



ORDIN nr. 161

din data de 06.08.2025

privind reîncadrarea SPITALULUI ORĂȘENESC „DR. VALER RUSSU” LUDUȘ  
din categoria a V-a în categoria a III-a de acreditare „Acreditat cu rezerve”

Având în vedere:

- Prevederile art. 173 alin (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare,
  - Dispozițiile art. 2 lit. e) și h), art. 6 lit. e) și art. 13 alin (5) lit c) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare,
  - Prevederile art. 6 alin. (1) lit. c) din Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 10/2018 privind aprobarea categoriilor de acreditare a unităților sanitare cu paturi aferente celui de al II-lea ciclu de acreditare, cu modificările și completările ulterioare,
  - Procedura și metodologia de evaluare și acreditare a spitalelor, aprobată prin Ordinul Ministrului Sănătății nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor,
  - Raportul de acreditare al SPITALULUI ORĂȘENESC „DR. VALER RUSSU” LUDUȘ nr. 2692/ANMCS/31.07.2025, aprobat prin Hotărârea Colegiului director al Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 9/31.07.2025,
  - Referatul Unității de Evaluare și Acreditare a Spitalelor aprobat de președintele Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate sub nr. 2711/ANMCS/01.08.2025,
- în temeiul art. 13 alin. (6) din Legea nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare,

**Președintele Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate**  
emite prezentul

**ORDIN**

**Art. 1.** Se reîncadrează din categoria a V-a în **categoria a III-a de acreditare „Acreditat cu rezerve” SPITALUL ORĂȘENESC „DR. VALER RUSSU” LUDUȘ** cu sediul în Localitatea Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, Nr. 20, județul Mureș.

**Art. 2.** În cazul îndeplinirii în totalitate a planului de conformare, A.N.M.C.S. reanalizează încadrarea unității sanitare cu paturi, în conformitate cu prevederile Ordinului Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 10/2018, cu modificările și completările ulterioare.

**Art. 3. (1)** Începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin, Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 185/13.06.2023 privind încadrarea **SPITALULUI ORĂȘENESC „DR. VALER RUSSU” LUDUȘ** în categoria a V-a de acreditare, se abrogă.

**(2)** Prezentul ordin se comunică părților interesate, prin grija Unității de Evaluare și Acreditare a Spitalelor din cadrul Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate.

**Președintele Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate**

**Secretar de Stat,**  
Valentin-Florin Ciocan  
Digitally signed by  
Valentin-Florin Ciocan  
Date: 2025.08.06 09:31:39  
+03'00'  
**Valentin-Florin CIOCAN**

ED 13585/01.09.2025

Discuția în C.M. (nr. RV. 14045/10.09.2025)

**AVIZAT.**

Director General Adjunct  
Sorin - Gabriel UNGUREANU

Vladimir-  
Alexandru  
Tudose

Digitally signed by  
Vladimir-Alexandru  
Tudose  
Date: 2025.08.05  
14:51:32 +03'00'

Compartiment Juridic  
Consilier juridic  
Laura - Oana IOANIȚESCU

Daniela-  
Adriana  
Petre

Digitally signed  
by Daniela-  
Adriana Petre  
Date: 2025.08.05  
15:01:56 +03'00'

Unitatea de Evaluare și Acreditare a Spitalelor  
Director,  
Anca-Daniela ANTON

Vladimir-  
Alexandru  
Tudose

Digitally signed by  
Vladimir-Alexandru  
Tudose  
Date: 2025.08.05  
14:51:17 +03'00'

Șef Serviciu Acreditare Spitale  
Mirela - Emilia ORZAN

Mirela-  
Emilia Orzan

Digitally signed by  
Mirela-Emilia Orzan  
Date: 2025.08.05  
14:42:41 +03'00'

Întocmit,  
Consilier S.A.S.  
Andrei GAVRILĂ

Catalin-  
Andrei  
Gavrila

Digitally signed  
by Catalin-  
Andrei Gavrila  
Date: 2025.08.05  
14:01:33 +03'00'



AUTORITATEA NAȚIONALĂ  
DE MANAGEMENT AL  
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE



