MINISTERUL SĂNĂTĂŢII

ORDIN

privind aprobarea Standardelor, Procedurii şi metodologiei de evaluare şi acreditare a spitalelor

ANEXE

    Văzând Referatul de aprobare al Direcţiei generale de asistenţă medicală şi sănătate publică nr. F.B. 3.535/2017, Adresa Autorităţii Naţionale de Management al Calităţii în Sănătate nr. 506 din 02.03.2017, înregistrată la Ministerul Sănătăţii cu nr. F.B. 1.820 din 03.03.2017,

    ţinând cont de Hotărârea Colegiului director al Autorităţii Naţionale de Management al Calităţii în Sănătate nr. 2 din 5 aprilie 2017 privind adoptarea ediţiei a doua a standardelor, procedurilor şi metodologiei de acreditare a spitalelor,

    în temeiul art. 5 lit. c) din Hotărârea Guvernului nr. 629/2015 privind componenţa, atribuţiile, modul de organizare şi funcţionare ale Autorităţii Naţionale de Management al Calităţii în Sănătate, al art. 174 alin. (1) şi art. 249 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi al art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare,

    ministrul sănătăţii emite următorul ordin:

Art. 1. - Se aprobă Standardele de acreditare a spitalelor, prevăzute în anexa nr. 1.

Art. 2. - Se aprobă Procedura şi metodologia de evaluare şi acreditare a spitalelor, prevăzute în anexa nr. 2.

Art. 3. - (1) La data intrării în vigoare a prezentului ordin, Ordinul ministrului sănătăţii nr. 871/2016 pentru aprobarea Procedurilor, standardelor şi metodologiei de evaluare şi acreditare a spitalelor, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 587 din 2 august 2016, se abrogă.

(2) Pentru spitalele aflate în curs de acreditare, emiterea rapoartelor şi a certificatelor de acreditare se face în conformitate cu legislaţia în vigoare la data iniţierii procesului de acreditare.

(3) Pentru spitalele acreditate la data intrării în vigoare a prezentului ordin, monitorizarea, reevaluarea şi reacreditarea se desfăşoară în conformitate cu prevederile legale în vigoare la data evaluării.

Art. 4. - Anexele nr. 1 şi 2 fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 5. - Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătăţii,

Florian - Dorel Bodog

Bucureşti, 18 aprilie 2017.

Nr. 446.

SUMAR:

ANEXA Nr. 1 Standarde de acreditare a spitalelor

ANEXA Nr. 2 Procedura şi metodologia de evaluare şi acreditare a spitalelor

ANEXA Nr. 1

Standarde de acreditare a spitalelor

01

R

MANAGEMENTUL STRATEGIC ŞI ORGANIZAŢIONAL

01.01

S

Strategia şi managementul strategic al organizaţiei sunt concordante cu nevoia de îngrijiri de sănătate şi cu dinamica pieţei de servicii de sănătate.

01.01.01

Cr

Planul strategic se bazează pe analiza nevoilor de îngrijire a populaţiei şi a pieţei de servicii.

01.01.01.01

C

Organizaţia a realizat/utilizat o analiză privind nevoile de îngrijire a populaţiei căreia i se adresează şi a pieţei de servicii de sănătate din teritoriul deservit.

01.01.01.02

C

Rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populaţiei şi piaţa de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.

01.01.02

Cr

Planul strategic elaborat de către spital este asumat la toate nivelurile de decizie.

01.01.02.01

C

Planul strategic este fundamentat în conformitate cu resursele disponibile şi potenţiale identificate.

01.01.02.02

C

Planul strategic vizează îmbunătăţirea calităţii serviciilor şi a siguranţei pacienţilor.

01.01.02.03

C

Obiectivele planului strategic sunt cunoscute şi asumate la nivelul structurilor implicate în realizarea acestora.

01.01.03

Cr

Planul strategic se implementează cu participarea tuturor sectoarelor de activitate.

01.01.03.01

C

La nivelul spitalului funcţionează o echipă activă responsabilă cu evaluările periodice ale nivelului de implementare a obiectivelor strategice.

01.01.03.02

C

Şefii tuturor sectoarelor de activitate analizează periodic nivelul de realizare a obiectivelor strategice.

01.01.03.03

C

Planificarea anuală a activităţilor are în vedere obiectivele strategice stabilite.

01.01.04

Cr

Strategia institutelor clinice şi a spitalelor clinice include şi dezvoltarea sectorului de cercetare ştiinţifică.

01.01.04.01

C

Cercetarea ştiinţifică vizează obiectivele de dezvoltare a spitalului.

01.01.04.02

C

Inovaţia adusă prin cercetare îmbunătăţeşte calitatea şi performanţa actului medical.

01.01.04.03

C

Institutul medical coordonează activitatea de inovare/cercetare a spitalelor cu activitate în domeniu.

01.02

S

Structura organizatorică şi managementul organizaţional asigură derularea optimă a tuturor proceselor de acordare a asistenţei şi îngrijirilor medicale.

01.02.01

Cr

Spitalul funcţionează cu toate avizele şi autorizaţiile prevăzute de actele normative în vigoare.

01.02.01.01

C

Spitalul a luat toate măsurile pentru obţinerea şi actualizarea autorizaţiilor şi avizelor specifice, după caz.

01.02.01.02

C

Spitalul a luat toate măsurile pentru menţinerea condiţiilor pe baza cărora s-au obţinut autorizaţiile şi avizele specifice.

01.02.02

Cr

Structura organizatorică este fundamentată, documentată, analizată şi, după caz, actualizată periodic.

01.02.02.01

C

Fundamentarea structurii organizatorice are în vedere cererea de servicii medicale şi dinamica resurselor disponibile.

01.02.02.02

C

Conducerea evaluează periodic structura organizaţiei în raport cu cererea de servicii de sănătate.

01.02.02.03

C

Conducerea analizează periodic modul de desfăşurare a proceselor de la nivelul organizaţiei şi actualizează în consecinţă structura organizatorică.

01.02.03

Cr

Structurile funcţionale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt operaţionale, asigurând integrarea proceselor şi consolidarea controlului managerial.

01.02.03.01

C

Structurile funcţionale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt constituite şi active.

01.02.03.02

C

Activitatea structurilor funcţionale (comisii, comitete şi consilii) de la nivelul spitalului asigură fundamentarea procesului decizional.

01.03

S

Managementul resurselor umane asigură nevoile de personal conform misiunii asumate de către spital.

01.03.01

Cr

Politica de resurse umane este documentată şi adaptată nevoilor privind organizarea şi funcţionarea unităţii.

01.03.01.01

C

Conducerea spitalului stabileşte necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor şi raportat la normativul de personal.

01.03.01.02

C

Conducerea spitalului analizează anual structura posturilor şi dispune măsuri pentru adaptarea acesteia la nevoile identificate.

01.03.01.03

C

Conducerea spitalului asigură elaborarea şi implementarea unui plan anual de selecţie, recrutare şi dezvoltare profesională a personalului.

01.03.01.04

C

Formarea profesională continuă este realizată în baza unui plan de formare, adecvat specificului şi nevoilor unităţii, incluzând sursele de finanţare.

01.03.02

Cr

Nevoia de personal este stabilită conform capacităţii tehnice, hoteliere, adresabilităţii, morbidităţii tratate, normativului de personal şi auditului timpului de muncă, după caz.

01.03.02.01

C

Nevoia de personal medical şi auxiliar în secţiile/compartimentele cu paturi este stabilită în funcţie de gradul de dependenţă al categoriilor de pacienţi îngrijiţi.

01.03.02.02

C

Nevoia de personal este estimată pentru a asigura utilizarea la capacitate optimă a resurselor tehnice existente.

01.03.02.03

C

Personalul care desfăşoară activitate în unitate este calificat şi autorizat, conform legii.

01.03.03

Cr

Politica de personal motivează angajaţii şi determină îmbunătăţirea calităţii.

01.03.03.01

C

Armonizarea relaţiilor dintre diferitele niveluri ale managementului spitalului şi angajaţi se realizează prin implicarea angajaţilor în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuţiilor, respectând mecanismele de dialog social.

01.03.03.02

C

Nivelul de satisfacţie al angajaţilor este evaluat periodic.

01.03.03.03

C

Spitalul asigură respectarea cerinţelor privind calitatea vieţii profesionale.

01.04

S

Managementul financiar şi administrativ răspunde obiectivelor strategice şi operaţionale ale spitalului.

01.04.01

Cr

Spitalul are o strategie financiară privind dezvoltarea.

01.04.01.01

C

Investiţiile sunt stabilite în conformitate cu obiectivele strategice privind dezvoltarea spitalului, având în vedere satisfacerea nevoilor comunităţii deservite sau atragerea de noi consumatori.

01.04.01.02

C

Spitalul asigură realizarea planului anual de investiţii conform bugetului aprobat.

01.04.02

Cr

Bugetul de venituri şi cheltuieli al spitalului susţine realizarea planului anual de servicii.

01.04.02.01

C

Bugetul de venituri şi cheltuieli al spitalului este întocmit cu fundamentarea cheltuielilor.

01.04.02.02

C

Spitalul analizează periodic veniturile realizate, în raport cu cheltuielile efectuate.

01.04.03

Cr

Bugetul este actualizat periodic din perspectiva eficientizării procesului de furnizare a serviciilor.

01.04.03.01

C

Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.

