         |
|  | 2.Numărul mediu de consultatii pe un medic in ambulatoriu  | 0                          |
|  | 3.Numarul mediu de consultatii pe un medic in camera de garda/UPU/CPU  | 0                          |
|  | 4.Proportia medicilor din totalul personalului   | 3,80                       |
|  | 5.Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului  | 32                         |
|  | 6.Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical   | 20                         |
| <b>B. Indicatori de utilizare a serviciilor</b>  | 1.Numarul de pacienti externati total si pe sectii   | 77                         |
|  | Sectia psihiatrie I cronici art.110 C.P  | 29                         |
|  | Sectia psihiatrie II cronici art.110 C.P   | 28                         |
|  | din care compartiment TBC art.110 C.P  | 2                          |
|  | Sectia psihiatrie III cronici art.110 CP   | 18                         |
|  | 2. Durata medie de spitalizare, pe spital si pe fiecare sectie   | 300                        |
|  | 3. Rata de utilizare a paturilor, pe spital si pe fiecare sectie   | 175                        |
|  | 4.Indicele de complexitate a cazurilor, pe spital  | 0                          |
|  | 5. Procentul bolnavilor cu intervenții chirurgicale din totalul bolnavilor externați din secțiile chirurgicale   | Nu e cazul                 |
|  | 6. Proportia bolnavilor internați cu programare din totalul bolnavilor internați, pe spital și pe fiecare secție   | Nu e cazul                 |
| 7. Proportia urgentelor din totalul bolnavilor internati, pe spital și pe fiecare secție   | Nu e cazul   |                            |
| 8. Proportia bolnavilor internati cu bilet de trimitere din totalul bolnavilor internati, pe spital  | Nu e cazul   |                            |
| 9.Numar de consultatii acordate in ambulatoriu   | Nu e cazul   |                            |
| 10.Proportia serviciilor medicale spitalicesti acordate prin spitalizare de zi din totalul serviciilor medicale spitalicesti acordate, pe spital | Nu e cazul   |                            |
| <b>C. Indicatori economico - financiari</b>  | 1.Execuția bugetară față de bugetul aprobat  | 9                          |
|  | 2.Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului   | 82                         |
|  | 3.Procentul cheltuielilor de personal din totalul sumelor decontate de casele de asigurari de sanatate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanate pentru serviciile medicale furnizate, precum si din sumele asigurate din bugetul Ministerului Sanatatii cu aceasta destinatie | 90                         |



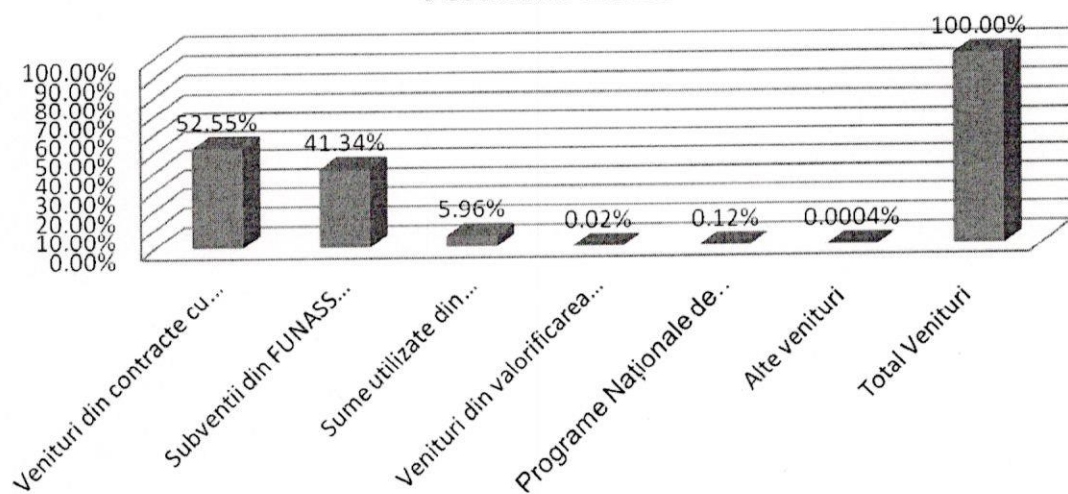
|                                  |   |            |
|----------------------------------|---|------------|
|                                  | 4.Procentul cheltuielilor cu medicamente din totalul cheltuielilor spitalului   | 5          |
|                                  | 5.Costul mediu pe zi spitalizare pe fiecare sectie  | 165        |
|                                  | 6.Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului (sintagma „venituri proprii” inseamna, in cazul acestuio indicator, toate veniturile obtinute de spital, exclusiv celor obtinute in contractul cu casa de asigurari de sanatate) | 0.20       |
| <b>D. Indicatori de calitate</b> | 1.Rata mortalitatii intraspitalicesti pe total Spital si pe fiecare sectie  | 20.00      |
|                                  | 2.Rata infectiilor nosocomiale, pe total Spital   | 100.00     |
|                                  | 3.Rata pacientilor reinternati in intervalul de 30 de zile de la externare  | 0          |
|                                  | 4.Indicele de concordanta intre diagnosticul la internare si diagnosticul la externare  | 92         |
|                                  | 5.Procentul bolnavilor transferati catre alte spitale din totalul bolnavilor internati  | Nu e cazul |
|                                  | 5.Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților înregistrate   | 15         |