NR 2692/ANMCS/31.07.2025

APROB,  
PREȘEDINTE COLEGIU DIRECTOR AL  
AUTORITĂȚII NAȚIONALE DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE

Nr. 12544/07.08.2025

Valentin-  
Florin Ciocan

Digitally signed by  
Valentin-Florin Ciocan  
Date: 2025.07.31  
15:17:41 +03'00'

Valentin-Florin CIOCAN

# RAPORT DE ACREDITARE

**SPITALUL ORĂȘENESC „DR.VALER RUSSU” LUDUȘ**

**Cod ANMCS: A50135**

**Localitatea Luduș, Județul Mureș**

## CUPRINS

Preambul .....	3
1.1 Obiectivele și scopul acreditării .....	3
1.2 Categoriile de acreditare a unităților sanitare cu paturi .....	4
2. Informații generale .....	7
2.1. Prezentare unitate sanitară cu paturi .....	7
2.2 Vizita de evaluare .....	11
3. Prezentarea rezultatelor obținute și încadrarea unității sanitare în categoria de acreditare .....	12
4. Prelucrarea și analiza datelor obținute în urma procesului de evaluare .....	14
4.1 Referința 01 - Managementul strategic și organizațional .....	14
4.2 Referința 02 - Managementul clinic .....	51
4.3 Referința 03 - Etica medicală și drepturile pacientului .....	98
5. Aprecieri și recomandări .....	106
6. Anexă la raportul de acreditare .....	108

## Preambul

### 1.1 Obiectivele și scopul acreditării

#### Acreditarea unităților sanitare:

- este procesul de validare a conformității caracteristicilor serviciilor de sănătate efectuate de către unitățile sanitare, cu standardele de acreditare adoptate de către ANMCS și aprobate în condițiile legii, în urma căruia unitățile sanitare sunt clasificate pe categorii de acreditare pentru a conferi încredere în competența tehnico-profesională și organizatorică a acestora;
- este un proces de evaluare externă și, principal, independent, realizat de persoane special pregătite pentru aceasta – evaluatori;
- se focalizează pe trei dimensiuni: implementarea sistemului de management al calității, organizarea proceselor în vederea acreditării serviciilor de sănătate și îmbunătățirea practicilor profesionale;
- privește spitalul ca pe un ansamblu de procese desfășurate de o organizație, având ca rezultat serviciile de sănătate centrate pe pacient.

#### Scopul acreditării

- Serviciile de sănătate să asigure condițiile de siguranță a pacientului, a personalului și a mediului;
- Serviciile de sănătate oferite să răspundă nevoilor colectivităților deservite;
- Preluarea pacienților de către unitățile sanitare să se facă în limita competențelor și a resurselor acestora.

## 1.2 Categoriile de acreditare a unităților sanitare cu paturi

Condițiile minime obligatorii generale pentru clasificarea unității sanitare cu paturi în categoriile de acreditare sunt:

- fiecare standard de acreditare să fie îndeplinit în proporție de cel puțin 51%;
- indicatorii critici privind siguranța pacientului să fie îndepliniți în proporție de 100%.

Criteriile în baza cărora se realizează încadrarea în categoriile de acreditare a unităților sanitare cu paturi aferente celui de al II-lea ciclu de acreditare, sunt următoarele:

- punctajul total obținut în urma evaluării conformității cu cerințele standardelor Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate;
- ponderea indicatorilor cu valoare (-10) aplicabili unității sanitare;
- nivelul de îndeplinire a cerințelor privind obținerea autorizației sanitare de funcționare, exprimat prin existența sau inexistența unui plan de conformare.