01.04.03.02

C

Spitalul analizează periodic procesul de furnizare a serviciilor, cu participarea tuturor nivelurilor de management.

01.04.04

Cr

Aprovizionarea sectoarelor de activitate asigură continuitatea în furnizarea serviciilor.

01.04.04.01

C

Spitalul asigură evidenţa şi monitorizarea produselor şi serviciilor critice.

01.04.04.02

C

Spitalul realizează analiza periodică a stocurilor.

01.04.04.03

C

Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.

01.04.04.04

C

Spitalul asigură aprovizionarea cu produse şi servicii pentru cazuri excepţionale.

01.05

S

Sistemul informaţional răspunde necesităţilor de informaţii şi stabileşte utilizarea lor eficientă în spital.

01.05.01

Cr

Sistemul informaţional asigură datele necesare documentării activităţilor spitalului.

01.05.01.01

C

Sistemul informaţional integrează nevoia de informaţii şi solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarele de activitate.

01.05.01.02

C

Administrarea sistemului informatic asigură adaptarea acestuia la cerinţele activităţii spitalului.

01.05.02

Cr

Circuitele şi fluxurile informaţionale susţin desfăşurarea activităţilor şi a procesului decizional.

01.05.02.01

C

Circuitele şi fluxurile informaţionale asigură transmiterea datelor în formatul necesar şi în timp util.

01.05.02.02

C

Circuitele şi fluxurile informaţionale conţin sisteme de alertare care previn apariţia erorilor decizionale.

01.05.03

Cr

Procesele informaţionale fundamentează eficient deciziile la nivelul spitalului.

01.05.03.01

C

Suportul de informaţii caracteristic fiecărei activităţi desfăşurate în spital (suport hârtie, magnetic, electronic) şi fluxul de utilizare a acestuia sunt definite şi respectate.

01.05.03.02

C

Operaţionalitatea procedurilor informaţionale utilizate permite eficientizarea activităţii în spital.

01.05.04

Cr

Sistemul informatic şi toate mijloacele de păstrare a datelor (mijloace de tratare a informaţiilor) asigură confidenţialitatea, integritatea şi securitatea datelor.

01.05.04.01

C

Spitalul respectă legislaţia în vigoare cu privire la securitatea datelor.

01.05.04.02

C

Accesul la informaţii, prelucrarea şi protecţia acestora sunt reglementate pentru fiecare categorie profesională.

01.05.04.03

C

Spitalul asigură sisteme de back - up al informaţiei.

01.05.04.04

C

Spitalul asigură monitorizarea şi controlul utilizării sistemelor informaţionale.

01.05.04.05

C

Păstrarea şi arhivarea documentelor, informaţiilor şi înregistrărilor asigură confidenţialitatea, integritatea şi securitatea datelor.

01.05.04.06

C

Distrugerea documentelor/înregistrărilor se realizează cu păstrarea confidenţialităţii şi securităţii datelor.

01.05.05

Cr

Sistemul informaţional asigură documentarea şi susţine procesul educaţional al angajaţilor din spital.

01.05.05.01

C

Sistemul informaţional asigură documentarea şi informarea angajaţilor din spital.

01.05.05.02

C

Sistemul informaţional susţine procesul de instruire şi dezvoltare profesională a angajaţilor din spital.

01.06

S

Sistemul de comunicare existent la nivelul spitalului răspunde nevoilor organizaţiei şi ale beneficiarilor.

01.06.01

Cr

Comunicarea externă răspunde nevoilor beneficiarilor şi ale spitalului.

01.06.01.01

C

Spitalul pune la dispoziţia publicului canale de comunicare variate.

01.06.01.02

C

Pagina de internet a spitalului asigură comunicarea eficientă.

01.06.01.03

C

Spitalul asigură condiţiile necesare orientării cu uşurinţă.

01.06.01.04

C

Spitalul asigură condiţiile necesare identificării personalului.

01.06.01.05

C

Comunicarea cu mass-media asigură informarea publicului şi promovarea spitalului.

01.06.01.06

C

Spitalul oferă informaţii privind activitatea medicală prestată.

01.06.01.07

C

Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.

01.06.01.08

C

Spitalul are organizată comunicarea cu alte unităţi sanitare şi alte structuri administrative.

01.06.02

Cr

Comunicare internă răspunde nevoilor pacienţilor şi ale spitalului.

01.06.02.01

C

Spitalul are implementate modele de comunicare profesională între membrii echipelor medicale.

01.06.02.02

C

Spitalul are stabilite şi utilizează protocoale de comunicare specifică între profesionişti.

01.06.02.03

C

Regulile interne sunt comunicate personalului şi pacienţilor.

01.06.03

Cr

Comunicarea cu pacientul urmăreşte implicarea acestuia în procesul de îngrijire.

01.06.03.01

C

Comunicarea personalului cu pacientul/aparţinătorii urmăreşte educarea acestora în vederea implicării în luarea şi respectarea deciziilor terapeutice.

01.06.03.02

C

Spitalul analizează anual eficienţa şi eficacitatea comunicării.

01.07

S

Sistemul de management al calităţii serviciilor este operaţional şi asigură desfăşurarea tuturor proceselor legate de monitorizarea şi îmbunătăţirea calităţii.

01.07.01

Cr

Sistemul de management al calităţii vizează optimizarea continuă a proceselor de la nivelul organizaţiei.

01.07.01.02

C

Managementul spitalului asigură organizarea sistemului de management al calităţii serviciilor.

01.07.01.03

C

Structura de management al calităţii serviciilor coordonează procesul de asigurare şi îmbunătăţire a calităţii serviciilor de sănătate şi siguranţei pacientului în colaborare cu şefii tuturor sectoarelor de activitate.

01.07.01.04

C

Spitalul se preocupă de certificarea de calitate a activităţilor desfăşurate.

01.07.02

Cr

Structura de management al calităţii (SMC) împreună cu conducerea spitalului asigură dezvoltarea culturii calităţii în spital.

01.07.02.01

C

Spitalul are stabilite şi urmăreşte respectarea principiilor şi valorilor calităţii, conform misiunii asumate.

01.07.02.02

C

Spitalul se preocupă de implementarea şi dezvoltarea culturii calităţii în spital.

01.07.03

Cr

Spitalul elaborează şi implementează un plan de acţiuni privind asigurarea şi îmbunătăţirea calităţii serviciilor şi siguranţei pacienţilor la nivelul întregului spital.

01.07.03.01

C

Planificarea anuală a activităţilor SMC asigură conformarea la cerinţele standardelor de acreditare.

01.07.03.02

C

Planul de acţiuni pentru implementarea managementului calităţii serviciilor şi siguranţei pacienţilor este asumat de către conducerea unităţii.

01.07.03.03

C

SMC monitorizează implementarea planului de acţiuni pentru asigurarea şi îmbunătăţirea calităţii serviciilor şi siguranţei pacienţilor.

01.07.03.04

C

Pe baza recomandărilor SMC spitalul ia măsuri de îmbunătăţire a calităţii serviciilor de sănătate şi siguranţei pacientului.

01.07.04

Cr

Spitalul urmăreşte creşterea nivelului de satisfacţie a pacienţilor.

01.07.04.01

C

Spitalul elaborează şi actualizează periodic chestionare de satisfacţie a pacienţilor.

01.07.04.02

C

SMC analizează sistematic informaţiile rezultate din prelucrarea chestionarelor şi emite recomandări.

01.07.04.03

C

Spitalul utilizează analiza periodică a reclamaţiilor primite pentru a îmbunătăţi serviciile medicale furnizate.

01.07.05

Cr

Programul de îmbunătăţire a calităţii prevede eficientizarea activităţii spitalului.

01.07.05.01

C

Este stabilită o modalitate de evaluare a eficienţei proceselor de îmbunătăţire a calităţii derulate în spital.

01.07.05.02

C

Rezultatele evaluărilor SMC sunt utilizate pentru eficientizarea activităţilor.

01.08

S

Managementul riscurilor neclinice previne apariţia prejudiciilor şi fundamentează procesul decizional.

01.08.01

Cr

Toate nivelurile de management au implementat o modalitate de management al riscurilor specifice activităţilor proprii.

01.08.01.01

C

Managerii de la toate nivelurile au organizate identificarea, analiza şi tratarea riscurilor.

01.08.01.02

C

Spitalul are un registru al riscurilor şi monitorizează eficacitatea măsurilor de prevenţie.

01.08.01.03

C

Managementul spitalului efectuează analizele de risc pe tipuri, probabilitate de materializare şi impact şi adoptă măsuri dedicate.

01.08.02

Cr

Managementul riscurilor neclinice asigură protecţia pacienţilor, angajaţilor şi vizitatorilor faţă de potenţiale prejudicii.

01.08.02.01

C

Sunt identificate locurile şi condiţiile cu potenţial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) şi sunt adoptate măsuri de prevenire.

01.08.02.02

C

Managementul deşeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice şi infecţioase.

01.08.02.03

C

Funcţionarea serviciilor vitale ale spitalului este asigurată.

01.08.02.04

C

Capacitatea şi numărul lifturilor asigură volumul, tipurile şi fluxurile de transport în spital.

01.08.02.05

C

La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecţie, pază şi securitate pentru bunuri şi persoane.

01.08.02.06

C

Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscurilor la seism.

01.08.02.07

C

Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de incendiu.

