

**ORDIN nr. 871 din 19 iulie 2016**

pentru aprobarea Procedurilor, standardelor și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor

**EMITENT:**

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**

**PUBLICAT ÎN:**

**MONITORUL OFICIAL nr. 587 din 2 august 2016**

**Data Intrării în vigoare: 02 August 2016**

-----

**Forma consolidată valabilă la data de 06 August 2016**

**Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 02 August 2016 până la [data selectată](#)**

Văzând Referatul de aprobare al Direcției generale de asistență medicală și sănătate publică nr. VVV 1.847/2016,

având în vedere Hotărârea Guvernului nr. 629/2015 privind componența, atribuțiile, modul de organizare și funcționare ale Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate,

în temeiul art. 174 alin. (1) și al art. 249 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și al art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ținând cont de Hotărârea Colegiului director al Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 5 din 29 iunie 2016 de adoptare a ediției a doua a standardelor de acreditare a spitalelor,

ministrul sănătății emite următorul ordin:

**ART. 1**

Se aprobă Procedurile, standardele și metodologia de evaluare și acreditare a spitalelor, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

**ART. 2**

(1) La data intrării în vigoare a prezentului ordin, Ordinul ministrului sănătății nr. 972/2010 pentru aprobarea Procedurilor, standardelor și metodologiei de acreditare a spitalelor, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 467 din 7 iulie 2010, se abrogă.

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

**ART. 3**

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

Ministrul sănătății,  
Vlad Vasile Voiculescu

București, 19 iulie 2016.

Nr.

871.

## ANEXĂ

Procedurile, standardele și metodologia de evaluare  
și acreditare a spitalelor

### CAP. I

Dispoziții generale

#### ART. 1

În înțelesul prezentei anexe, termenii și noțiunile folosite au următoarele semnificații:

a) acreditare - evaluare externă și independentă realizată de persoane special pregătite pentru aceasta - evaluatorii Comisiei Naționale de Acreditare a Spitalelor, care se finalizează cu încadrarea spitalelor în categorii de acreditare. Acreditarea privește spitalul în întregul lui, ca organizație, analiza este globală și descrie funcționarea instituției prin gradientul cu care aceasta este conformă sau se apropie de standardele prestabilite;

b) referință - denumită în continuare R - domeniul de aplicare - grupare de standarde, criterii și cerințe, având toate semnificație și finalitate comună;

c) standard - denumit în continuare S - reprezintă nivelul de performanță realizabil și măsurabil, agreat de profesioniști și observabil de către populația căreia i se adresează. Este constituit dintr-un set de criterii și cerințe care definesc așteptările privind performanța, structura și procesele dintr-un spital;

d) criteriu - denumit în continuare Cr - obiectivul specific de îndeplinit care prin sumare cu alte obiective face ca standardul respectiv să poată fi realizat;

e) cerință - denumită în continuare C - acțiune care trebuie întreprinsă pentru realizarea obiectivului specific.

#### ART. 2

Procedurile și metodologia de acreditare a spitalelor respectă următoarele fundamente și principii:

a) transparență și deschidere - principiu prin care se realizează o informare continuă și eficientă asupra procesului de acreditare, o comunicare directă cu beneficiarii acreditării în toate etapele procesului de evaluare, inclusiv în elaborarea formei finale a raportului de acreditare;

b) respectarea prevederilor general acceptate privind nediscriminarea între pacienți, respectarea demnității umane, principiile eticii și deontologiei medicale, grija față de sănătatea pacientului;

c) promovarea eficienței și eficacității - prin evaluarea calității, integrarea priorităților de sănătate publică în standardele de acreditare, monitorizarea și promovarea prin standarde a

dezvoltării instituționale a spitalelor, abordări multidisciplinare și intersectoriale, optimizarea procesului decizional, eficacitatea utilizării fondurilor;

d) liberul acces al pacienților la serviciile medicale oferite de spitale;

e) coerență, evoluție și dinamism - asigurarea prin standarde a unei dinamici și îmbunătățiri continue a calității serviciilor medicale spitalicești, incluzând întreg ansamblul de activități cu caracter logistic, tehnic și medical;

f) obiectivitatea, confidențialitatea, integritatea și profesionalismul evaluatorilor;

g) protecția mediului - prin standarde specifice de monitorizare a factorilor de mediu în relație cu serviciile medicale furnizate de către spitale și prin controlul aplicării reglementărilor referitoare la calitatea factorilor de mediu.