Categoria de acreditare	Criterii și condiții cumulative				Observații	
	Criterii			Condiții		
	1. Punctaj total	2. Indicatori punctați cu (-10)	3. Plan de conformare la ASF	1. fiecare standard să fie îndeplinit în proporție de cel puțin 51%		2. indicatori critici 100% îndepliniți
<b>Categoria I Acreditat</b>	cel puțin 90%	nu există	fără plan de conformare	-fiecare standard de acreditare să fie îndeplinit în proporție de cel puțin 51%; -indicatori critici privind siguranța pacientului 100% îndepliniți	fără recomandări	
<b>Categoria II Acreditat cu recomandări</b>	cel puțin 70%	mai puțin de 10% din indicatorii punctați cu (-10) aplicabili unității sanitare respective	termenul de îndeplinire a planului de conformare, asumat de către unitatea sanitară cu paturi și de către forul tutelar sau patronat, să fie de maximum 12 luni de la emiterea acestuia.		- În cazul îndeplinirii în integralitate a planului de conformare în perioada asumată de maximum 12 luni de la emiterea acestuia, A.N.M.C.S. reanalizează încadrarea unității sanitare cu paturi în conformitate cu prevederile prezentului ordin; - În cazul neîndeplinirii planului de conformare în perioada asumată de maximum 12 luni de la emiterea acestuia, unitatea sanitară cu paturi poate solicita prelungirea termenului cu maximum 12 luni, caz în care este clasificată în categoria a III-a de acreditare, denumită "acreditat cu rezerve";	
<b>Categoria III Acreditat cu rezerve</b>	cel puțin 51%	mai puțin de 30% din indicatorii punctați cu (-10) aplicabili unității sanitare respective;	termenul de îndeplinire a planului de conformare, asumat de către unitatea sanitară cu paturi și de către forul tutelar sau patronat, să fie de maximum 24 luni de la emiterea acestuia.		- În cazul îndeplinirii în integralitate a planului de conformare în perioada asumată de maximum 24 luni de la emiterea acestuia, A.N.M.C.S. reanalizează încadrarea unității sanitare cu paturi în conformitate cu prevederile prezentului ordin; - În cazul neîndeplinirii planului de conformare în perioada asumată de maximum 24 luni de la emiterea acestuia, unitatea sanitară cu paturi este clasificată în categoria a IV-a de acreditare, denumită "acreditat cu încredere redusă";	
<b>Categoria IV Acreditat cu încredere redusă</b>	cel puțin 51%	mai puțin de 30% din indicatorii punctați cu (-10) aplicabili unității sanitare respective;	termenul de îndeplinire a planului de conformare nu este asumat de către forul tutelar sau patronat, sau este asumat pentru o perioadă mai mare de 24 luni de la emiterea acestuia.		În cazul îndeplinirii în integralitate a planului de conformare, A.N.M.C.S. reanalizează încadrarea unității sanitare cu paturi în conformitate cu prevederile prezentului ordin;	

Categoria de acreditare	Criterii și condiții cumulative				Observații
	Criterii		Condiții		
	1. Punctaj total	2. Indicatori punctați cu (-10)	3. Plan de conformare la ASF	1. fiecare standard să fie îndeplinit în proporție de cel puțin 51%	
<b>Categoria V Decizie de prelungire a procesului de acreditare</b>	cel puțin de 51%	cel mult 50% din indicatorii punctați cu (-10) aplicabili unității sanitare respective;	Indiferent de existența sau inexistența unui plan de conformare	-prin excepție de la condițiile minime obligatorii generale pentru clasificarea unităților sanitare cu paturi în categoriile I,II,III și IV de acreditare, unitatea sanitară obține un punctaj mai mic de 51% pentru unul sau mai multe standarde de acreditare; -indicatori critici privind siguranța pacientului 100% îndepliniți.	- În situația în care încadrarea unităților sanitare cu paturi în această categorie este determinată de punctajul total de conformitate și de ponderea indicatorilor punctați cu (-10) și la sfârșitul unei perioade de maximum 6 luni de la primirea raportului de acreditare unitățile sanitare cu paturi nu solicită reanalizarea, sunt încadrate în categoria a VI-a "neacreditat"; - În situația în care încadrarea în această categorie este determinată de punctajul total de conformitate și de obținerea unui punctaj mai mic de 51% pentru unul sau mai multe standarde de acreditare, la sfârșitul unei perioade de maximum 12 luni de la primirea raportului de acreditare unitatea sanitară cu paturi poate solicita A.N.M.C.S. analiza și verificarea neconformităților care au condus la îndeplinirea sub 51% a standardelor, în vederea reîncadrării în altă categorie de acreditare. În termen de 10 zile lucrătoare de la primirea raportului de acreditare, unitatea sanitară transmite, atât către ANMCS cât și către forul tutelar sau patronat, un grafic de remediere a neconformităților constatate. ANMCS sau oficiile teritoriale ale acesteia monitorizează modalitatea de respectare a graficului de remediere. În cazul în care se constată nerespectarea termenelor asumate prin graficul de remediere, ANMCS poate întrerupe procesul de acreditare, situație în care unitatea sanitară cu paturi se încadrează în categoria a VI-a "neacreditat". - Modalitatea de analiză și verificare a neconformităților menționate se stabilește prin ordin al președintelui A.N.M.C.S..
<b>Categoria VI Neacreditat</b>	mai mic de 51%, sau	a obținut mai mult de 50% din indicatorii punctați cu (-10) aplicabili unității sanitare respective	Indiferent de existența sau inexistența unui plan de conformare	punctaj mai mic de 51% pentru unul sau mai multe standarde de acreditare Nu a îndeplinit 100% indicatorii critici privind siguranța pacientului	Spitalele din această categorie se pot înscrie într-o nouă procedură de acreditare în următorul ciclu de acreditare, cu respectarea prevederilor legale în vigoare în momentul solicitării înscrierii sau, în același ciclu de acreditare la decizia Ministerului Sănătății.