01.08.02.08

C

Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de explozie.

01.08.02.09

C

Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică şi biologică.

01.08.02.10

C

Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de iradiere.

01.08.02.11

C

Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranţa fizică a angajaţilor.

01.08.02.12

C

Responsabilii cu prevenirea riscurilor tehnologice sunt nominalizaţi prin decizie şi instruiţi.

01.08.02.13

C

Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activităţi.

01.08.02.14

C

La nivelul managementului spitalului sunt organizate evaluări periodice ale modului de respectare a măsurilor de prevenire a riscurilor fizice şi tehnologice.

01.08.03

Cr

Modul de acţiune, responsabilităţile şi rezerva de resurse utilizabile în caz de situaţii excepţionale sunt organizate şi reglementate pentru asigurarea funcţionalităţii spitalului.

01.08.03.01

C

Echipele de intervenţie pentru situaţii de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.

01.08.03.02

C

La nivelul spitalului este constituită rezerva de resurse utilizabile în caz de dezastru natural şi catastrofă.

01.08.03.03

C

Spitalul are organizată evidenţa resurselor vizate de sarcini specifice la mobilizare şi război.

01.09

S

Mediul de îngrijire asigură condiţiile necesare pentru desfăşurarea asistenţei medicale.

01.09.01

Cr

Organizarea mediului de îngrijire respectă condiţiile privind capacitatea şi competenţele asumate ale spitalului.

01.09.01.01

C

Condiţiile hoteliere răspund particularităţilor fiecărui pacient.

01.09.01.02

C

Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.

01.09.01.03

C

Deplasarea pacienţilor în spital se realizează în condiţii de siguranţă şi confort, cu respectarea circuitelor.

01.09.01.04

C

Curăţenia şi dezinfecţia spaţiilor şi a echipamentelor sunt reglementate şi monitorizate.

01.09.01.05

C

Instituţia asigură şi îşi asumă calitatea sterilizării.

01.09.01.06

C

Alimentaţia pacientului este stabilită în concordanţă cu recomandările igieno - dietetice corespunzătoare patologiei sale.

01.09.01.07

C

Instituţia asigură calitativ şi cantitativ hrana pentru pacienţi, aparţinători şi personal medical, în condiţii de siguranţă a alimentului.

01.09.01.08

C

Instituţia asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă.

01.09.01.09

C

Instituţia asigură calitativ şi cantitativ lenjerie şi efecte pentru pacienţi, aparţinători şi personal medical.

01.09.01.10

C

Instituţia asigură circuitul lenjeriei cu respectarea regulilor de igienă.

01.09.02

Cr

Mediul de îngrijire este evaluat şi adaptat permanent la necesităţile asistenţei medicale.

01.09.02.01

C

Instituţia evaluează şi îmbunătăţeşte constant condiţiile hoteliere.

01.09.02.02

C

Instituţia evaluează şi îmbunătăţeşte constant serviciile de alimentaţie.

01.09.02.03

C

Instituţia evaluează şi îmbunătăţeşte constant serviciul de spălătorie.

01.09.02.04

C

Instituţia evaluează şi îmbunătăţeşte constant mediului ambiant.

02

R

MANAGEMENTUL CLINIC

02.01

S

Preluarea în îngrijire a pacienţilor se face conform nevoilor acestora, misiunii şi resurselor disponibile ale spitalului.

02.01.01

Cr

Spitalul şi-a stabilit gradul de competenţă tehnic şi profesional.

02.01.01.01

C

Spitalul evaluează grupurile populaţionale de pacienţi cu particularităţi clinico - biologice pentru a identifica şi satisface nevoile, patologiile specifice.

02.01.01.02

C

Spitalul a identificat patologiile pentru care dispune de resurse.

02.01.02

Cr

Preluarea în îngrijire a pacienţilor este organizată pentru a facilita accesul la serviciile de sănătate conform nevoilor acestora.

02.01.02.01

C

Primirea şi consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.

02.01.02.02

C

Sistemul de programare a pacienţilor este organizat astfel încât să nu afecteze intervenţiile pentru asistenţa medicală de urgenţă.

02.01.03

Cr

Spitalul are organizat serviciul de urgenţe medicale.

02.01.03.01

C

Spitalul asigură asistenţa medicală de urgenţă, în limitele competenţelor sale, permanent.

02.01.03.02

C

Personalul medical angajat în unitatea de primiri urgenţe/compartimentul de primiri urgenţe (UPU/CPU) este calificat conform prevederilor legale şi este instruit periodic în special în ce priveşte atitudinea în urgenţele cu o incidenţă mai scăzută.

02.01.03.03

C

Serviciul de urgenţă (camera de gardă/UPU/CPU) este organizat eficace şi eficient.

02.01.04

Cr

Spitalul asigură servicii adaptate şi pentru persoanele cu dizabilităţi, nevoi speciale sau manifestări agresive.

02.01.04.01

C

Pacientul cu dizabilităţi sau nevoi speciale beneficiază de condiţii adecvate de preluare.

02.01.04.02

C

Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.

02.01.05

Cr

Spitalele de psihiatrie sau spitalele cu secţii de psihiatrie asigură servicii adaptate pacienţilor psihiatrici.

02.01.05.01

C

Spitalul de psihiatrie sau cu secţii de psihiatrie reglementează internarea nevoluntară a pacientului psihiatric.

02.01.05.02

C

Spitalul de psihiatrie sau cu secţii de psihiatrie reglementează internarea pacienţilor în vederea efectuării expertizei medico - legale psihiatrice.

02.01.05.03

C

Spitalul de psihiatrie sau cu secţii de psihiatrie reglementează preluarea în îngrijire a pacientului psihiatric arestat sau condamnat.

02.01.05.04

C

Spitalul de psihiatrie sau cu secţii de psihiatrie are prevăzute măsuri speciale, de prevenire şi limitare a urmărilor unor manifestări comportamentale ale pacientului psihiatric, ce pot pune în pericol pacientul, pe cei din jur sau bunurile materiale.

02.01.05.05

C

Externarea pacientului psihiatric din spitalele de psihiatrie sau cu secţii de psihiatrie este reglementată şi adaptată modalităţii de internare.

02.02

S

Evaluarea iniţială urmăreşte identificarea nevoilor pacienţilor în contextul cunoaşterii expunerii la factori de risc (mediu, sociali, economici, comportamentali şi biologici) şi stabileşte necesarul de asistenţă şi îngrijiri medicale pentru aceştia.

02.02.01

Cr

Procesul de evaluare a nevoilor pacientului, în vederea stabilirii modalităţii de rezolvare a cazului, este bine definit la nivelul spitalului.

02.02.01.01

C

În funcţie de starea iniţială se decide dacă spitalul poate prelua pacientul şi modalitatea de rezolvare a cazului în regim de ambulatoriu/spitalizare de zi/spitalizare continuă.

02.02.01.02

C

Spitalul are organizată o modalitate de orientare a pacienţilor care depăşesc competenţele acestuia şi facilitează accesul la serviciile de care au nevoie.

02.02.01.03

C

Recunoaşterea rezultatelor investigaţiilor efectuate în alte unităţi sanitare, precum şi repetarea acestora sunt reglementate la nivelul spitalului.

02.02.02

Cr

Evaluarea iniţială a pacientului include factorii psihocomportamentali şi socioeconomici pentru asigurarea continuităţii îngrijirilor.

02.02.02.01

C

Spitalul se implică în rezolvarea cazurilor cu particularităţi psihoemoţionale şi socioeconomice care pot afecta procesul de îngrijire.

02.02.02.02

C

Traseul pacientului este stabilit în raport şi cu profilul psihocomportamental şi socioeconomic al acestuia.

02.02.02.03

C

Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării iniţiale.

02.03

S

Practica medicală abordează integrat şi specific pacientul, cu asigurarea continuităţii asistenţei şi a îngrijirilor medicale.

02.03.01

Cr

Managementul cazului este bazat pe utilizarea protocoalelor de diagnostic şi tratament.

02.03.01.01

C

Acordarea asistenţei medicale se face conform unei planificări stabilite de către medicul curant.

02.03.01.02

C

Elaborarea protocoalelor de diagnostic şi tratament este făcută pe baza principiilor medicinei bazate pe dovezi, a experienţei clinice de la nivelul spitalului şi în funcţie de capacitatea tehnico - materială a spitalului.

02.03.01.03

C

Protocoalele de diagnostic şi tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităţilor cazului.

02.03.01.04

C

Evaluarea eficienţei şi eficacităţii protocoalelor se efectuează periodic.

02.03.01.05

C

Actualizarea protocoalelor se face când evaluările periodice ale eficacităţii şi eficienţei acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu.

02.03.02

Cr

Abordarea integrată a pacientului este o uzanţă a practicii medicale.

02.03.02.01

C

Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă şi personalizată.

02.03.02.02

C

Consulturile interdisciplinare sunt fundamentate şi consemnate în foaia de observaţie (FO).

02.03.02.03

C

A doua opinie medicală este analizată şi utilizată de către spital pentru îmbunătăţirea practicii medicale.

02.03.02.04

C

Spitalul se preocupă de depistarea pacienţilor cu boală cronică de rinichi (BCR).

02.03.02.05

C

Comisia multidisciplinară oncologică decide tratamentul pacientului oncologic.

02.03.03

Cr

Spitalul asigură continuitatea actului medical ulterior evaluării iniţiale.