## STRUCTURA BUGETULUI DE VENITURI ȘI CHELTUIELI ÎN ANUL 2020

### VENITURI

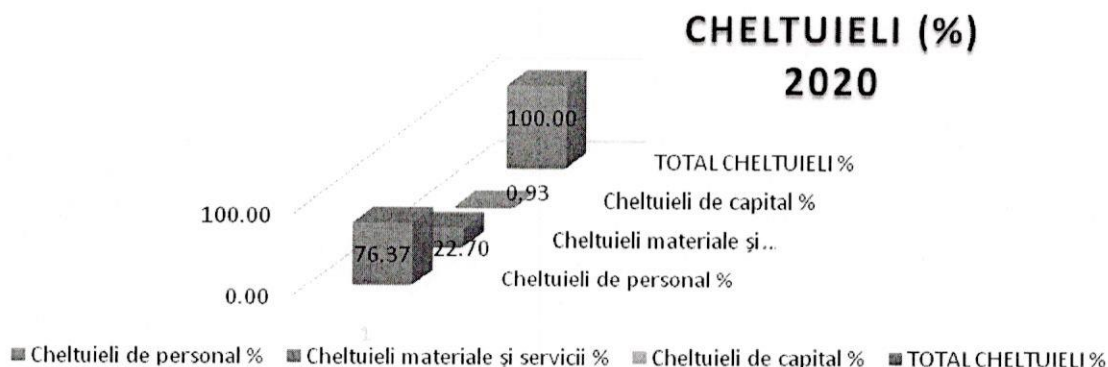
| ANUL 2020  | Total Sumă realizată și încasată de spital | Procent |
|--|--|---------|
| TOTAL VENITURI   | 24.132.807                                 | 100,00% |
| Venituri din contracte cu CJAS Iași  | 12.681.694                                 | 52,55%  |
| Subvenții din FUNASS pentru acoperirea creșterilor salariale                     | 9.976.980                                  | 41,34%  |
| Sume utilizate din excedentul anului precedent pentru efectuare de cheltuieli    | 1.438.653                                  | 5,96%   |
| Venituri din valorificarea produselor obținute din activitatea proprie sau anexă | 5.380                                      | 0,02%   |
| Programe Naționale de Sănătate Mintală și Profilaxie în Patologia Psihiatrică    | 30.000                                     | 0,12%   |
| Alte venituri  | 100  | 0,0004% |

### Venituri 2020



### CHELTUIELI 2020

| ANUL 2020                        | Total sumă realizată de spital | Procent |
|----------------------------------|--------------------------------|---------|
| <b>TOTAL CHELTUIELI</b>          | 23.932.807                     | 100,00% |
| Cheltuieli de personal           | 18.277.205                     | 76,37%  |
| Cheltuieli materiale și servicii | 5.432.602                      | 22,70%  |
| Cheltuieli de capital            | 223.000                        | 0,93%   |



### SCOPUL STRATEGIEI

Îmbunătățirea structurii și organizării spitalului în contextul obținerii acreditării conform Legii 95/2006 și îmbunătățirea capacității de răspuns a spitalului la nevoile bolnavilor. Creșterea calității actului medical, implicit creșterea satisfacției pacientului, perfecționarea continuă a personalului.

### VIZIUNEA

Spitalul de Psihiatrie și Pentru Măsură de Siguranță Padureni - Grajduri Iași intenționează să formeze o comunitate medicală sustenabilă cu un personal motivat și bine pregătit pus permanent în slujba pacientului ce activează într-un mediu spitalicesc modern, performant adaptat la cerințele în permanentă schimbare ale beneficiarilor.

