



GVERNUL ROMÂNIEI
Comisia Națională de Acordare a Spitalelor

CAPITOL/REFERINȚĂ 1

“MANAGEMENTUL STRATEGIC AL ORGANIZAȚIEI” (MSO)



STANDARD 1 (MSO1):

Planul strategic al instituției este bazat pe nevoile de îngrijire și prevenție ale pacienților

Nr. crt.	Criterii	Modalități de verificare a respectării criteriului
1.1	Planul strategic al instituției se bazează pe o planificare coerentă și evaluare periodică a acțiunilor	<ul style="list-style-type: none"> - viziunea privind dezvoltarea instituției și poziția acesteia în cadrul sistemului de sănătate loco-regional (<i>prezent/absent, analiză SWOT prezentă/absentă</i>) - obiective pe termen scurt (luni–1 an), mediu (1-3 ani) și lung (> 3 ani) (<i>prezente/absente</i>) - fiecare obiectiv specific are un termen de finalizare (<i>da/nu</i>) - cel puțin 1 indicator de evaluare pentru fiecare obiectiv/acțiune (<i>prezent/absent</i>) - echipă responsabilă cu evaluările periodice (Comitet director etc.) (<i>da/nu</i>) - priorități ierarhizate prin termene de execuție/de punere în aplicare (<i>da/nu</i>); grafic Gantt - nevoi ale comunității deservite/zona de atracție/clientilor identificate (<i>una/ mai mult de una/nu</i>) - consiliul de administrație are recomandări scrise în privința problemelor de strategie, organizare și funcționare (<i>da/nu</i>) - șefii de secții sau sectoare de activitate sunt implicați în elaborarea planului strategic (<i>da/nu</i>) - atribuții sau activități din planul de management al instituției repartizate pe secții sau sectoare de activitate (<i>prezente/absente</i>)
1.2	Planul strategic al instituției urmărește acordarea de îngrijiri complete pacienților săi	<ul style="list-style-type: none"> - obiective privitoare la fiecare secție și sector de activitate (<i>prezente/doar pentru unele dintre sectoarele de activitate/absente</i>) - obiective referitoare la îngrijiri / cercetare / sistem informațional/proiecte sociale (<i>prezente/parțial dezvoltate/absente</i>) - nr. parteneriate pentru sectoare de activitate (<i>prezente/absente</i>)



		- nr. parteneriate pe tip de subiect (îngrijiri, educație, social, administrativ) / nr. total parteneriate
1.3	Comitetul director precum și consiliile instituției participă la elaborarea, aplicarea și evaluarea planului strategic	- viziune și misiune aprobate de către consiliu consultativ (da/nu) - obiective generale și specifice aprobate de către consiliu consultativ (da/nu) - previziuni bugetare aprobate de către comitet director (da/nu) - plan de achiziții elaborat de consiliu medical (da/nu)
1.4	Instituția aplică și alte modalități pentru îndeplinirea acestui standard	- materiale pentru informarea pacienților privind îngrijirile postspitalizare sau explorările paraclinice



STANDARD 2 (MSO2):
Organizarea instituției asigură luarea deciziilor în mod optim

Nr. crt.	Criterii	Modalități de verificare a respectării criteriului
2.1	Structura instituției este stabilită și cunoscută de către angajați.	<ul style="list-style-type: none"> - decizie cu organigrama(<i>da/nu</i>) - site-ul instituției conține organigrama detaliată (<i>da/nu/nu este cazul</i>) - <i>nr. de persoane afirmând că știu structura spitalului/ nr. total persoane sondate</i> - program audiențe afișat în zonă (e) vizibilă (e) (<i>da/nu</i>) - modificări ale organigramei notificate angajaților (<i>constant/uneori/niciodată/nu a fost cazul</i>)
2.2	Consiliul de administratie (C.A.) își exercită atribuțiile în mod constant	<ul style="list-style-type: none"> - sistem de aducere la cunoștința angajaților a hotărârilor C.C. (<i>prezent/absent</i>) - procese-verbale ale ședințelor C.C. - frecvența întâlnirilor (<i>nr. ședințe în ultimele 12 luni</i>)
2.3	Comitetul director (C.D.) și consiliile, etic și științific, sunt solicitate potrivit competențele lor.	<ul style="list-style-type: none"> - registru pentru înregistrări “intrări” pentru C.D. (<i>prezent/absent</i>) - decizii pentru diverse comisii (<i>da/nu</i>) - <i>nr. de referate și adrese considerate ca nefiind de competența comisiei / nr. total de referate și adrese înaintate comisiei (se calculează pt. fiecare comisie)</i>
2.4	Consiliul medical (C.M.) elaborează proiectul de plan de achiziții bazat pe nevoile reale ale profesioniștilor	<ul style="list-style-type: none"> - rapoarte ale întâlnirilor C.M. remise conducerii (<i>da/nu</i>) - referate de necesitate ale profesioniștilor către șefii ierarhici (<i>da/nu</i>) - <i>nr. de propuneri pentru îmbunătățirea standardelor clinice și modelelor de practică</i>
2.5	Instituția aplică și alte modalități pentru îndeplinirea acestui standard	