02.03.03.01

C

Spitalul asigură condiţiile necesare pentru continuitatea actului medical.

02.03.03.02

C

Spitalul asigură condiţii pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare necesare, în funcţie de patologie.

02.03.04

Cr

Planul de îngrijire a pacientului este parte integrantă din managementul cazului.

02.03.04.01

C

Personalul medical asigură îngrijirea completă şi personalizată a pacientului.

02.03.04.02

C

Planul de îngrijire individualizat este întocmit de către asistentul medical, pe baza recomandărilor medicale.

02.03.04.03

C

Planul de îngrijire este adaptat în funcţie de evoluţia pacientului.

02.03.04.04

C

La externare se întocmeşte un plan de îngrijiri care se comunică atât pacientului/aparţinătorilor, cât şi medicului de familie/medicului care a trimis pacientul la internare.

02.03.04.05

C

Necesarul de personal medical de îngrijire este stabilit în funcţie de nevoia de îngrijire a pacientului.

02.03.05

Cr

Datele medicale sunt înregistrate corect, complet, în timp real şi evitând redundanţele, accesul la acestea fiind reglementat.

02.03.05.01

C

Spitalul stabileşte datele necesare a fi culese, consemnate şi monitorizate pe întreaga durată a internării.

02.03.05.02

C

Personalul medical consemnează informaţiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigaţiilor şi recomandările terapeutice conform specialităţii.

02.04

S

Spitalul promovează conceptul de "prieten al copilului".

02.04.01

Cr

Spitalul a adoptat o politică de promovare a alimentaţiei la sân în secţiile de neonatologie.

02.04.01.01

C

Spitalul susţine un program de alăptare ca metodă sănătoasă de alimentaţie a nou - născutului şi sugarului.

02.04.01.02

C

Mamele internate sunt informate în privinţa beneficiilor alăptării.

02.04.01.03

C

Personalul medical din secţia/secţiile obstetrică - ginecologie şi neonatologie este format continuu pentru dobândirea abilităţilor necesare implementării programului de promovare a alimentaţiei la sân.

02.04.01.04

C

Spitalul asigură facilităţi pentru promovarea şi susţinerea alăptării.

02.04.02

Cr

Spitalul se preocupă de identificarea şi prevenirea cazurilor de îmbolnăvire la nou - născut.

02.04.02.01

C

Spitalul previne bolile infectocontagioase ale nou - născutului.

02.04.02.02

C

Spitalul identifică malformaţiile/deficienţele nou - născutului.

02.04.03

Cr

Spitalul se preocupă de asigurarea unui climat prietenos, adaptat copilului.

02.04.03.01

C

Spitalul asigură condiţii adaptate îngrijirii copilului.

02.04.03.02

C

Spitalul asigură servicii de susţinere a asistenţei medicale pentru copii.

02.05

S

Serviciile paraclinice corespund nevoilor de investigare.

02.05.01

Cr

Întreaga activitate a serviciilor paraclinice este efectuată în colaborare cu medicii clinicieni.

02.05.01.01

C

Secţiile definesc şi estimează nevoia de servicii paraclinice în funcţie de nivelul de competenţă a spitalului.

02.05.01.02

C

Specialiştii din serviciile paraclinice fac parte din echipa multidisciplinară pentru rezolvarea cazurilor complexe.

02.05.02

Cr

Serviciile paraclinice răspund necesităţilor de investigare a pacienţilor în ceea ce priveşte accesabilitatea, calitatea şi intervalul de timp până la obţinerea rezultatelor.

02.05.02.01

C

Monitorizarea şi analiza neconformităţilor sunt utilizate pentru îmbunătăţirea activităţii paraclinice.

02.05.02.02

C

Intervalele de referinţă ale rezultatelor examinărilor, valorile de alertă şi valorile critice stabilite sunt comunicate odată cu transmiterea rezultatelor.

02.05.02.03

C

Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervenţională şi explorări funcţionale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate şi evaluate periodic.

02.05.03

Cr

Laboratorul se preocupă de satisfacerea în condiţii optime a nevoilor de investigare.

02.05.03.01

C

Laboratorul stabileşte soluţiile de satisfacere a nevoilor de investigaţii în condiţii de eficienţă şi eficacitate.

02.05.03.02

C

Spitalul reglementează condiţiile necesare desfăşurării proceselor de preexaminare şi postexaminare de laborator.

02.06

S

Spitalul de nefrologie sau cu secţii de nefrologie asigură continuitatea asistenţei medicale pentru pacienţii cu boală cronică de rinichi (BCR).

02.06.01

Cr

Spitalul de nefrologie sau cu secţii de nefrologie asigură accesul pacienţilor cu BCR la tratamentul de supleere a funcţiei renale (TSFR) individualizat şi la momentul optim.

02.06.01.01

C

Pacienţii aflaţi în evidenţa secţiei/compartimentului de nefrologie sunt trataţi şi monitorizaţi în vederea reducerii ratei de progresie a BCR.

02.06.01.02

C

Spitalul cu secţii/compartimente de nefrologie se preocupă de pregătirea pacienţilor cu BCR pentru tratamentul de supleere renală.

02.06.02

Cr

Eficacitatea şi eficienţa TSFR (tratamentelor de supleere renală) sunt preocupări constante ale unităţii de dializă.

02.06.02.01

C

Unitatea care iniţiază dializa decide asupra modalităţii de TSFR (hemodializă, dializă peritoneală, transplant renal) de comun acord cu pacienţii şi familiile lor.

02.06.02.02

C

Unitatea care iniţiază dializa colaborează cu secţiile/compartimentele de nefrologie care recomandă iniţierea tratamentului şi cu centrele ambulatorii de dializă care continuă tratamentul prin dializă.

02.06.03

Cr

Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează evoluţia (performanţa medicală a tratamentului prin dializă) pacienţilor dializaţi.

02.06.03.01

C

Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi înregistrează şi transmite on-line, în timp real, în formatul şi cu frecvenţa solicitate de Registrul renal român, toţi parametrii de monitorizare a performanţei medicale a tratamentului prin dializă.

02.06.03.02

C

Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează anemia pacienţilor dializaţi.

02.06.03.03

C

Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează metabolismul mineral.

02.06.03.04

C

Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează acidoza.

02.06.03.05

C

Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează riscul infecţios specific pacientului dializat.

02.06.03.06

C

Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează starea de nutriţie a pacienţilor dializaţi.

02.06.03.07

C

Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează eficienţa dializei (HD/DP).

02.06.03.08

C

Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi se preocupă de creşterea calităţii vieţii pacienţilor.

02.06.03.09

C

Unitatea de dializă are o politică de creştere a autonomiei pacienţilor.

02.07

S

Radioterapia şi/sau medicina nucleară asigură nevoile de tratament specifice.

02.07.01

Cr

Practica de radioterapie/medicină nucleară este adaptată nevoilor specifice ale pacientului.

02.07.01.01

C

Dotarea serviciului de radioterapie/medicină nucleară asigură nevoile de tratament specifice pacientului.

02.07.01.02

C

Radioterapia/Medicina nucleară respectă regulile de bună practică specifice.

02.07.02

Cr

Practica de radioterapie/medicină nucleară este monitorizată şi evaluată periodic.

02.07.02.01

C

Radioterapia/Medicina nucleară utilizată în tratamentul pacientului oncologic este monitorizată.

02.07.02.02

C

Practica de radioterapie/medicină nucleară este evaluată şi îmbunătăţită constant.

02.08

S

Îngrijirile paliative şi terminale se adresează pacienţilor cu boli cronice progresive şi familiilor şi urmăresc îmbunătăţirea calităţii vieţii acestora prin ameliorarea suferinţei.

02.08.01

Cr

Managementul pacienţilor cu boli cronice progresive şi nevoi de îngrijiri paliative se face individualizat şi nediscriminatoriu.

02.08.01.01

C

Nevoile de îngrijiri paliative la pacienţii cu boală cronică progresivă sunt identificate prompt şi se iau măsuri adecvate.

02.08.01.02

C

Internarea pacienţilor cu boală cronică progresivă şi nevoi de îngrijiri paliative se face pe baza deciziei unei comisii multidisciplinare.

02.08.01.03

C

Personalul implicat în îngrijirea pacienţilor cu boli cronice progresive are pregătire recunoscută în îngrijiri paliative.

02.08.01.04

C

Durerea şi celelalte simptome specifice bolilor cronice progresive sunt controlate prin metode adecvate.

02.08.01.05

C

Pacienţii cu boli cronice progresive "cazuri complexe" primesc îngrijire paliativă specializată.

02.08.02

Cr

Îngrijirile paliative sunt oferite într-un mediu adecvat, cât mai apropiat de mediul familial, adaptat pacienţilor cu grad de dependenţă crescut.

02.08.02.01

C

Infrastructura de îngrijire paliativă este adaptată nevoilor speciale ale pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative, cu grad ridicat de dependenţă, respectând intimitatea acestuia.

02.08.02.02

C

Infrastructura permite desfăşurarea serviciilor conexe de îngrijire paliativă.

02.08.03

Cr

Serviciile de îngrijiri paliative asigură îmbunătăţirea calităţii vieţii pentru pacient şi familie/aparţinători.

02.08.03.01

C

La primirea pacientului în unitatea cu paturi de îngrijiri paliative se efectuează o evaluare comprehensivă a pacientului/familiei/aparţinătorilor.