**MISIUNEA** Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsură de Siguranță Padureni – Grajduri Iași este de a asigura starea de sănătate a comunității pe care o deservește prin consolidarea calității actului medical. Astfel – eficacitatea, eficientizarea și modernizarea devin repere permanente ale activității specifice.

### VALORI

Pentru atingerea scopului propus personalul spitalului va trebui să aplice următoarele valori:

- Respectarea drepturilor pacientului
- Garantarea calității și siguranței actului medical în unitatea noastră
- Competența profesională a personalului și formarea acestuia, funcție de necesarul spitalului
- Eficientizare cheltuielilor în beneficiul pacientului și al actului medical.

### B. ANALIZA SWOT

Analiza SWOT este un instrument de planificare ce permite unității să-și prezinte informațiile obținute din evaluarea mediului intern și extern pentru a le putea folosi în planificarea strategică.

Discutarea implicațiilor permite conducerii să identifice problemele critice și să stabilească prioritățile unității.



## Analiza SWOT a spitalului

| <b>MEDIUL INTERN</b>   |   |
|--|---|
| <b>PUNCTE TARI</b>   | <b>PUNCTE SLABE</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existența certificatului de acreditare a ANMCS pentru perioada 2016-2021.</li> <li>• Existența autorizației sanitare de funcționare.</li> <li>• Existența acordului de principiu a ordonatorului principal de credite (MS) în privința sumelor necesare extinderii spațiului hotelier.</li> <li>• Existența personalului cu pregătire superioară în domenii diferite, ceea ce crește capacitatea de rezolvare a unor probleme complexe.</li> <li>• Lipsa datoriilor către furnizori.</li> <li>• Asigurare constantă de medicamente, materiale sanitare și de curățenie, alimente, meniu variat și de calitate care respectă standardele nutriționale.</li> <li>• Permanenta preocupare a conducerii unității în vederea îmbunătățirii calității actului medical, a condițiilor oferite în cadrul unității, atât pentru pacienți cât și pentru personalul angajat.</li> <li>• Posibilitatea de terapie ocupațională și ergoterapie în domeniu agricol</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lipsa diversificării serviciilor medicale oferite pacienților internați.</li> <li>• Condițiile hoteliere care nu sunt la nivel optim.</li> <li>• Supraaglomerarea cu pacienți a unității.</li> <li>• Personal medical insuficient în comparație cu numărul de pacienți internați, influențând astfel calitatea actului medical.</li> <li>• Normativele de personal în neconcordanță cu necesarul real al unitatii sanitare</li> <li>• Organizarea spitalului în sistem pavilionar și vechimea considerabilă a pavilioanelor duc la cheltuieli mari de întreținere și funcționare.</li> <li>• Reticența personalului medical la schimbările impuse de noile cerințe privind calitatea serviciilor oferite de spital.</li> <li>• Neimplicarea suficientă sau neasumarea responsabilității din partea unor angajați din diferite compartimente ale spitalului.</li> </ul> |
| <b>MEDIUL EXTERN</b>   |   |
| <b>OPORTUNITĂȚI</b>  | <b>AMENINȚĂRI</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adresabilitate crescută, având în vedere teritoriul vast alocat pentru oferirea serviciilor medicale.</li> <li>• Creșterea tarifelor de decontare de către C.J.A.S. Iași pentru serviciile prestate de către unitate.</li> <li>• Reluarea procesului legislativ în vederea adoptării „Legii privind măsurile de siguranță cu caracter medical și statutul spitalelor de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță”</li> <li>• O colaborare mai bună cu celelalte unități sanitare precum și cu</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posibilitate redusă de recrutare a personalului cu înaltă pregătire profesională.</li> <li>• Lipsa unor echipe mobile mixte (medic psihiatru, psiholog, asistent social) pentru supravegherea pacienților externati la domiciliul acestora.</li> <li>• Lipsa calității de asigurat a pacienților externați în baza art. 109 C.P.</li> <li>• Lipsa posibilităților reale de reinsertie socială a pacientului externat.</li> <li>• Exigențele de reacreditare a spitalelor și lipsa unor standarde de acreditare adaptate la realitățile cu care se confruntă acest tip de spital.</li> <li>• Instabilitatea legislativă și financiară care necesită decizii și acțiuni rapide.</li> </ul>   |