## 2. Informații generale

### 2.1. Prezentare unitate sanitară cu paturi

**Denumire Unitate Sanitara cu Paturi:** Spitalul Orășenesc „Dr. Valer Russu”

**Autorizație Sanitară de Funcționare (ASF) Nr.:** 1399 / 25.08.2022

**Pentru obiectivul:** Spital Orășenesc „Dr. Valer Russu” Luduș

**Cu sediul în:** Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, Nr. 20, județul Mureș

**Cod ANMCS:** A 50135

**Localitate:** Luduș

**Județ:** Mureș

**Tip unitate sanitară cu paturi:**

- Public
- Orășenesc
- General
- Categoria IV-MS
- Pavilionar

**Autoritate Tutelară:** Consiliul Local Luduș

**Plan de conformare la momentul vizitei de evaluare:** Există - termenul maxim de îndeplinire a neconformităților constatate fiind de peste 24 de luni

**La momentul reîncadrării, unitatea sanitară cu paturi deține Plan de conformare nr. 5523/03.04.2025, termenul maxim de îndeplinire a neconformităților fiind de maxim 24 de luni.**

**Ordinul Ministerului Sănătății privind structura organizatorică:** NR. XI/A/68380, 7305/ACP/222/26.11.2015;

**Număr total paturi din structura unitatii sanitare cu paturi:** 216 + 12 sz + 10 însoțitori

**Număr total secții/compartimente de sine stătătoare:**

- număr secții: 5
- număr compartimente de sine stătătoare: 3

**Structura organizatorică evaluată**

**Pentru obiectivul:** SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

**Cu sediul în:** Luduș, Str. Republicii, Nr. 63, județul Mureș

Secția Chirurgie Generală cu compartiment ortopedie traumatologie, Compartiment ATI, Bloc operator, Sterilizare, Unitate de transfuzie sanguină UTS, Compartiment primire urgență CPU

**Pentru obiectivul:** SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

**Cu sediul în:** Luduș, Str. Policlinicii, Nr. 3, județul Mureș

Secția Obstetrică - Ginecologie, Compartiment ATI, Sală operație, Sterilizare, Sală nașteri, Cameră de gardă, Compartiment neonatologie, Laborator analize medicale, Ambulatoriu integrat, Laborator radiologie și imagistică medicală, Compartiment de supraveghere și control infecții nozocomiale, Bloc alimentar

**Pentru obiectivul:** SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

**Cu sediul în:** Luduș, Str. Republicii, Nr. 34, județul Mureș

Medicină internă acută, Compartiment boli cronice, Spitalizare de zi

**Pentru obiectivul:** SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

**Cu sediul în:** Luduș, Str. Republicii, Nr. 72, județul Mureș

Compartiment îngrijiri paliative, Compartiment boli infecțioase, Farmacie, Serviciu anatomie patologică cu compartiment citologie, compartiment histopatologie și prosectură