## CAP. II

### Procedurile de acreditare

#### ART. 3

Procesul de acreditare are următoarele etape principale:

a) înscrierea spitalului în procedura de acreditare la Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate, denumită în continuare ANMCS, prin formular-tip ce cuprinde principalele date referitoare la instituția ce urmează a fi acreditată;

b) identificarea de către ANMCS a resurselor umane necesare vizitei de evaluare și planificarea vizitelor de evaluare;

c) cererea de înscriere se depune cu un an, dar nu mai puțin de 9 luni, înaintea expirării valabilității certificatului de acreditare. Este tipizată și se poate trimite prin poștă, fax sau prin e-mail;

d) răspunsul la cerere și data estimată de către ANMCS a vizitei de evaluare se comunică spitalului în scris, prin poștă și electronic, prin e-mail, în maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii cererii;

e) în maximum 3 luni de la confirmarea înscrierii, ANMCS transmite spitalului fișa de autoevaluare, denumită în continuare FAE, și lista documentelor obligatorii solicitate, denumite în continuare LDOS, care trebuie completate și transmise către ANMCS în maximum 3 luni calendaristice de la data primirii;

f) după primirea FAE și a DOS se efectuează analiza acestora de către structurile de specialitate ale ANMCS. Dacă în urma acestei analize se constată că spitalul nu îndeplinește condițiile minime obligatorii pentru începerea vizitei de evaluare, ANMCS îi poate transmite acestuia un plan de conformare;

g) spitalul are obligația ca în următoarele 30 de zile calendaristice de la primirea planului de conformare să remedieze neconformitățile constatate și să retrimite FAE însoțită de eventuale alte documente. Dacă în urma analizei noii FAE se constată conformarea la cerințe, vizita de evaluare va avea loc la data anunțată inițial. În cazul în care nici după această etapă nu sunt îndeplinite condițiile necesare, vizita de evaluare va putea fi amânată de către ANMCS;

h) modelul cererii de înscriere, conținutul și structura FAE, lista documentelor solicitate, condițiile minime obligatorii pentru începerea vizitei de evaluare, modelul planului de conformare și motivele pentru care poate fi amânată vizita de evaluare sunt stabilite prin ordin al președintelui ANMCS;

i) constituirea și aprobarea comisiei de evaluare în vederea acreditării în funcție de specificul spitalului, potrivit prevederilor legale;

j) transmiterea de către ANMCS a informațiilor cu privire la componența comisiei de evaluare și la perioada desfășurării vizitei, spre știință, spitalului ce urmează a fi evaluat;

k) analiza fișei de autoevaluare a spitalului de către comisia de evaluare constituită, stabilirea obiectivelor și detaliilor vizitei și comunicarea acestora în scris spitalului și conducerii ANMCS;

l) vizita propriu-zisă a spitalului de către comisia de evaluare;

m) redactarea proiectului de raport de evaluare de către membrii comisiei de evaluare și transmiterea către spitalul evaluat;

n) formularea de obiecții în scris, în maximum 5 zile lucrătoare, privind unele aspecte ale proiectului de raport de evaluare, de către spital, dacă este cazul;

o) analizarea obiecțiilor și punctelor de vedere remise de către spital și elaborarea de către comisia de evaluare a raportului de evaluare;

p) înaintarea raportului de evaluare Unității de evaluare și acreditare a spitalelor din cadrul ANMCS, în vederea elaborării raportului de acreditare, și către spital pentru luare la cunoștință;

q) elaborarea raportului de acreditare de către Unitatea de evaluare și acreditare a spitalelor pe baza raportului de evaluare;

r) emiterea hotărârii privind acreditarea spitalului, în baza raportului de acreditare, prin ordin al președintelui ANMCS și publicarea acestuia în Monitorul Oficial al României, Partea I.

#### ART. 4

În termen de 15 zile calendaristice de la comunicarea hotărârii privind tipul de acreditare (acreditat/neacreditat), spitalul poate contesta hotărârea la președintele ANMCS.