STANDARD 3 (MSO3):

Strategia de comunicare internă și externă a instituției este viabilă

Nr. crt.	Criterii	Modalități de verificare a respectării criteriului
3.1	Instituția dispune de o politică de comunicare internă.	<ul style="list-style-type: none">- proceduri privind sistemul cu înregistrări de comunicare internă (<i>prezent/absent</i>)- Centrală telefonică (<i>da/nu</i>)- Stații pentru comunicare internă (TV cu circuit închis, căutare de persoane, radiofonică) (<i>da/nu</i>)- sisteme de anchetă privind satisfacția personalului (<i>prezent/absent</i>)- datele anchetei interne privind satisfacția personalului prelucrate (<i>da/nu</i>)- dialog social cu reprezentanți ai angajaților (<i>existent și consemnat/inexistent</i>)
3.2	Instituția are o strategie de relații publice	<ul style="list-style-type: none">- politică de comunicare externă (autoritățile locale, parteneri, media) (<i>prezentă/absentă</i>)- pliant sau broșură de prezentare (<i>există/nu există</i>)- responsabil(i) pentru comunicarea externă numiți (<i>da/nu</i>)- purtător de cuvânt desemnat: (<i>da/nu</i>)
3.3	Instituția aplică și alte modalități pentru îndeplinirea acestui standard	



**STANDARD 4 (MSO4):
Activitatea instituției se sprijină pe previziunile bugetare**

Nr. crt.	Criterii	Modalități de verificare a respectării criteriului
4.1	Instituția are o strategie financiară.	<ul style="list-style-type: none"> - fiecare obiectiv specific sau activitate este însoțită de previziunea bugetară (<i>da/nu</i>) - previziuni bugetare de venituri și cheltuieli (<i>prezente pentru mai mult de 1 an/prezente pentru anul în curs/absente</i>) - planul de investiții pe anul în curs (<i>prezent/absent</i>) - planul de investiții corespunde priorităților stabilite în planul strategic (<i>total/parțial/deloc/nu este cazul</i>) - echilibru bugetar (<i>venituri=cheltuieli</i>) existent (<i>Da/Nu</i>) - înregistrare deficit/excedent bugetar existent (<i>Da/Nu</i>) - trend crescător al valorii deficitului/excedentului pe ultimii 3 ani (<i>Da/Nu</i>) - politici și strategii active de atragere de fonduri externe nerambursabile și nerambursabile, existente (<i>Da/Nu</i>) - pondere fonduri externe atrase în total buget de venituri și cheltuieli (%)
4.2	Profesioniștii sunt implicați în elaborarea politicii bugetare	<ul style="list-style-type: none"> - propuneri pentru alocări bugetare de la șefii de departamente (<i>prezente/absente</i>) - sistem de control al costurilor (<i>aplicat/absent</i>) - note ale direcțiunii privitoare la costuri (<i>prezente/absente</i>) - rapoarte privind cheltuielile bugetare pe o perioadă dată (<i>prezente/absente</i>) - responsabili pentru gestiunea costurilor pentru fiecare dintre activități, numiți (<i>da/nu</i>) - sistem de evidență contabilă a costurilor și cheltuielilor (<i>existent/inexistent</i>) - proiect plan de achiziții elaborat de consiliul medical (<i>prezent/absent</i>)
4.3	Investițiile sunt stabilite în conformitate cu obiectivele instituției și având în vedere satisfacerea nevoilor comunității deservite sau atragerea de noi consumatori	<ul style="list-style-type: none"> - nevoile comunității și de dezvoltare sunt incluse în motivația fiecărei investiții (<i>în fiecare motivație/în unele motivații/în nici o motivație</i>) - pacienții sunt chestionați și în privința nevoilor resimțite de ei (<i>una sau mai multe întrebări pe această chestiune/nici o întrebare privind nevoile populației deservite/nu este cazul, nu există anchetă sistematică privind satisfacția pacientului</i>) - sistem de auto-evaluare a calității serviciilor prestate (<i>prezent și aplicat/prezent teoretic/absent</i>) - politici de promovare a serviciilor medicale furnizate (<i>da/nu</i>) - obiective de investiții de amploare multianuale existente