**Pentru obiectivul:** SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

**Cu sediul în:** Luduș, Str. Policlinicii, Nr. 1, județul Mureș

Secția pediatrie cu bibenorie, Cameră de gardă pediatrie

**Pentru obiectivul:** SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

**Cu sediul în:** Gheja, Str. Castelului, Nr. 1, județul Mureș

Secție psihiatrie cronici

**Pentru obiectivul:** SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

**Cu sediul în:** Luduș, Str. Ghiocilor, Nr. 2, județul Mureș

Laborator recuperare, medicină fizică și balneologie

**Pentru obiectivul:** SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

**Cu sediul în:** Luduș, Str. Republicii, Nr. 74, județul Mureș

Spălătorie

**Servicii TESA evaluate:**

Structura de management al calității, Financiar-contabil, Achizitii, Administrativ, Resurse umane, Juridic, Date statistice și suport IT, Arhivă

**Secții/compartimente și/sau servicii conexe actului medical, cuprinse în structura unitate sanitară cu paturi care nu au fost evaluate:**

Compartiment explorări funcționale (suspendat temporar) - ASF nr. 1399/25.08.2022

**Servicii externalizate: Nu este cazul**

**Programe naționale la care participă unitatea sanitară cu paturi:**

1.VII PN DE SCREENING ORGANIZAT DE BOLI CRONICE DE IMPACT ASUPRA SĂNĂȚII PUBLICE - VII.1 SUB PROGRAM DE SCREENING ORGANIZAT PE BAZE POPULAȚIONALE PT. CANCERUL DE COL UTERIN - FINALIZAT ÎN 31.03.2022, IAR DIN 31.02.2022 PRIN POCU 4.9 FI RESPONSABILĂ DE SĂNĂȚATEA TA - PRG. REGIONAL DE PREVENȚIE, DEPISTRARE PRECOCE, DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PRECOCE AL CANCERULUI DE COL UTERIN ETAPA II  
2. IV PN DE SUPRAVEGHERE ȘI CONTROL AL TBC  
3. XIII PN DE SĂNĂȚATE A FEMEII ȘI COPILULUI - XIII.1 SUBPROGRAM DE SANATATE ȘI NUTRIȚIE AL COPILULUI INTERVENȚIA 1.1.2 PREVENIREA DEFICIENȚELOR DE AUZ PRIN SCREENING AUDITIV LA NOU-NĂSCUȚI

**Cercetări la care participă unitatea sanitară cu paturi: Nu este cazul**

Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului: 25,04%

Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului: 60,22%

Procentul cheltuielilor cu medicamente din totalul cheltuielilor spitalului: 2,83%

Procentul cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor spitalului: 20,46%

Nivelul ICM în ultimii 3 ani: 2019- 1,1051; 2020- 1,0636; 2021- 1,0203

Nivelul ICM pe anul în curs: 1,0236

**Rata infecțiilor asociate asistenței medicale pe unitate sanitară cu paturi în ultimii 2 ani:**

2020 - 1,01%; 2021 - 1,70%

**Rata infecțiilor asociate asistenței medicale pe unitate sanitară cu paturi pe anul în curs: 2,13%**

**Rata mortalității pe spital în ultimele 3 luni: 4,45%**

**Indicele de concordanță a diagnosticului de la internare cu diagnosticul la externare în ultimele 12 luni: trim.III 2021 - 63,21%; trim.IV 2021 - 63,30%; trim.I 2022 - 72,37%; trim. II - 69,40%**

**Rata medie de ocupare a paturilor în ultimele 24 de luni: 33,18**

**Durata medie de spitalizare în ultimele 24 de luni: 8,27**

## 2.2 Vizita de evaluare

În conformitate cu prevederile Legii nr.185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Regulamentului de Organizare și Funcționare al Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate, aprobat prin Ordinul Președintelui ANMCS nr. 237/2024, s-a întocmit, în baza dosarului de evaluare nr. 3925/ANMCS/31.10.2022, Raportul de Acreditare nr. 2446/ANMCS/31.05.2023, aprobat prin Hotărârea Colegiului director nr. 45/31.05.2023, privind încadrarea unității sanitare în categoria a V-a de acreditare – Decizie de prelungire a procesului de acreditare

Având în vedere:

-Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 185/ANMCS/13.06.2023 privind încadrarea **SPITALULUI ORĂȘENESC „DR. VALER RUSSU” LUDUȘ** în categoria a V-a de acreditare,

-Graficul de remediere a neconformităților constatate în urma procesului de evaluare în vederea acreditării asumat de către unitatea sanitară și transmis Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate,

- Analiza și verificarea neconformităților care au condus la îndeplinirea sub 51% a standardelor:

01.02 -Structura organizatorică și managementul organizațional asigură derularea optimă a tuturor proceselor de acordare a asistenței și îngrijirilor medicale;

03.02 - Spitalul respectă principiul echității și justiției sociale și drepturile pacienților;

**în vederea reîncadrării în altă categorie de acreditare.**

A fost elaborat prezentul Raport de acreditare - reîncadrare pentru **SPITALUL ORĂȘENESC „DR. VALER RUSSU” LUDUȘ**.

### 3. Prezentarea rezultatelor obținute și încadrarea unității sanitare în categoria de acreditare

În urma analizei documentației rezultate din procesul de evaluare în vederea acreditării, Unitatea de evaluare și acreditare a spitalelor a identificat un număr de **4209** indicatori aplicabili, din care **3512** indicatori conformi și **697** indicatori neconformi, rezultând:

- punctajul total obținut\* **79.23%**
- numărul standardelor cu punctaj mai mic de 51%\*\* **0**
- Procentajul indicatorilor cu punctaj (-10)\*\*\* **3.65%**

La momentul reîncadrării, **unitatea sanitară are Plan de conformare**, termenul maxim de îndeplinire a neconformităților constatate fiind de **maxim 24 de luni**.

În baza Ordinului Președintelui ANMCS nr. 10/2018 *privind aprobarea categoriilor de acreditare a unităților sanitare cu paturi aferente celui de al II-lea ciclu de acreditare*, cu modificările și completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 95 din 31 ianuarie 2018, **SPITALUL ORĂȘENESC „DR. VALER RUSSU” LUDUȘ**, județul **Mureș**, se reîncadrează în categoria a III-a de acreditare, **Acreditat cu rezerve**.

\*- exprimarea procentuală numărului de puncte obținute, raportat la numărul maxim de puncte posibil a fi obținute de către unitatea sanitară;

\*\* - numărul de standarde cu punctaj mai mic de 51% existent la nivelul unitatii sanitare cu paturi;

\*\*\* - numărul de indicatori cu valoare (-10) obținut, raportat procentual la numărul total de indicatori cu valoare (-10) aplicabili unității sanitare;

**Situația îndeplinirii standardelor grupate pe categorii de referință se prezintă astfel:**

Capitol de Referința conform OMS 446/2017	Nr. indicatori supusi analizei	Indicatori aplicabili	Indicatori C	Indicatori NC	Indicatori N/A	Punctaj obținut	Punctaj maxim	Procent (%)
01 Managementul strategic și organizațional	2315	2215	1766	449	100	1,285.49	1899	67.69%
02 Managementul clinic	1964	1854	1616	238	110	2,146.79	2612	82.19%
03 Etica medicală și drepturile pacientului	140	140	130	10	0	182.30	199	91.61%
<b>TOTAL</b>	<b>4419</b>	<b>4209</b>	<b>3512</b>	<b>697</b>	<b>210</b>			

## 4. Prelucrarea și analiza datelor obținute în urma procesului de evaluare

Pentru identificarea sectoarelor de activitate în care indicatorii menționați în prezentul raport nu au fost conformi, se recomandă consultarea în aplicația Capesaro a listelor de verificare pentru fiecare sector de activitate în parte.

### 4.1 Referința 01 - Managementul strategic și organizațional

Scopul referinței este de a stimula spitalul să conceapă și să fundamenteze activitățile sale, pe baza strategiilor și politicilor elaborate de structurile manageriale, cu determinarea pe termen mediu și lung a scopurilor și obiectivelor organizației, cu adaptarea cursurilor de acțiune și alocarea optimă a resurselor pentru realizarea obiectivelor, potrivit misiunii organizației.

Se urmărește determinarea creșterii eficacității și eficienței spitalului și interfațarea sa optimă cu sistemul sanitar, menținând și amplificând segmentul de piață ocupat.