02.08.03.02

C

Obiectivele îngrijirii paliative, înţelegerea diagnosticului şi prognosticului sunt evaluate împreună cu pacientul/familia/aparţinătorii şi documentate.

02.08.03.03

C

Semnele şi simptomele stării terminale se evaluează folosind scale standardizate şi se documentează.

02.08.03.04

C

Planul de management al pacientului cu nevoie de îngrijiri paliative este elaborat de echipa pluridisciplinară, pe baza protocoalelor specifice, şi actualizat în funcţie de evoluţia patologiei sau nevoilor în schimbare ale pacientului/familiei/aparţinătorilor.

02.08.03.05

C

Comunicarea echipei medicale cu pacientul/familia/aparţinătorii este permanentă şi parte definitorie a îngrijirii paliative.

02.08.03.06

C

La externare, continuitatea îngrijirilor pacienţilor cu nevoi de îngrijiri paliative se face luând în considerare opţiunile pacientului.

02.08.04

Cr

Asistenţa medicală paliativă este acordată de o echipă pluridisciplinară.

02.08.04.01

C

Structura minimă a echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative este compusă din: medic cu competenţă în paleaţie, farmacist clinician, asistenţi medicali, infirmiere, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual.

02.08.04.02

C

Echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative include, în funcţie de necesităţile pacienţilor, şi alţi specialişti, precum: kinetoterapeut, terapeut ocupaţional, terapeut prin joc, dietetician, voluntari etc.

02.08.04.03

C

Membrii echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative din serviciile de îngrijire paliativă participă la programe de instruire continuă.

02.08.04.04

C

Instituţia are un program coerent de monitorizare şi menţinere a sănătăţii muncii personalului implicat în îngrijiri paliative.

02.08.05

Cr

Managementul stării terminale respectă demnitatea şi confortul pacientului, asigurând suport familiei.

02.08.05.01

C

Starea terminală este identificată şi comunicată familiei/aparţinătorilor.

02.08.05.02

C

Personalul medical respectă protocolul de stare terminală.

02.09

S

Managementul farmaceutic şi al medicaţiei asigură continuitatea tratamentului şi siguranţa pacientului.

02.09.01

Cr

La nivelul spitalului sunt utilizate reguli de prescriere a medicamentelor şi monitorizare a prescrierilor.

02.09.01.01

C

Condiţiile de prescriere a medicaţiei în spital sunt stabilite şi cunoscute la nivel de secţie şi farmacie.

02.09.01.02

C

Farmacologul/Farmacistul clinician este implicat activ în activitatea de prescriere şi monitorizare a medicaţiei.

02.09.01.03

C

Farmacia asigură medicamentele necesare susţinerii continuităţii actului medical.

02.09.02

Cr

Infrastructura şi organizarea activităţii farmaceutice susţin trasabilitatea medicamentelor uzuale.

02.09.02.01

C

Activităţile şi responsabilităţile specifice specialităţii farmaceutice sunt consemnate corespunzător legislaţiei în vigoare.

02.09.02.02

C

Organizarea activităţii farmaceutice se face pe baza unor proceduri şi instrucţiuni de lucru specifice.

02.09.02.03

C

Organizarea şi dotarea spaţiului de lucru al farmaciei sunt conforme cu legislaţia specifică în vigoare, în concordanţă cu trasabilitatea medicamentului.

02.09.02.04

C

Circuitul informaţional al produselor farmaceutice este respectat.

02.09.02.05

C

Medicaţia din studiile clinice este păstrată şi gestionată în condiţii optime de farmacia spitalului/farmacistul - şef, utilizarea ei fiind monitorizată de farmacolog/farmacistul clinician.

02.10

S

Spitalul a implementat bunele practici de antibioticoterapie.

02.10.01

Cr

Spitalul are organizată activitatea de prescriere şi monitorizare a antibioterapiei.

02.10.01.01

C

Spitalul a stabilit structurile funcţionale cu atribuţii în implementarea şi monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.

02.10.01.02

C

Structurile implicate în implementarea şi monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilit modalităţile de lucru.

02.10.02

Cr

Prescrierea de antibiotice este fundamentată medical şi asigură trasabilitatea utilizării acestora.

02.10.02.01

C

Prescrierea antibioticelor se face conform ghidurilor de antibioterapie recunoscute şi rezultatului antibiogramei, după caz.

02.10.02.02

C

Durata prescrierii se stabileşte în funcţie de evoluţie şi este documentată.

02.10.02.03

C

Înregistrările prescrierii unui antibiotic permit trasabilitatea utilizării acestuia.

02.10.03

Cr

Farmacia spitalului este implicată direct în respectarea bunelor practici de antibioticoterapie.

02.10.03.01

C

Farmacia asigură necesarul de antibiotice, luând în considerare evoluţia antibioticorezistenţei, şi monitorizează consumul de antibiotice şi traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.

02.10.03.02

C

Farmacia verifică respectarea bunelor practici în prescrierea şi utilizarea antibioticelor.

02.10.03.03

C

Farmacia informează periodic prescriptorii şi conducerea spitalului cu privire la antibioticele disponibile, precum şi consumul de antibiotice realizat pe secţii/compartimente cu paturi şi pe medici.

02.10.04

Cr

Activitatea laboratorului de microbiologie susţine respectarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor.

02.10.04.01

C

Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic are proceduri de control intern de calitate al investigaţiilor pentru detectarea antibioticorezistenţei.

02.10.04.02

C

Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic colaborează cu Serviciul/Compartimentul de prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale (SPLIAAM/CPLIAAM), farmacia, clinicienii şi managementul spitalului cu privire la datele de monitorizare a antibioticorezistenţei.

02.10.05

Cr

Serviciile clinice au reglementat utilizarea antibioticelor, conform bunelor practici.

02.10.05.01

C

Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie şi antibioticoprofilaxie, specifice specialităţii şi secţiei, pentru principalele situaţii clinice.

02.10.05.02

C

Monitorizarea consumului de antibiotice şi trasabilitatea prescrierii şi utilizării antibioticelor sunt asigurate.

02.11

S

Managementul infecţiilor asociate asistenţei medicale respectă bunele practici în domeniu.

02.11.01

Cr

Managementul spitalului are organizată activitatea de supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale.

02.11.01.01

C

Managementul spitalului adoptă măsuri pentru constituirea structurilor implicate în prevenirea infecţiilor asociate asistenţei medicale.

02.11.01.02

C

Managementul spitalului asigură condiţiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale.

02.11.01.03

C

Activitatea de supraveghere, prevenţie şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi a bolilor transmisibile este organizată şi coordonată până la nivelul fiecărei structuri.

02.11.02

Cr

Supravegherea mediului de îngrijire reduce gradul de risc infecţios.

02.11.02.01

C

Zonele cu risc infecţios sunt identificate şi supravegheate pentru a preveni şi limita infecţiile asociate asistenţei medicale (IAAM).

02.11.02.02

C

SPLIAAM/CPLIAAM monitorizează calitatea aerului şi adoptă măsuri pentru a limita apariţia infecţiilor aerogene.

02.11.02.03

C

Impactul lucrărilor de demolare, construcţie, renovare, întreţinere instalaţii etc. efectuate în spital asupra calităţii aerului şi activităţii de prevenire şi control al infecţiilor nosocomiale este gestionat.

02.11.02.04

C

Calitatea sterilizării este verificată şi supravegheată.

02.11.02.05

C

SPLIAAM/CPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei.

02.11.03

Cr

Politica de calitate a spitalului referitoare la siguranţa alimentului are în vedere controlul riscului infecţios.

02.11.03.01

C

Activitatea sectorului alimentar al spitalului este controlată (bloc alimentar, oficiu alimentar, biberoneria).

02.11.03.02

C

Respectarea regulilor de siguranţă a alimentului pentru prevenirea infecţiilor este evaluată.

02.11.04

Cr

Managementul clinic al structurilor medicale previne şi limitează riscul infecţios.

02.11.04.01

C

Structurile medicale (secţii/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează şi tratează riscul infecţios al activităţilor de asistenţă medicală.

02.11.04.02

C

Medicii curanţi identifică pacienţii cu risc infecţios şi adoptă măsuri pentru limitarea acestuia.

02.11.04.03

C

Trasabilitatea proceselor privind buna utilizare a dispozitivelor medicale, materialelor sanitare şi echipamentelor de multiplă folosinţă este asigurată şi supravegheată pentru prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale.

02.11.04.04

C

SPLIAAM/CPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.

02.11.04.05

C

Spitalul respectă metodologiile naţionale de supraveghere a bolilor transmisibile cu potenţial nosocomial.

02.11.04.06

C

Spitalul gestionează riscul infecţios al personalului.

02.11.04.07

C

Spitalul de specialitate sau cu secţie de obstetrică adoptă măsuri de prevenire a riscului infecţios prenatal.

02.12

S

Spitalul dezvoltă şi implementează o politică de asigurare şi îmbunătăţire a siguranţei pacientului.

02.12.01

Cr

Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice.

02.12.01.01

C

La nivelul fiecărui sector de activitate medicală sunt documentate, identificate şi evaluate periodic riscurile clinice, parte integrantă a registrului riscurilor.

02.12.01.02

C

Spitalul dezvoltă şi implementează un sistem de gestionare a evenimentelor santinelă.