|  |   |
|--|---|
| <p>proiecte solide privind posibilitățile de reinsertie sociala a pacienților externai (deveniți cazuri sociale) în parteneriat cu diverse asociații profesionale, ONG-uri, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprobarea creșterii numărului de paturi la nivelul instituției.</li> <li>• Aprobarea diversificării serviciilor medicale oferite pacienților internați.</li> <li>• Alocarea de către ordonatorul principal de credite a sumelor necesare în vederea extinderii spațiului hotelier.</li> <li>• Creșterea gradului de implementare a Sistemului de Management al Calității care să ducă la creșterea calității actului medical.</li> </ul> | <p>mediul urban.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nepunerea în deplină concordanță cu realitatea a cadrului legislativ privitor la modul de organizare și funcționare a unităților de acest profil precum și a nevoilor pacienților internați.</li> <li>• Aplicarea măsurii de siguranță (art.110 C.P.) în mod eronat unei categorii de pacienți (cu diagnostice psihiatrice de: retard mintal sever, mediu, oligofrenie, demente în diverse stadii) ce contribuie la supraaglomerarea cu pacienți a unității (aceștia neavând nici o perspectivă reala de „ameliorare sau însănătoșire” – condiție esențială pentru aplicarea măsurii art. 109 C.P.) și care contribuie definitiv la creșterea riscurilor în pavilioanele unde sunt internați atât pentru pacienți cât și pentru personalul angajat (aceștia prin tulburările discomportamentale inerente afecțiunii psihice fiind printre principalii factori declanșatori a evenimentelor adverse actului medical).</li> </ul> |
|--|---|

### C. STRATEGIA DE DEZVOLTARE A SPITALULUI

Planul strategic propus pentru o perioadă de 5 ani are ca prioritate **îmbunătățirea structurii și organizării spitalului**, în vederea obținerii reacreditării și oferirea unor servicii medicale de calitate.

Proiectul de strategie trebuie să fie în concordanță cu misiunea organizației, să evidențieze clar obiectivele strategice și acțiunile de implementare pentru următorii 5 ani și să stabilească criteriile care stau la baza obiectivelor strategice.

#### **Strategia de dezvoltare a spitalului se poate elabora și structura astfel:**

- Obiective pe termen scurt (mai mic sau egal cu un 1 an);
- Obiective pe termen mediu (intre 1 și 3 ani);
- Obiective pe termen lung (mai mare de 3 ani).

#### **Obiectivele vizează următoarele două mari domenii:**

- Asistența medicală de specialitate;
- Condițiile hoteliere.



## OBIECTIVE STRATEGICE PRINCIPALE

- Extinderea spațiului hotelier pentru pacienții internați în unitate, respectiv ridicării gradului de confort și de siguranță;
- Îmbunătățirea continuă a calității actului medical oferit pacienților;
- Extinderea capacității și reorganizarea structurii funcționale a spitalului;
- Acoperirea unei arii corespunzătoare și suficiente de servicii medicale, la standarde actuale;
- Introducerea unor noi structuri și procese pentru a îndeplini obiectivele strategice.

### C.1. Obiective pe termen scurt mai mic sau egal cu 1 an ( maxim 31.12.2022)

| <i>Nr.</i> | <i>Obiectivul</i>  | <i>Resurse Umane</i>   | <i>Termen</i>  | <i>Indicatori de evaluare măsurabili</i>                              | <i>Resurse materiale, financiare</i>  |
|------------|--|--|--|---|---|
| 1.         | Măsurarea gradului de satisfacție al pacientului și propuneri de îmbunătățire a activității medicale și non medicale rezultate în urma analizei  | Director Medical/Manager   | Anual aplicarea chestionarelor/ analiza trimestrială | Procesele verbale trimestriale de analiză                             | Formularele care se distribuie pacienților, Nu necesită resurse suplimentare  |
| 2.         | Construcții modulare pentru asistența pacienților în context pandemic, suplimentarea numărului de paturi pe unitate  | Director Medical/Manager   | 31.12.2021   | Procesele verbale de recepție a bunurilor și lucrărilor               | Buget aferent estimat 350.000 lei   |
| 3.         | Implementarea ghidurilor clinice/protocoalelor terapeutice emise de Ministerul Sănătății la nivelul secțiilor și compartimentelor în funcție de competența de îngrijire și cazurile tratate. | Consiliul medical al unității/ Medicii care își desfășoară activitatea în cadrul unității sanitare | 31.12.2022   | Numărul de ghiduri clinice implementate                               | Costurile de achiziție a formei tipărite a ghidurilor acolo unde au fost elaborate de Ministerul Sănătății, tipărirea și distribuirea Ghidurilor elaborate la nivelul compartimentelor. |
| 4.         | Îmbunătățirea îngrijirii pacientului prin implementarea procedurilor de practică pentru asistenții medicali de îngrijire pe tipuri de pacient și nevoi.                                      | Medicii șefi de secție și asistenții medicali șefi secție  | 31.12.2022   | Numărul procedurilor de practică pentru asistenții medicali întocmite | Nu există costuri suplimentare.   |