**Obiectivele majore ale referinței sunt:**

- Identificarea locului pe care spitalul îl ocupă și pe care își propune să-l ocupe pe termen mediu, în sistemul sanitar;
- Abordarea corelativă a spitalului și a mediului în care își desfășoară activitatea;
- Sincronizarea activităților organizației cu potențialul resurselor;
- Stabilirea unui curs prestabilit de acțiune planificată pentru îndeplinire a obiectivelor propuse;
- Stabilirea unei structuri de acțiuni consistente în plan comportamental, având în vedere și favorizând desfășurarea unui intens proces de învățare organizațională, cu implementarea managementului calității și dezvoltarea culturii organizaționale.

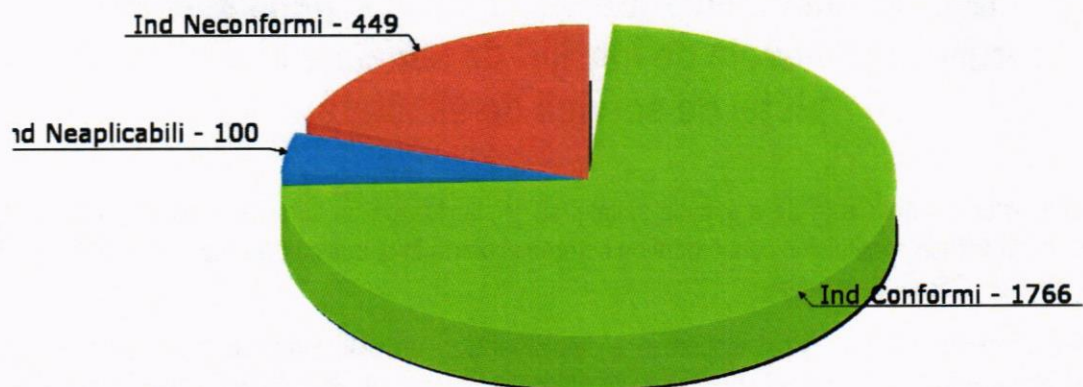
**Punctaj obținut Referința 01 - 67.69%**

În cadrul Referinței 01 au fost supuși analizei 2315 indicatori, fiind identificați:

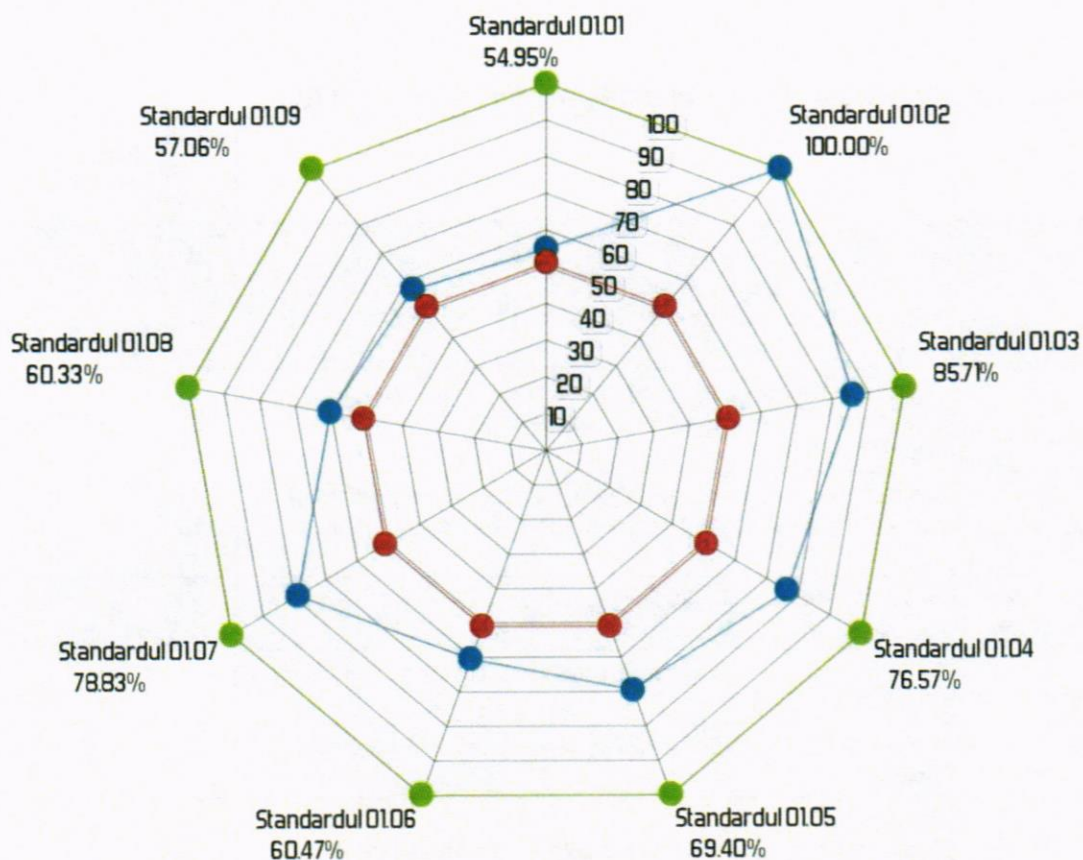
indicatori conformi	1766
indicatori neconformi	449
indicatori neaplicabili	100