		<i>(da/nu)</i> <i>- coerența politicii de investiții cu contextul strategic extern (inclusiv în strategia de dezvoltare a autorității locale/ministerului de resort etc.), existent (da/nu)</i> <i>- ponderea cheltuielilor de capital în total buget (%)</i>
4.4	Instituția aplică și alte modalități pentru îndeplinirea acestui standard	



GVERNUL ROMÂNIEI
Comisia Națională de Acordare a Spitalelor

STANDARD 5 (MSO5):

Instituția are mecanisme de supraveghere a gestiunii sale



Nr. crt.	Criterii	Modalități de verificare a respectării criteriului
5.1	Modalitățile de control al gestiunii sunt îndeplinite	<ul style="list-style-type: none"> - plan audit intern - misiuni suplimentare de audit ordonate - controale inopinate - <i>nr. documente cu CFP/nr. total documente verificate</i> - controale externe - comisie de inventariere patrimoniu - <i>Execuție bugetară față de bugetul de cheltuieli aprobat – Bilanțul anual (%)</i> - <i>Structura cheltuielilor pe tipuri de servicii și în funcție de sursele de venit – Raportul financiar și darea de seamă contabilă</i> - <i>Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului – Bilanțul anual (%)</i> - <i>Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului – Bilanțul anual (%)</i> - <i>Procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului – Bilanțul anual (%)</i> - <i>Procentul cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor spitalului – Bilanțul anual (%)</i> - <i>Costul mediu pe zi spitalizare pe fiecare secție si pe spital</i> - <i>proporția cheltuielilor cu servicii de urgență în total cheltuieli(%)</i> - <i>proporția cheltuieli pentru servicii paraclinice în total cheltuieli (%)</i> - <i>proporția cheltuieli pentru servicii de spitalizare continuă în total cheltuieli (%)</i> - <i>proporția cheltuielilor pentru servicii de spitalizare de zi/ total cheltuieli (%)</i> - <i>proporția cheltuieli pentru servicii în ambulatoriu de specialitate /total cheltuieli (%)</i> - <i>cheltuieli bunuri și servicii/total cheltuieli</i> - <i>norme CFP realizate, aprobate si actualizate periodic, existente (da/nu)</i> - <i>pondere refuz de viza din total documente din esantion (%)</i> - <i>comisie de monitorizare, coordonare si indrumare metodologica a dezvoltarii sistemului de control managerial al institutiei aprobata, existenta (da/nu)</i> - <i>program de dezvoltare a sistemului de control managerial al institutiei, existent (da/nu)</i> - <i>proceduri operationale intocmite pentru fiecare sectie si aprobate, existente (da/nu)</i> - <i>actualizare procedurilor operationale existenta (da/nu)</i>
5.2	Responsabilități de gestiune stabilite	<ul style="list-style-type: none"> - <i>gestionari stabiliți prin decizie (cazier și constituire garanție)</i> - <i>nr. de decizii/nr. gestionari</i> - <i>rapoarte privind controale interne pe gestiuni</i> - <i>controale inopinate</i> - <i>măsuri adoptate în urma controalelor</i>



		Rapoarte trimestriale privind activitatea de CFPP, existente (da/nu)
5.3	Instituția aplică și alte modalități pentru îndeplinirea acestui standard	<ul style="list-style-type: none">- audit extern- ponderea concluziilor favorabile in cadrul rapoartelor de control extern (controale) din partea directiilor judetene de sanatate, curtii de conturi etc.) (%)- ponderea indicatiilor si masurilor formulate in rapoartele de control extern implementate (controale din partea directiilor judetene de sanatate, Curtii de Conturi, etc) (%)



STANDARD 6 (MSO6):

Colaborarea secțiilor și departamentelor instituției conduce la creșterea calității serviciilor pe perioada de spitalizare