|    |  |  |                           |   |   |
|----|--|--|---------------------------|---|---|
| 5. | Evaluare a personalului angajat. Evaluarea motivării personalului angajat.   | Director Medical/Manager   | 31.12.2022                | Realizat cu încadrarea în timp  | Nu există costuri suplimentare.             |
| 6. | Acreditarea spitalului în Ciclu 2 de acreditare  | Comitetul director, Comisia de implementare a standardelor în vederea acreditării, Biroul de Management al Calității Serviciilor de Sănătate și întreg personalul unității | Conform programării ANMCS | Certificatul de acreditare transmis de ANMCS                              | Taxa de acreditare 60.000 lei               |
| 7. | Reparații curente tâmplărie, mobilier, verificare, întreținere instalații sanitare, igienizare spații de cazare lucrare necesară, conform Planului de conformare, anexă la Autorizația Sanitară de Funcționare | Firma de construcții, Serviciul administrativ, Comitetul director, CPIAAM  | 31.12.2021                | Procese verbale de receptie a lucrărilor de igienizare, reparații curente | Bugetul aferent estimat este de 400.000 lei |

### C.2. Obiective pe termen mediu (1-3 ANI) – (01.01.2022 - 31.12.2024)

| <i>Nr.</i> | <i>Obiectivul</i>   | <i>Resurse Umane</i>  | <i>Termen</i> | <i>Indicatori de evaluare măsurabili</i>   | <i>Resurse financiare</i>                      |
|------------|---|---|---------------|--|--|
| 1.         | Amenajare și modernizare curte interioară   | Comitet director<br>Serviciul administrativ                                   | 31.08.2022    | Proces verbal de receptie  | Bugetul aferent estimat este de 200.000 lei    |
| 2.         | Extindere sistem supraveghere video tip crossing line detection conform analizei la risc a unitatii Pavilion III, IV, V, VI | Comitetul director<br>Serviciul administrativ, firma specializata             | 31.12.2023    | Procese verbale de receptie a bunurilor și lucrărilor                                    | Bugetul aferent estimat este de 80.000 lei     |
| 3.         | Reabilitare, modernizare și mansardare „Pavilion administrativ” în vederea schimbării destinației în pavilion pacienți      | Comitetul director,<br>Serviciul administrativ,<br>firma de specialitate      | 31.12.2024    | Procese verbale de Receptie a lucrărilor de extindere spațiu cazare pacienti.            | Bugetul estimat aferent este de 4.300.000 lei  |
| 4.         | Reabilitare, modernizare „Pavilion Spălătorie” în vederea schimbării destinației în Pavilion Administrativ                  | Comitetul director,<br>CPIAAM, serviciul administrativ, firma de specialitate | 31.12.2024    | Procese verbale de receptie a lucrărilor, amenajare birouri pentru birouri administrativ | Bugetul aferent estimat este de 2.100.000 lei. |

|    |  |   |            |   |   |
|----|--|---|------------|---|---|
| 5. | Reparații curente tâmplărie, mobilier, verificare, întreținere instalații sanitare, igienizare spații de cazare lucrare necesară, conform Planului de conformare, anexă la Autorizația Sanitară de Funcționare | Firma de construcții, Serviciul administrativ, Comitetul director, CPIAAM       | 31.12.2022 | Procese verbale de recepție a lucrărilor de igienizare, reparații curente | Bugetul aferent estimat este de 500.000 lei |
| 6. | Branșare la sistemul de aducțiune apă și canalizare al Comunei Grajduri  | Firma de specializata/autorizata, proiectare – executie Serviciul administrativ | 31.12.2022 | Procese verbale de recepție a lucrărilor                                  | Bugetul aferent estimat este de 100.000 lei |
| 7. | Reparații curente tâmplărie, mobilier, verificare, întreținere instalații sanitare, igienizare spații de cazare lucrare necesară, conform Planului de conformare, anexă la Autorizația Sanitară de Funcționare | Firma de construcții, Serviciul administrativ, Comitetul director, CPIAAM       | 31.12.2023 | Procese verbale de recepție a lucrărilor de igienizare, reparații curente | Bugetul aferent estimat este de 500.000 lei |
| 8. | Reparații curente tâmplărie, mobilier, verificare, întreținere instalații sanitare, igienizare spații de cazare lucrare necesară, conform Planului de conformare, anexă la Autorizația Sanitară de Funcționare | Firma de construcții, Serviciul administrativ, Comitetul director, CPIAAM       | 31.12.2024 | Procese verbale de recepție a lucrărilor de igienizare, reparații curente | Bugetul aferent estimat este de 500.000 lei |
| 9. | Modernizare rețea electrică exterioară   | Comitet director Serviciul administrativ  | 31.12.2023 | Proces verbal de recepție   | Bugetul aferent estimat este de 400.000 lei |