02.12.01.03

C

Spitalul a elaborat şi aplică o procedură de gestionare a evenimentelor adverse şi a celor cu potenţial de afectare a pacientului ("near miss").

02.12.01.04

C

Spitalul are un sistem funcţional de identificare a pacientului bazat pe cel puţin două elemente de identificare.

02.12.02

Cr

Spitalul urmăreşte identificarea şi prevenirea riscurilor şi a erorilor legate de medicaţie.

02.12.02.01

C

Înregistrarea şi comunicarea informaţiilor legate de medicaţia pacientului contribuie la evitarea asocierilor incompatibile sau nerecomandate.

02.12.02.02

C

Depozitarea şi manipularea medicamentelor cu risc înalt sau a medicamentelor a/al căror denumire/ambalaj este asemănător sunt reglementate în spital.

02.12.02.03

C

Reglementările specifice privind depozitarea şi eliberarea medicamentelor pshihotrope şi stupefiante sunt respectate.

02.12.02.04

C

Reglementările specifice privind depozitarea şi eliberarea citostaticelor sunt respectate.

02.12.02.05

C

Reglementările specifice privind depozitarea şi eliberarea soluţiilor concentrate de electroliţi sunt respectate.

02.12.03

Cr

Transferul informaţiei şi al responsabilităţilor privind pacientul asigură continuitatea îngrijirilor şi siguranţa acestuia.

02.12.03.01

C

Predarea - preluarea cazului se face aplicând o modalitate de transfer al informaţiilor şi responsabilităţilor legate de pacient, stabilită la nivel de spital.

02.12.03.02

C

Modul de transfer al informaţiilor şi responsabilităţilor la predarea - preluarea cazului se monitorizează şi se evaluează.

02.12.04

Cr

Spitalul urmăreşte creşterea siguranţei actului chirurgical şi anestezic.

02.12.04.01

C

În practica chirurgicală şi anestezică sunt utilizate liste de verificare specifice prin care se consemnează elemente de identificare pentru fiecare caz în parte.

02.12.04.02

C

În practica medicală sunt aplicate şi respectate protocoalele chirurgicale şi anestezice.

02.12.04.03

C

Incidentele apărute în practica chirurgicală şi anestezică sunt recunoscute şi se iau măsuri imediate.

02.12.05

Cr

La nivelul spitalului sunt asigurate condiţii pentru radioprotecţia pacienţilor şi a personalului.

02.12.05.01

C

Principiile generale privind radioprotecţia în radiodiagnostic, radiologie intervenţională, radioterapie şi medicină nucleară sunt aplicate corect şi constant.

02.12.05.02

C

Principiile de radioprotecţie privind procedurile de radiodiagnostic urmăresc calitatea imaginii, minimul de expunere şi delimitarea precisă a zonei.

02.12.05.03

C

Principiile de radioprotecţie privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea şi actualizarea planului de tratament individualizat.

02.12.05.04

C

Principiile de radioprotecţie privind radiologia intervenţională urmăresc utilizarea protocoalelor specifice în vederea optimizării timpului de intervenţie.

02.12.05.05

C

Persoanele care ajută voluntar un pacient sunt informate asupra riscurilor asociate expunerii voluntare şi li se asigură protecţia necesară.

02.12.06

Cr

Spitalul urmăreşte identificarea şi diminuarea riscurilor asociate procesului investigaţional.

02.12.06.01

C

Laboratorul clinic identifică şi evaluează riscurile microbiologice.

02.12.06.02

C

Riscurile microbiologice ale laboratorului clinic sunt analizate şi se stabilesc reguli de bună practică.

02.12.07

Cr

Spitalul urmăreşte identificarea şi diminuarea cauzelor generatoare de vătămări corporale prin cădere/lovire.

02.12.07.01

C

Spitalul identifică pacienţii cu risc de cădere şi ia măsuri pentru prevenirea şi diminuarea consecinţelor.

02.12.07.02

C

Informarea şi educarea pacientului/aparţinătorilor şi personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere.

02.12.07.03

Cr

Spitalul asigură resursele necesare desfăşurării activităţii de prelevare şi/sau transplant, în condiţii de eficacitate şi siguranţă a pacientului.

02.12.07.04

C

Spitalul asigură condiţiile necesare pentru desfăşurarea activităţilor de prelevare de organe/ţesuturi/celule.

02.12.07.05

C

Spitalul asigură condiţiile necesare pentru desfăşurarea activităţilor de transplant de organe/ţesuturi/celule.

02.12.07.06

C

La nivelul spitalului este organizată monitorizarea activităţii de prelevare şi/sau transplant, în conformitate cu cerinţele Agenţiei Naţionale de Transplant.

02.13

S

Spitalul a implementat bunele practici transfuzionale şi de hemovigilenţă.

02.13.01

Cr

Spitalul are organizate activitatea de prescriere şi monitorizare a terapiei transfuzionale şi hemovigilenţa.

02.13.01.02

C

Spitalul îndeplineşte condiţiile pentru asigurarea terapiei transfuzionale în condiţii de siguranţă.

02.13.01.03

C

Structurile funcţionale ale spitalului cu atribuţii în implementarea şi monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale respectă modalităţile de lucru stabilite specific.

02.13.02

Cr

Prescrierea de sânge şi derivate este fundamentată medical şi asigură trasabilitatea utilizării acestora.

02.13.02.01

C

Prescrierea sângelui şi derivatelor se face conform Ghidului naţional de utilizare terapeutică raţională a sângelui şi a componentelor sanguine umane.

02.13.02.02

C

Înregistrările aferente activităţii de transfuzie sanguină permit trasabilitatea procesului.

02.13.02.03

C

Spitalul asigură necesarul de sânge total şi componente sanguine, luând în considerare dinamica morbidităţii spitalizate, şi monitorizează consumul şi traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.

02.14

S

Auditul clinic evaluează eficacitatea şi eficienţa asistenţei medicale.

02.14.01

Cr

Activitatea de audit clinic este organizată.

02.14.01.01

C

Misiunile de audit clinic intern sunt planificate anual.

02.14.01.02

C

Echipa de audit clinic este parte funcţională a structurii de management al calităţii.

02.14.01.03

C

În situaţiile în care se produc evenimentele indezirabile, echipa de audit clinic propune conducerii spitalului misiuni suplimentare.

02.14.02

Cr

Îmbunătăţirea activităţii medicale se face utilizând rezultatele auditării clinice.

02.14.02.01

C

Recomandările rezultate în urma auditului clinic sunt utilizate pentru îmbunătăţirea protocoalelor de diagnostic şi tratament.

02.14.02.02

C

Spitalul urmăreşte îmbunătăţirea activităţii medicale, utilizând protocoale de diagnostic şi terapeutice.

02.15

S

Externarea şi transferul pacientului se organizează specific, în funcţie de starea acestuia.

02.15.01

Cr

Externarea este planificată, coordonată şi documentată.

02.15.01.01

C

Estimarea momentului externării se face la internarea pacientului şi se actualizează în funcţie de evoluţia clinică.

02.15.01.02

C

Spitalul îndeplineşte procedurile necesare externării şi asigurării continuităţii îngrijirilor.

02.15.02

Cr

Spitalul are proceduri legate de stări critice sau deces.

02.15.02.01

C

Aparţinătorii sunt alertaţi în caz de degradare a stării pacientului, inclusiv de iminenţa/survenirea decesului.

02.15.02.02

C

Demnitatea pacientului aflat în stare critică/fază terminală şi convingerile sale spirituale/culturale, deciziile anterioare legate de acest eveniment sunt luate în considerare.

02.15.02.03

C

Spitalul are reglementate activităţile necesar a fi desfăşurate în situaţiile de deces al pacientului.

03

R

ETICA MEDICALĂ ŞI DREPTURILE PACIENTULUI

03.01

S

Spitalul promovează respectul pentru autonomia pacientului.

03.01.01

Cr

Spitalul asigură conformitatea practicii medicale cu normele etice şi legale care se aplică consimţământului informat (CI).

03.01.01.01

C

Spitalul reglementează obţinerea consimţământului informat.

03.01.01.02

C

Identificarea vulnerabilităţilor în procesul obţinerii consimţământului informat al pacienţilor este o preocupare a spitalului.

03.01.01.03

C

Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităţilor identificate, referitoare la obţinerea consimţământului informat.

03.01.02

Cr

Spitalul prevede măsuri pentru conformitatea practicii medicale cu normele etice şi legale care se aplică confidenţialităţii datelor medicale ale pacientului.

03.01.02.01

C

Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidenţialităţii şi verifică respectarea acestora de către personalul medical.

03.01.02.03

C

Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităţilor identificate cu privire la respectarea confidenţialităţii datelor medicale.

03.02

S

Spitalul respectă principiul echităţii şi justiţiei sociale şi drepturile pacienţilor.

03.02.01

Cr

Spitalul are politici de prevenire a discriminării în acordarea serviciilor medicale.

03.02.01.01

C

Spitalul reglementează prevenirea discriminării.

03.02.01.02

C

Consiliul etic este constituit, este funcţional şi are reglementată activitatea la nivelul spitalului.

03.02.02

Cr

Spitalul asigură accesul la informaţiile medicale personale.

03.02.02.01

C

Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziţia pacientului/aparţinătorilor/împuterniciţilor documentele medicale solicitate.