Nr. crt.	Criterii	Modalități de verificare a respectării criteriului
6.1	Serviciile furnizate de fiecare secție și departament sunt monitorizate și evaluate	<ul style="list-style-type: none"> - consiliul medical își exercită atribuțiile legale (în <i>totalitate/parțial/nu</i>) - rapoarte de îmbunătățire a standardelor clinice: (<i>da/nu</i>) - monitorizarea și evaluarea activității medicale (<i>da/nu</i>) - planul anual de servicii medicale elaborat de directorul medical: (<i>da/nu</i>) - responsabilități asistenta șefă precizate (<i>da/nu</i>) - <i>nr. pacienților internați, consultați în afara spitalului/nr. total pacienți internați</i> (grad de complementaritate între îngrijirile acordate și cele solicitate sau necesare pentru pacienții internați)
6.2	Instituția asigură consultări multidisciplinare pentru soluționarea problemelor complexe apărute	<ul style="list-style-type: none"> - parteneriate cu alte organizații medicale sau medico-sociale (<i>prezente/absente</i>) - convenții cu alte spitale locale sau județene (<i>prezente/absente</i>) - sistem de evaluare a parteneriatelor și convențiilor (<i>prezent constant/prezent pentru unele dintre cazuri/absent</i>) - evaluarea parteneriatelor și convențiilor din punctul de vedere al beneficiului pentru pacient (<i>da/nu</i>) - evaluarea parteneriatelor și convențiilor din punctul de vedere al costurilor (<i>da/nu</i>) - <i>nr. pacienți dintr-o secție având cel puțin un consult de altă specialitate/ nr. total pacienți internați din aceeași secție</i>
6.3	Fiecare sector de activitate se organizează pentru asigurarea unui sistem de îngrijiri continue a pacientului.	<ul style="list-style-type: none"> - tabel de gărzi pentru o perioadă de cel puțin o lună calendaristică (<i>prezent/absent</i>) - <i>nr. de gărzi/medic</i> - <i>nr. de ture de noapte/ asistentă sau soră medicală</i> - <i>nr. de ture asistentă sau soră medicală / o lună</i> - <i>nr. de complicații, decompensări ale pacienților internați tratați în perioada serviciului de gardă/ nr. total de pacienți</i> - <i>nr. de complicații, decompensări ale pacienților internați tratați în perioada serviciului de gardă/ nr. de transferuri pentru aceleași situații</i> - <i>nr. transferuri în timpul gărzii/nr. pacienți internați</i> - <i>nr. de intervenții în urgență dintr-o gardă/ nr. de internări</i> - <i>% internări în urgența din total internări</i>
6.4	Relațiile între sectoarele de activitate ale instituției permit	<ul style="list-style-type: none"> - protocoale sau înțelegeri scrise pentru îngrijire, diagnostic și tratament între secțiile spitalului, existente (<i>da/nu</i>)



	Îngrijirea multidisciplinară a pacientului	<ul style="list-style-type: none">- protocoale de bună practică propuse și implementate la nivelul secției (<i>da/nu</i>)- prevederi în contractul de administrare al șefilor de secții referitoare la corelațiile intraspitalicești sau externe pentru îngrijirea stării de sănătate (<i>da/nu</i>)- atribuțiile consiliului medical privind îngrijirea multidisciplinară (<i>da/nu</i>)
6.5	Instituția aplică și alte modalități pentru îndeplinirea acestui standard	<ul style="list-style-type: none">- comisii multidisciplinare pentru pacienții complecși, constituite: (<i>da/nu</i>)



STANDARD 7 (MSO7):

Sectoarele de activitate sunt implicate în realizarea obiectivelor de calitate ale instituției

Nr. crt.	Criterii	Modalități de verificare a respectării criteriului
7.1	Structura organizațională a sectoarelor de activitate este adaptată constant nevoilor de îngrijire a pacientului	<ul style="list-style-type: none"> - responsabili cu îmbunătățirea calității la nivelul fiecărui sector de activitate, prevăzuți RI/ROF (<i>da/doar în unele cazuri/nu</i>) - protocoale între secții pentru cazare temporară (reciprocă) (<i>da/nu</i>) - fiecare sector de activitate are de îndeplinit cel puțin un obiectiv privitor la ameliorarea calității (<i>da/nu</i>) - regulile de funcționare ale blocului operator și ale sălilor de nașteri, stabilite cu implicarea specialiștilor (<i>da/nu</i>) - proporția pacienților decedați la 48 ore de la internare - proporția pacienților decedați la 24 ore de la internare - % pacienți externați prin deces/ nr. pacienți din secția eșantionată - % pacienți decedați la 48 ore de la internare/ nr. pacienți din secția eșantionată - % pacienți decedați la 24 ore de la internare/ nr. pacienți din secția eșantionată
7.2	Competențele și domeniile de responsabilitate ale șefilor sectoarelor de activitate sunt definite	<ul style="list-style-type: none"> - competențele și responsabilitățile șefilor de secție stabilite în regulamentele interne (ROF, RI etc.) și fișele de post: (<i>da/nu</i>) - întâlniri lunare ale nucleului de calitate sau comisii similare (<i>da/nu</i>) - nr. întâlniri consiliul etic în ultimele 12 luni - nr. întâlniri consiliul etic la sesizare pacienți - nr. ședințe ale comisiei de analiză a deceselor în ultimele 12 luni
7.3	Responsabilii sectoarelor de activitate asigură evaluarea și îmbunătățirea continuă a calității.	<ul style="list-style-type: none"> - atribuțiile responsabililor pentru calitate stabilite prin decizie (<i>da/nu</i>) - indicatori specifici de performanță prezenți în contractele de administrare ale secțiilor (<i>în toate cazurile prezenți/în mai multe cazuri prezenți decât absenți/ absenți în toate cazurile</i>) - analiza indicatorilor specifici sectoarelor de activitate și instituției în ultimele 2 trimestre: (<i>da/nu</i>) - nr. măsuri adoptate/total măsuri propuse
7.4	Instituția aplică și alte modalități pentru îndeplinirea acestui standard	