**C.3. Obiective pe termen lung (peste 3 ANI) - (01.01.2025-31.12.2026)**

| <i>Nr.</i> | <i>Obiectivul</i>  | <i>Resurse Umane</i>  | <i>Termen</i> | <i>Indicatori de evaluare măsurabili</i>    | <i>Resurse materiale, financiare</i>                            |
|------------|--|---|---------------|---|---|
| 1.         | Propunere proiect legislativ privind Statutul Spitalelor de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță în vederea depunerii la Parlamentul României. | Grup de lucru format din specialiști de la nivelul celor 4 spitale, reprezentanți ai organizațiilor neguvernamentale și specialiști din mediul academic și parlamentari | 31.12.2025    | Intrarea proiectului în circuit legislativ. | Nu necesită resurse financiare și materiale din partea unității |
| 2.         | Inițierea și dezvoltarea unor proiecte solide privind extinderea posibilităților de reinsertie socială a pacienților externai                      | Instituții ale statului, asociații profesionale și alte tipuri de ONG-uri   | 31.12.2026    | Număr de protocoale încheiate               | Nu necesită resurse financiare și materiale din partea unității |

**C.4 Obiective privind formarea profesională**

| <i>Nr.</i> | <i>Obiectivul</i>  | <i>Resurse Umane</i>      | <i>Termen</i>            | <i>Indicatori de evaluare măsurabili</i>  | <i>Resurse materiale, financiare</i> |
|------------|--|---------------------------|--------------------------|---|--------------------------------------|
| 1.         | Cresterea numarului de cursuri de instruire interna ale personalului funcție de necesitățile identificate. | Director Medical/ Manager | 31.12. al anului în curs | Numarul de cursuri interne din anul curent/ Numarul de cursuri interne din anul precedent | Nu necesită cheltuieli suplimentare. |
| 2.         | Participarea la cel puțin 2 manifestari stiintifice pe profil în decursul unui an calendaristic            | Director Medical/ Manager | 31.12. al anului în curs | Numarul de participari la manifestari stiintifice sa fie mai mare de 2                    | 10.000 lei                           |
| 3.         | Evaluarea performantelor profesionale ale personalului medical   | Director Medical/ Manager | 31.12. al anului în curs | Procent personal evaluat = 100%   | Nu necesită cheltuieli suplimentare. |
| 4.         | Elaborarea/Revizuire de protocoale si instructiuni de lucru  | Director Medical/ Manager | 31.12. al anului în curs | Numarul acestora.   | Nu necesită fonduri suplimentare.    |



### C.5 Obiective specifice privind controlul infecțiilor nosocomiale

| <i>Nr.</i> | <i>Obiectivul</i>   | <i>Resurse Umane</i>  | <i>Termen</i>            | <i>Indicatori de evaluare măsurabili</i>   | <i>Resurse materiale, financiare</i>   |
|------------|---|-----------------------|--------------------------|--|--|
| 1.         | Reducerea numărului de cazuri de infecții nosocomiale depistate   | Coordonator<br>CPIAAM | 31.12. al anului în curs | Numarul de cazuri depistate  | Sumele necesare pentru dezinfectie și sterilizare.   |
| 2.         | Mentinerea spre valoarea 0 a numărului de cazuri de accidente ale personalului medical prin expunere la produse biologice | Coordonator<br>CPIAAM | 31.12. al anului în curs | Numarul de accidente ale personalului medical prin expunere la produse biologice | Sume necesare pentru igiena proprie și a echipamentului de protecție specific pentru fiecare activitate. |
| 3.         | Depistarea precoce și controlul infecțiilor asociate îngrijirilor medicale  | Coordonator<br>CPIAAM | 31.12. al anului în curs | Numarul de cazuri depistate la pacienții internati Rata infecțiilor nosocomiale. | Sumele necesare pentru dezinfectie și sterilizare.   |