obținând **1,285.49 puncte** din **1899 puncte** maxim posibile, reprezentând un procent de **67.69%**

Structura indicatorilor calitativi utilizați în analiza Managementul strategic și organizațional



Nivelul de îndeplinire al standardelor grupate pe capitolul de Referință 01



Situația detaliată a indicatorilor la nivel de standarde a capitolului de Referință 01, se prezintă astfel:

## Standardul: 01.01

### Strategia și managementul strategic al organizației sunt concordante cu nevoia de îngrijiri de sănătate și cu dinamica pieței de servicii de sănătate

Scopul acestui standard este de a stimula spitalul să-și stabilească un curs de dezvoltare planificat, susținut de guvernanta spitalului, concordant cu cererea și oferta în dinamică a serviciilor de sănătate și cu obiectivele politicilor de sănătate.

Standardul solicită spitalului să-și elaboreze și implementeze un plan strategic (structură, resurse, servicii) documentat, consistent și sustenabil, cu obiective precise, de tip "SMART", plan proiectat pe termen mediu și lung, care să respecte viziunea și misiunea spitalului, asigurând integrarea, continuitatea, coerența și siguranța proceselor organizaționale și a celor clinice în interiorul organizației dar și în relație cu sistemul sanitar.

#### Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
<b>Standardul 01.01</b>	Strategia și managementul strategic al organizației sunt concordante cu nevoia de îngrijiri de sănătate și cu dinamica pieței de servicii de sănătate	91	50.00	54.95%
<b>Criteriul 01.01.01</b>	Planul strategic se bazează pe analiza nevoilor de îngrijire a populației și a pieței de servicii.	30	30.00	100.00%
<b>Cerinta 01.01.01.01</b>	Organizația a realizat/utilizat o analiză privind nevoile de îngrijire a populației căreia i se adresează și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul deservit.	20	20.00	100.00%
<b>Cerinta 01.01.01.02</b>	Rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.	10	10.00	100.00%
<b>Criteriul 01.01.02</b>	Planul strategic elaborat de către spital este asumat la toate nivelurile de decizie.	31	11.00	35.48%
<b>Cerinta 01.01.02.01</b>	Planul strategic este fundamentat în conformitate cu resursele disponibile și potențiale identificate.	6	6.00	100.00%
<b>Cerinta 01.01.02.02</b>	Planul strategic vizează îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților.	20	0.00	0.00%
	<b>Recomandari:</b> -Elaborarea unor politici de calitate realiste pe baza analizei strategice; - Planificarea calității și a siguranței pacienților încă din etapa strategică; - Stabilirea generică a principalelor direcții strategice de acțiune pentru următorii ani și modul de canalizare a resurselor; Planul trebuie să ia în considerare avantajele, potențialul și nevoile concrete ale pacienților.			
<b>Indicator neconform 01.01.02.02.01</b>	La nivelul spitalului sunt definiți indicatori de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor planului strategic privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	