#### ART. 5

Certificatul de acreditare se eliberează spitalelor care au obținut acreditarea, în termen de maximum 90 de zile de la publicarea hotărârii de acreditare în Monitorul Oficial al României, Partea I.

### CAP. III

#### Standarde pentru acreditarea spitalelor

	01	R	MANAGEMENTUL STRATEGIC ȘI ORGANIZAȚIONAL
concordante	01.01	S	Strategia și managementul strategic al organizației sunt servicii   cu nevoia de îngrijiri de sănătate și cu dinamica pieței de de sănătate.
	01.01.01	Cr	Planul strategic elaborat de către spital este asumat la toate   nivelurile de decizie.
	01.01.01.01	C	Planul strategic este fundamentat în conformitate cu resursele   disponibile și potențiale identificate.

01.01.01.02	C	Planul strategic vizează îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților.
01.01.01.03	C	Obiectivele planului strategic sunt cunoscute și asumate la nivelul structurilor implicate în realizarea acestora.
01.01.02	Cr	Planul strategic se bazează pe analiza nevoilor de îngrijire a populației și a pieței de servicii.
01.01.02.01	C	Organizația a realizat/utilizat o analiză privind nevoile de îngrijire a populației căreia i se adresează și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul deservit.
01.01.02.02	C	Rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii au fost utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.
01.01.03	Cr	Planul strategic se implementează cu participarea tuturor sectoarelor de activitate.
01.01.03.01	C	La nivelul spitalului există o echipă responsabilă cu evaluările periodice (comitet director etc.) activă.
01.01.03.02	C	Șefii tuturor sectoarelor de activitate analizează periodic nivelul de realizare a obiectivelor strategice.
01.01.03.03	C	Planificarea anuală a activităților are în vedere obiectivele strategice stabilite.
01.01.04	Cr	Strategia institutelor clinice și a spitalelor clinice include și

			dezvoltarea sectorului de cercetare științifică.
01.01.04.01	C		Cercetarea științifică se face cu echipe care activează în parteneriat     (specialiști cu pregătire superioară angajați de către unitatea     sanitară, cadre didactice universitare dedicate cercetării     științifice, medici rezidenți, studenți etc.).
01.01.04.02	C		Institutele clinice și spitalele clinice stabilesc parteneriate și/sau     convenții cu instituțiile de învățământ superior și cu institutele     (centrele, unitățile) din rețeaua Academiei Române, a Academiei de     Științe Medicale, a Academiei Oamenilor de Știință, urmărind     implementarea parteneriatelor și/sau a convențiilor.
01.02	S		Structura organizatorică și managementul organizațional asigură     derularea optimă a tuturor proceselor de acordare a asistenței și     îngrijirilor medicale.
01.02.01	Cr		Structura organizatorică este fundamentată, documentată, analizată și,     după caz, actualizată periodic.
01.02.01.01	C		Fundamentarea structurii organizatorice are în vedere cererea de     servicii medicale și dinamica resurselor disponibile.
01.02.01.02	C		Conducerea evaluează periodic structura organizației în raport cu     cererea de servicii de sănătate.
01.02.01.03	C		Conducerea analizează periodic modul de desfășurare a proceselor de     la nivelul organizației și actualizează în consecință structura     organizatorică.
01.02.02	Cr		Structura de management al calității serviciilor este operațională și

		asigură desfășurarea tuturor proceselor legate de monitorizarea și
		îmbunătățirea calității.
01.02.02.01	C	La nivelul organizației există și este funcțională structura de management al calității serviciilor.
01.02.02.02	C	Structura de management al calității serviciilor activează direct în procesul de îmbunătățire a calității și colaborează cu șefii tuturor sectoarelor de activitate.
01.02.03	Cr	Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt operaționale, asigurând integrarea proceselor și consolidarea controlului intern managerial.
01.02.03.01	C	Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt constituite și active.
01.02.03.02	C	Activitatea structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul spitalului asigură fundamentarea procesului decizional.
01.02.04	Cr	Spitalul funcționează cu toate avizele și autorizațiile prevăzute de actele normative în vigoare.
01.02.04.01	C	Spitalul a luat toate măsurile pentru obținerea și actualizarea autorizațiilor și avizelor specifice, actualizate, după caz.
01.02.04.02	C	Spitalul a luat toate măsurile pentru menținerea condițiilor pe baza cărora s-au obținut autorizațiile și avizele specifice.
01.02.05	Cr	Procesul decizional de la toate nivelurile de management are în vedere condițiile specifice de organizare și funcționare ale spitalului.