STANDARD 8 (MSO8):

Controlul resurselor se face la nivel organizațional și sectorial

Nr. crt.	Criterii	Modalități de verificare a respectării criteriului
8.1	Situația alocării fondurilor pentru fiecare sector de activitate este cunoscută de responsabilul acestuia	<ul style="list-style-type: none"> - dări de seamă periodice a șefilor sectoarelor de activitate privind cheltuielile și veniturile (<i>prezente/absente</i>) - decizii ale conducerii spitalului privind repartizarea bugetului pe secții/ departamente - <i>nr. șefi de sector de activitate cunoscând reperate repartiției bugetare/nr. total șefi de sectoare de activitate (> 75% / 50%-75% / < 50%)</i> - criteriile de alocare a fondurilor către secții stabilite transparent: (<i>da/nu</i>) - <i>ponderea cheltuielilor de personal in total buget (%)</i> - <i>ponderea cheltuielilor cu bunuri si servicii in total buget (%)</i> - <i>ponderea cheltuielilor pentru medicamente in total cheltuieli cu bunuri si servicii (%)</i> - <i>trendul cheltuielilor pentru personal este crescator , existent (da/nu)</i>
8.2	Responsabilul sectorului de activitate se preocupă de creșterea nivelului profesional a personalului din subordine	<ul style="list-style-type: none"> - plan de formare și perfecționare profesională la nivelul fiecărui sector de activitate (<i>da/nu</i>) - <i>nr. personal care a participat la cursuri pe secție/nr. personal pe secție (de aceeași pregătire)</i> - <i>nr. participari la congrese interne, internaționale pentru medicii din secție/ fiecare medic</i> - <i>nr. participari la congrese interne, internaționale pentru medicii din sectie/ nr. total medici din secție</i> - <i>nr. participari la cursuri/personal (de aceeași pregătire) pe secție</i> - competențele și experiența profesională, potrivite pentru fiecare post ocupat (<i>da, întotdeauna/în majoritatea sectoarele de activitate/în rare situații</i>) - plan previzional cu necesarul de calificări profesionale prezent (<i>da, luând în considerație nevoile în funcție de cantitatea și gama de servicii / da, fără alte considerații sau incomplete/nu</i>)
8.3	Instituția aplică și alte modalități pentru îndeplinirea acestui standard	



**STANDARD 9 (MSO9):
Proiectele și obiectivele instituționale strategice, sectoriale și generale,
sunt evaluate periodic**

Nr. crt.	Criterii	Modalități de verificare a respectării criteriului
9.1	Obiectivele sunt evaluate periodic și ajustate corespunzător	<ul style="list-style-type: none"> - evaluări periodice ale obiectivelor, existente și documentate (<i>da/nu</i>) - evaluări de etapă ale diverselor activități (<i>da/nu</i>) - <i>nr. ajustări sau adaptări operate în planul strategic bazate pe evaluări/nr. total de ajustări</i> (1 obiectiv neîndeplinit sau incomplet îndeplinit declarat ca atare = evaluare efectuată; ajustarea efectuată = un număr de măsuri subsecvente de ajustare sau adaptare) - <i>nr. obiective îndeplinite în termenele prevăzute / nr. total obiective scadente în aceeași perioadă de timp</i>
9.2	Rezultatele și performanțele fac obiectul unei comunicări constante în interiorul organizației	<ul style="list-style-type: none"> - sistem de comunicare a rezultatelor în mod formal (dări de seamă, rapoarte) și informal (întâlniri, ședințe având acest subiect) (<i>prezent / absent</i>) - personalul angajat la nivelul unui sector de activitate poate enunța cel puțin un obiectiv îndeplinit sau în curs de îndeplinire (<i>da/nu</i>)
9.3	Instituția aplică și alte modalități pentru îndeplinirea acestui standard	