### C.6 Obiective privind depistarea precoce și controlul infecțiilor nosocomiale

| <i>Nr.</i> | <i>Obiectivul</i>  | <i>Resurse Umane</i>  | <i>Termen</i>            | <i>Indicatori de evaluare măsurabili</i>                     | <i>Resurse materiale, financiare</i>                 |
|------------|--|-----------------------|--------------------------|--|--|
| 1.         | Respectarea Planului de autocontrol privind eficiența curățeniei și dezinfectiei   | Coordonator<br>CPIAAM | 31.12. al anului în curs | Registru de autocontrol și buletinele de analiză îndosariate | Costurile cu efectuarea analizelor de bacteriologie. |
| 2.         | Acțiuni de verificare a stării igienico-sanitare în secțiile spitalului.   | Coordonator<br>CPIAAM | 31.12. al anului în curs | Numărul de acțiuni de verificare a stării igienico-sanitare. | Costurile cu efectuarea analizelor de laborator.     |
| 3.         | Cresterea numărului de cursuri de instruire ale personalului cu privire la supravegherea infecțiilor nosocomiale.                            | Coordonator<br>CPIAAM | 31.12. al anului în curs | Numărului de cursuri de instruire ale personalului.          | Nu necesită costuri suplimentare                     |
| 4.         | Elaborarea și actualizarea procedurilor și protocoalelor privind managementul infecțiilor nosocomiale, curățenia, dezinfectia, sterilizarea. | Coordonator<br>CPIAAM | 31.12. al anului în curs | Numarul de proceduri și protocoale.                          | Nu necesită costuri suplimentare                     |

**C.7 Obiective specifice pentru îmbunătățirea calității**

| <i>Nr.</i> | <i>Obiectivul</i>  | <i>Resurse Umane</i>        | <i>Termen</i>            | <i>Indicatori de evaluare măsurabili</i>                               | <i>Resurse materiale, financiare</i> |
|------------|--|-----------------------------|--------------------------|--|--------------------------------------|
| 1.         | Realizarea și revizuirea protocoalelor de îngrijiri și protocoalelor medicale conform ghidurilor clinice și în concordanță cu posibilitățile de dezvoltare ale spitalului. Difuzarea și instruirea personalului.             | BMCSS/ Director Medical     | 31.12. al anului în curs | Număr protocoale revizuite / Număr procese verbale de instruire        | Nu necesită costuri suplimentare     |
| 2.         | Întocmirea propunerilor de creștere a gradului de satisfacție a pacientului și angajaților ca urmare a prelucrării și analizei a chestionarelor de satisfacție a pacientului și sau aparținătorilor, precum și a angajaților | BMCSS<br>Consiliul de Etică | 31.12. al anului în curs | Plan de măsuri întocmit în urma Raportului de analiză a chestionarelor | Nu necesită costuri suplimentare     |
| 3.         | Utilizarea judicioasă a resurselor, urmărirea încadrării în bugetul de venituri și cheltuieli alocat pe fiecare secție;  | Director Financiar-Contabil | 31.12. al anului în curs | Criterii de alocare a bugetului, BVC la nivel de secție.               | Nu necesită costuri suplimentare     |
| 4.         | Revizuirea și actualizarea periodică a procedurilor operationale și de lucru, conform modificărilor legislative  | BMCSS<br>Șefii de servicii  | 31.12. al anului în curs | Număr de proceduri revizuite/ actualizate                              | Nu necesită costuri suplimentare     |