03.02.02.02

C

Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziţia autorităţilor autorizate/altor instituţii datele medicale personale ale pacientului.

03.02.03

Cr

Spitalul asigură condiţii pentru exercitarea dreptului pacientului la a doua opinie medicală.

03.02.03.01

C

Spitalul reglementează condiţiile în care pacienţii pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care nu sunt angajaţi ai spitalului.

03.02.03.02

C

Spitalul reglementează condiţiile în care pacienţii pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care sunt angajaţi ai spitalului.

03.02.04

Cr

Spitalul este preocupat de protecţia pacienţilor în relaţia cu mediul extern.

03.02.04.01

C

Spitalul reglementează modalitatea de acces al mass - mediei în instituţie şi la pacienţi.

03.02.04.02

C

Spitalul protejează pacientul de intruziunile externe.

03.02.05

Cr

Spitalul reglementează înregistrarea audio/foto/video a pacienţilor în scop medical/didactic/de cercetare şi pentru evitarea acuzaţiilor de malpraxis.

03.02.05.01

C

Spitalul asigură condiţiile şi procedurile pentru înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale.

03.02.05.02

C

Spitalul asigură condiţiile şi procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, în scop medical, didactic şi de cercetare.

03.03

S

Spitalul promovează principiile binefacerii şi nonvătămării.

03.03.01

Cr

Spitalul impune limitarea practicii la sfera de competenţă deţinută în cadrul specialităţii.

03.03.01.01

C

Spitalul asigură pentru fiecare secţie personalul medical cu competenţa specifică.

03.03.01.02

C

Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depăşirii competenţelor deţinute.

03.03.02

Cr

Depăşirea limitelor competenţei este permisă în interesul pacientului.

03.03.02.01

C

Spitalul reglementează condiţiile în care depăşirea competenţelor medicale este permisă în interesul pacientului.

03.03.02.02

C

Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situaţiile care impun depăşirea competenţelor.

ANEXA Nr. 2

Procedura şi metodologia de evaluare şi acreditare a spitalelor

CAPITOLUL I Dispoziţii generale

CAPITOLUL II Procedura de evaluare şi acreditare

CAPITOLUL III Metode utilizate pentru acreditarea spitalelor

CAPITOLUL I

Dispoziţii generale

Art. 1. - În înţelesul ordinului din care face parte integrantă prezenta anexă, termenii şi noţiunile folosite au următoarele semnificaţii:

a) referinţă (R) - grupare de standarde, criterii şi cerinţe, având acelaşi domeniu de aplicare;

b) standard (S) - reprezintă nivelul de performanţă realizabil şi măsurabil, agreat de profesionişti şi observabil de către populaţia căreia i se adresează. Este constituit dintr-un set de criterii şi cerinţe care definesc aşteptările privind performanţa, structura şi procesele dintr-un spital;

c) criteriu (Cr) - obiectivul specific de realizat pentru îndeplinirea standardului;

d) cerinţă (C) - acţiune care trebuie întreprinsă pentru realizarea obiectivului specific.

Art. 2. - Standardele, procedura şi metodologia de evaluare şi acreditare a spitalelor respectă următoarele principii:

a) asigurarea şi îmbunătăţirea continuă a calităţii serviciilor de sănătate şi a siguranţei pacientului;

b) asigurarea nediscriminatorie a accesului pacientului la serviciile de sănătate, conform nevoilor acestuia, în limita misiunii şi a resurselor spitalului;

c) respectarea demnităţii umane, a principiilor eticii şi deontologiei medicale şi a grijii faţă de sănătatea pacientului;

d) orientarea managementului organizaţional către susţinerea activităţii clinice centrate pe pacient;

e) abordarea integrată, inter - şi multidisciplinară a pacientului în managementul de caz;

f) promovarea eficacităţii şi eficienţei prin dezvoltarea conceptului de evaluare a practicii profesionale prin audit clinic şi prin optimizarea procesului decizional;

g) promovarea prin standarde a dezvoltării culturii organizaţionale;

h) protejarea mediului;

i) transparenţa şi deschiderea, prin informarea continuă şi eficientă asupra procesului de acreditare, comunicarea directă cu beneficiarii acreditării în toate etapele procesului de evaluare, inclusiv în elaborarea formei finale a raportului de acreditare;

j) independenţa, obiectivitatea, confidenţialitatea şi imparţialitatea procesului de evaluare şi acreditare;

k) integritatea şi profesionalismul evaluatorilor.

CAPITOLUL II

Procedura de evaluare şi acreditare

Art. 3. - Procedura de evaluare şi acreditare cuprinde următoarele etape principale:

a) etapa de pregătire a evaluării;

b) etapa de evaluare;

c) etapa de acreditare.

Art. 4. - Etapa de pregătire a evaluării, coordonată de către structurile de specialitate ale Autorităţii Naţionale de Management al Calităţii în Sănătate, denumită în continuare A.N.M.C.S., cuprinde următoarele activităţi principale:

a) înscrierea spitalului în procedura de acreditare la A.N.M.C.S., prin completarea şi transmiterea formularului - tip elaborat de către structurile de specialitate din cadrul A.N.M.C.S. Spitalele acreditate depun cererea de înscriere cu un an, dar nu mai puţin de 9 luni, înaintea expirării valabilităţii certificatului de acreditare, iar cele care depun pentru prima dată cererea de înscriere în procedura de acreditare în termen de un an de la publicarea ordinului din care face parte integrantă prezenta anexă se evaluează în conformitate cu prevederile acestui ordin;

b) identificarea de către A.N.M.C.S. a resurselor umane necesare vizitei de evaluare şi planificarea acesteia;

c) comunicarea de către A.N.M.C.S. a răspunsului la cerere, a perioadei estimate pentru desfăşurarea vizitei de evaluare şi a valorii taxei de acreditare estimate în baza declaraţiilor din fişa de identificare a spitalului. Calculul duratei vizitei de evaluare, care stă la baza estimării valorii taxei de acreditare, se face conform fişei de calcul al duratei vizitei, denumită în continuare FCD, al cărei model este aprobat prin ordin al preşedintelui A.N.M.C.S.;

d) în situaţia modificărilor de structură survenite ulterior depunerii cererii de acreditare, FCD se actualizează şi determină recalcularea taxei în conformitate cu noua structură;

e) modalitatea şi formula de calcul al taxei de acreditare sunt stabilite conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Autorităţii Naţionale de Management al Calităţii în Sănătate nr. 1.350/668/2016 privind aprobarea modalităţii de calcul al taxei de acreditare, valabilă pentru ciclul de acreditare corespunzător perioadei 2017 - 2021;

f) comunicarea de către A.N.M.C.S., cu minimum 9 luni înainte de perioada planificată pentru desfăşurarea vizitei de evaluare, a iniţierii etapei de pregătire a evaluării, precum şi a termenului până la care spitalul trebuie să pună la dispoziţia A.N.M.C.S. documentele obligatorii solicitate, denumite în continuare DOS, şi documentele suplimentare necesare desfăşurării procesului de evaluare şi acreditare, denumite în continuare DS;

g) DOS reprezintă documente care atestă legalitatea funcţionării spitalului, reglementări interne privind desfăşurarea activităţilor cu impact major asupra siguranţei pacienţilor şi angajaţilor, structura spitalului şi dovada achitării taxei de acreditare. Modalitatea de achitare a taxei de acreditare este stabilită prin ordin al preşedintelui A.N.M.C.S.;

h) analizarea de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S. a DOS şi a DS;

i) dacă în urma analizei, efectuată conform prevederilor lit. h), se constată îndeplinirea solicitărilor obligatorii, vizita de evaluare se desfăşoară în perioada anunţată iniţial, fiind constituită şi aprobată de către A.N.M.C.S. comisia de evaluare în vederea acreditării în funcţie de specificul spitalului. Comisia de evaluare se constituie în conformitate cu prevederile Ordinului preşedintelui Autorităţii Naţionale de Management al Calităţii în Sănătate nr. 136/2015\*) pentru aprobarea Procedurii operaţionale privind repartizarea aleatorie, în componenţa Comisiilor de evaluare a spitalelor, a evaluatorilor incluşi în Registrul evaluatorilor de servicii de sănătate specializaţi pentru evaluarea spitalelor al A.N.M.C.S., precum şi desemnarea preşedinţilor acestor comisii. Informaţiile cu privire la componenţa comisiei de evaluare şi la perioada desfăşurării vizitei sunt publicate de către A.N.M.C.S. pe website-ul instituţiei;

j) după constituirea comisiei de evaluare au loc încheierea contractelor între A.N.M.C.S. şi membrii echipei de evaluare şi instruirea acestora de către personalul A.N.M.C.S.;

k) dacă în urma analizei, efectuată conform prevederilor lit. h), se constată că spitalul nu îndeplineşte condiţiile minime obligatorii pentru începerea vizitei de evaluare, A.N.M.C.S. transmite spitalului solicitarea de completare a documentaţiei, în termen de 30 de zile calendaristice de la primirea solicitării;

l) dacă la expirarea termenului de 30 de zile documentaţia este completă, se aplică prevederile de la lit. h) şi i);

m) dacă la expirarea termenului de 30 de zile documentaţia nu este completă, vizita de evaluare este amânată de către A.N.M.C.S., spitalul fiind răspunzător de consecinţele neacreditării. Replanificarea vizitei se face în funcţie de resursele A.N.M.C.S.