### C. 8 Indicatori specifici pentru evaluarea calității serviciilor hoteliere

| <i>Nr.</i> | <i>Obiectivul</i>   | <i>Resurse Umane</i>              | <i>Termen</i>            | <i>Indicatori de evaluare măsurabili</i>  | <i>Resurse materiale, financiare</i>   |
|------------|---|-----------------------------------|--------------------------|---|--|
| 1.         | Cresterea indicelui de satisfacție al pacienților la întrebările referitoare la confortul hotelier din chestionarul de evaluare al satisfacției pacienților | Director Medical/<br>asistent șef | 31.12. al anului în curs | Indicele de satisfacție al pacienților la întrebările referitoare la confortul hotelier       | Aplicarea chestionarelor de satisfacție a pacienților. Nu sunt costuri suplimentare. |
| 2.         | Cresterea satisfacției pacienților referitor la curățenie   | Director Medical/<br>asistent șef | 31.12. al anului în curs | Indicele de satisfacție al pacienților la întrebările referitoare la curățenie.               | Aplicarea chestionarelor de satisfacție a pacienților. Nu sunt costuri suplimentare. |
| 3.         | Cresterea satisfacției pacienților referitor la atitudinea personalului   | Director Medical/<br>asistent șef | 31.12. al anului în curs | Indicele de satisfacție al pacienților la întrebările referitoare la atitudinea personalului. | Aplicarea chestionarelor de satisfacție a pacienților. Nu sunt costuri suplimentare. |

### C. 9 Indicatori de performanță specifici fiecărei secții

| <i>Nr.</i> | <i>Obiectivul</i>                    | <i>Responsabil</i> | <i>Termen</i> | <i>Indicatori evaluare</i> |
|------------|--------------------------------------|--------------------|---------------|----------------------------|
| 1.         | Durata medie de spitalizare          | Șef secție         | Trimestrial   | Grad de realizare          |
| 2.         | Rata de utilizare a paturilor        | Șef secție         | Trimestrial   | Grad de realizare          |
| 3.         | Costul mediu al zilei de spitalizare | Șef secție         | Trimestrial   | Grad de realizare          |
| 4.         | Rata infecțiilor nosocomiale         | Șef secție         | Trimestrial   | Grad de realizare          |
| 5.         | Rata mortalității intraspitalicești  | Șef secție         | Trimestrial   | Grad de realizare          |
| 6.         | Procentul de reclamații rezolvate    | Șef secție         | Trimestrial   | Grad de realizare          |



## D. Rezultate așteptate

- Asigurarea calității și siguranței actului medical în cadrul spitalului.
- Menținerea acestor structuri spitalicești la standarde de calitate și siguranță pentru pacienții internați;
- Consolidarea statutului de spital de referință pe specializarea psihiatrie „forensică” la nivel regional și național.

## E. Monitorizarea indicatorilor

Pentru monitorizarea derulării proiectului și a evaluării finale am căutat indicatori care să aibă caracteristicile **SMART**: **S**pecific, **M**ăsurabil, „De obținut” (Attainable), **R**elevant și „Disponibil în timp util” (“Timely”).

1. analiza statistică a chestionarului de satisfacție al pacienților în legătură cu serviciile medicale oferite;
2. analiza indicilor de spitalizare unde vom urmări dacă aceștia au fost îndepliniți sau dacă trebuie modificați ținând cont de contextul medical la data efectuării analizei;
3. analiza procedurilor și protocoalelor implementate la nivelul unității sanitare;

## F. Evaluarea indicatorilor

**Evaluarea indicatorilor** pentru fiecare obiectiv se va face atât intern cât și extern.

**F.1. Evaluarea internă** se va face pentru toate obiectivele propuse astfel:

- Inițial, înainte de începerea activităților,
- Anual – pentru toate obiectivele.

Evaluarea internă presupune întocmirea documentelor specifice pentru fiecare obiectiv în parte.

**F.2. Evaluarea externă** va cuprinde evaluarea de către Ministerul Sănătății a tuturor indicatorilor de performanță ai spitalului precum și prin evaluarea indicatorilor de management asumați de managerul spitalului prin contractul de management, evaluare care se va realiza anual.

O altă evaluare externă, va fi și verificarea îndeplinirii Standardelor de Acreditare în cadrul vizitei de evaluare ce va fi realizată de către evaluatori acreditați ce se află în contract cu Autoritatea de Management al Calității Serviciilor Medicale (ANMCS), evaluare ce se va concretiza cu obținerea certificatului de acreditare.

Rezultatele evaluării se vor prezenta periodic în rapoarte preliminare și finale, sub formă de indicatori de performanță, pe baza cărora se vor stabili noi activități și strategii de dezvoltare a spitalului. De asemenea trebuie avut în vedere și următoarele aspecte:

- **Verificarea gradului de realizare** a planului de conformare anexă I a Autorizația Sanitară de Funcționare. Verificarea se va efectua anual de către personalul abilitat al DSP Iași.
- **Verificarea îndeplinirii Standardelor de Acreditare** în cadrul vizitei de evaluare – trimestrul IV 2022 sau în funcție de programarea ANMCS.
- **Verificarea creșterii gradului de satisfacție** a pacienților pentru serviciile medicale acordate.