Art. 5. - (1) Etapa de evaluare, coordonată de către comisia de evaluare, cuprinde previzita, vizita propriu - zisă şi postvizita.

(2) Previzita include următoarele activităţi principale:

a) comunicarea cu spitalul şi elaborarea unui raport privind conformitatea DOS şi a DS, care se transmite A.N.M.C.S.;

b) pe baza raportului prevăzut la lit. a) A.N.M.C.S. poate decide anularea vizitei de evaluare;

c) elaborarea programului vizitei de evaluare şi comunicarea acestuia spitalului.

(3) Vizita propriu - zisă la spital include următoarele activităţi principale:

a) şedinţa de deschidere, cu participarea reprezentanţilor spitalului, în scopul stabilirii detaliate a modului de desfăşurare a vizitei în spital;

b) şedinţa de informare de la începutul fiecărei zile, cu participarea reprezentanţilor spitalului;

c) îndeplinirea obiectivelor specifice care i-au revenit fiecărui evaluator din cadrul comisiei de evaluare, prin utilizarea tehnicilor şi aplicarea instrumentelor de colectare a datelor şi prin aprecierea proceselor care au loc în cadrul spitalului;

d) şedinţa de informare finală, cu participarea reprezentanţilor spitalului, în scopul prezentării concluziilor preliminare ale vizitei de evaluare;

e) pregătirea proiectului raportului de evaluare începe în timpul vizitei de evaluare, fiecărui evaluator revenindu-i obligaţia de a nota în proiectul raportului propriile concluzii intermediare şi de a arhiva documentele elaborate sau primite în timpul etapei de evaluare, pe care le predă către A.N.M.C.S. împreună cu raportul de evaluare;

f) completarea fişei de situaţii deosebite, pentru situaţii care împiedică desfăşurarea procesului de evaluare, prin care comisia de evaluare solicită A.N.M.C.S. întreruperea vizitei de evaluare. Preşedintele A.N.M.C.S. poate decide întreruperea vizitei de evaluare. În acest caz se consideră întreaga activitate a spitalului neconformă. Procesul de acreditare poate fi reluat, la cererea spitalului, cu aprobarea Colegiului director al A.N.M.C.S., conform prevederilor art. 4 din prezenta procedură;

g) completarea fişei de situaţii deosebite, în cazul identificării unor deficienţe care pun în pericol siguranţa pacientului sau a angajaţilor spitalului, prin care comisia de evaluare comunică aceste constatări către A.N.M.C.S. Preşedintele A.N.M.C.S. poate decide întreruperea vizitei de evaluare. În acest caz, procesul de acreditare poate fi reluat cu aprobarea Colegiului director al A.N.M.C.S., conform prevederilor art. 4 din prezenta procedură.

(4) Postvizita include următoarele activităţi principale:

a) redactarea de către membrii comisiei de evaluare şi transmiterea către spitalul evaluat a proiectului de raport de evaluare, în maximum 5 zile lucrătoare de la finalizarea vizitei propriu - zise la spital;

b) formularea de către spital, în scris, în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea proiectului de raport de evaluare, a obiecţiunilor cu privire la unele aspecte cuprinse în acesta, dacă este cazul;

c) analizarea de către personalul A.N.M.C.S., în maximum 5 zile lucrătoare de la primire, a obiecţiunilor formulate de către spital şi înaintarea concluziilor către membrii comisiei de evaluare;

d) elaborarea de către membrii comisiei de evaluare, în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea concluziilor, a raportului de evaluare şi comunicarea acestuia către spital. Asupra raportului de evaluare spitalul nu mai poate formula obiecţiuni.

Art. 6. - Etapa de acreditare cuprinde următoarele activităţi principale:

a) elaborarea raportului de acreditare de către Unitatea de evaluare şi acreditare a spitalelor pe baza documentelor utilizate în procesul de evaluare;

b) emiterea ordinului preşedintelui A.N.M.C.S. privind acreditarea sau, după caz, neacreditarea spitalului şi comunicarea acestuia către spital.

Art. 7. - Certificatul de acreditare se eliberează spitalelor care au obţinut acreditarea, în termen de maximum 90 de zile de la comunicarea către spital a ordinului preşedintelui A.N.M.C.S. privind acreditarea.

CAPITOLUL III

Metode utilizate pentru acreditarea spitalelor

Art. 8. - (1) Evaluarea internă (autoevaluarea) de către spital constă în analiza serviciilor oferite, a indicatorilor de performanţă şi monitorizare şi comunicarea către A.N.M.C.S. a concluziilor acesteia, precum şi a altor informaţii specifice cerute de către A.N.M.C.S. pe tot parcursul procesului de evaluare.

(2) Evaluarea externă constă în parcurgerea tuturor etapelor prevăzute la art. 3 din prezenta procedură.

Art. 9. - (1) Tehnicile de colectare a datelor utilizate în procesul de evaluare şi acreditare sunt:

a) analiza documentelor furnizate de către spital;

b) observarea directă - constatarea la faţa locului a respectării unor cerinţe predefinite sau a modului de derulare a unei activităţi, fără ca aceasta să fie perturbată de către evaluatori;

c) focus - grupul - tehnică de cercetare a calităţii, prin care membrii unui grup de persoane format din reprezentanţi ai spitalului şi membrii comisiei de evaluare, într-un timp limitat, îşi exprimă opiniile referitoare la subiectele în discuţie;

d) interviul - urmăreşte colectarea de date prin discuţia directă cu interlocutorul, în timpul vizitei propriu - zise;

e) simularea unor procese pentru identificarea riscurilor clinice.

(2) Validarea datelor colectate constă în verificarea acestora de către comisia de evaluare, prin examinare, recalculare, comparaţie şi punere de acord pentru confirmarea realităţii datelor colectate.

Art. 10. - Principalele instrumente utilizate pentru acreditarea spitalelor sunt:

a) fişa de identificare a spitalului - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului informaţii despre datele de identificare şi structura organizatorică şi funcţională;

b) lista documentelor obligatorii solicitate - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului transmiterea documentelor a căror existenţă şi conformitate reprezintă o condiţie obligatorie pentru începerea etapei de evaluare;

c) lista documentelor suplimentare necesare desfăşurării procesului de evaluare şi acreditare - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului transmiterea documentelor a căror existenţă este necesară pentru iniţierea vizitei de evaluare;

d) fişa de autoevaluare - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului informaţii despre nivelul de îndeplinire a cerinţelor standardelor de acreditare în etape succesive ale procesului de evaluare şi acreditare;

e) plan de conformare în vederea evaluării - document trimis de către A.N.M.C.S. spitalului aflat în procedura de acreditare, prin care se comunică acestuia neconformităţile constatate, care nu permit începerea vizitei de evaluare;

f) programul vizitei de evaluare - document care cuprinde etapele orare şi obiectivele de evaluat;

g) minuta de şedinţă - document care cuprinde aspectele importante discutate de evaluatori şi reprezentanţii spitalului evaluat;

h) lista de verificare - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., utilizat în vederea colectării datelor;

i) lista documentelor solicitate în timpul evaluării propriu - zise - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., care cuprinde documentele suplimentare solicitate reprezentanţilor spitalului de către evaluatori în timpul procesului de evaluare;

j) chestionarul - instrument elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., aplicat la nivel individual numai după obţinerea consimţământului şi după ce s-au dat toate asigurările în privinţa garantării confidenţialităţii şi anonimatului;

k) fişa de identificare şi evidenţiere a disfuncţionalităţilor - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S. şi completat de către evaluatori, în care se consemnează, în timpul vizitei de evaluare, stări de fapt care perturbă desfăşurarea acesteia;

l) fişa de constatare a situaţiilor deosebite - act unilateral întocmit de către comisia de evaluare, care menţionează stări de fapt care împiedică desfăşurarea vizitei de evaluare sau care pun în pericol siguranţa pacientului sau a angajaţilor spitalului, transmis preşedintelui A.N.M.C.S., şi care poate atrage întreruperea vizitei de evaluare;

m) proiectul raportului de evaluare - comunicarea scrisă, adresată de către comisia de evaluare spitalului, referitoare la rezultatele vizitei de evaluare în vederea acreditării, transmisă spitalului în vederea formulării eventualelor obiecţiuni;

n) raportul de evaluare - comunicarea scrisă, adresată de către comisia de evaluare spitalului, referitoare la rezultatele vizitei de evaluare în vederea acreditării, transmisă spitalului după analiza şi soluţionarea eventualelor obiecţiuni;

o) raportul de acreditare - document elaborat de către structurile de specialitate din cadrul A.N.M.C.S., care stă la baza emiterii ordinului preşedintelui A.N.M.C.S. de acreditare sau, după caz, de neacreditare a spitalului.

Art. 11. - (1) A.N.M.C.S. publică pe pagina sa de internet referinţele, standardele, criteriile, cerinţele şi instrumentele de verificare.

(12) Documentele utilizate în procesul de evaluare şi acreditare, termenele şi modalitatea de transmitere a acestora, precum şi condiţiile de amânare, anulare sau întrerupere a vizitei de evaluare sunt stabilite prin ordin al preşedintelui A.N.M.C.S.

\*) Ordinul preşedintelui Autorităţii Naţionale de Management al Calităţii în Sănătate nr. 136/2015 nu a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.