01.02.05.01	C	Conducerea spitalului asigură participarea angajaților la procesul    decizional și documentarea corectă a acestora.
01.02.05.02	C	Procesul decizional se desfășoară în condiții de transparență.
01.02.05.03	C	Comisia de control intern managerial este constituită și activă.
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 și adaptată nevoilor    privind organizarea și funcționarea unității.
01.03.01.01	C	Conducerea spitalului stabilește necesarul de personal în raport cu    volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de    furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.
01.03.01.02	C	Conducerea spitalului analizează anual structura posturilor și dispune    măsuri pentru adaptarea acesteia la nevoile identificate.
01.03.01.03	C	Conducerea spitalului asigură elaborarea și implementarea unui plan    anual de selecție, recrutare și dezvoltare profesională a personalului
01.03.01.04	C	Formarea profesională continuă este realizată în baza unui plan de sursele    formare, adecvat specificului și nevoilor unității, incluzând    de finanțare.
01.03.02	Cr	Nevoia de personal este stabilită conform capacității tehnice,    hoteliere, adresabilității, normativului de personal și auditului    timpului de muncă, după caz.



01.03.02.01	C	Nevoia de personal medical și auxiliar în secțiile clinice este stabilită în funcție de gradul de dependență al categoriilor de pacienți îngrijiți.
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 desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.
01.03.03	Cr	Politica de personal motivează îmbunătățirea calității, asigurând un nivel optim de satisfacție al angajaților.
01.03.03.01	C	Armonizarea relațiilor dintre diferitele niveluri ale managementului spitalului și angajați se realizează prin implicarea angajaților în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuțiilor, respectând mecanismele de dialog social.
01.03.03.02	C	Nivelul de satisfacție al angajaților este evaluat periodic.
01.03.03.03	C	Spitalul asigură respectarea standardelor care determină calitatea vieții profesionale.
01.04	S	Managementul financiar și administrativ răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului.
01.04.01	Cr	Spitalul are o strategie financiară privind dezvoltarea.
01.04.01.01	C	Investițiile sunt stabilite în conformitate cu obiectivele strategice privind dezvoltarea spitalului, având în vedere satisfacerea nevoilor

		comunității deservite sau atragerea de noi consumatori.
01.04.01.02	C	Spitalul asigură realizarea planului anual de investiții conform   bugetului aprobat.
01.04.02	Cr	Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului susține realizarea   planului anual de servicii.
01.04.02.01	C	Bugetul de venituri și 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 medicale.
01.04.03.02	C	Analiza periodică a procesului 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 întocmește, actualizează și monitorizează produsele și   serviciile 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 și servicii pentru cazuri excepționale.
01.05	S	Sistemul informațional este organizat pentru a răspunde nevoilor de informațiilor colectare a datelor și partajare eficace și eficientă a informațiilor în mediul intern și extern.
01.05.01	Cr	Sistemul de informații corespunde necesităților instituției.
01.05.01.01	C	Proiectarea sistemului informațional a luat în calcul nevoile solicitărilor informaționale ale tuturor sectoarelor de activitate și externe (formale sau informale).
01.05.01.02	C	Factorii decizionali asigură cadrul aplicării principiilor de utilizare și gestionare a informațiilor.
01.05.02	Cr	La nivelul spitalului sunt reglementate proprietatea, confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.
01.05.02.01	C	Politica spitalului privind securitatea datelor respectă legislația în vigoare.
01.05.02.02	C	Accesul la informații, prelucrarea și protecția acestora sunt reglementate pentru fiecare categorie profesională.
01.05.02.03	C	Monitorizarea respectării prevederilor legiferate intern și extern cu privire la securitatea informațiilor este efectuată.
01.05.03	Cr	Spitalul are un sistem standardizat de culegere și furnizare a

			informațiilor.
01.05.03.01	C	Documentele sunt concepute într-o formă unitară și sunt complet	asumate.
01.05.03.02	C	Spitalul are organizat un sistem de înregistrare a pacienților.	
01.05.03.03	C	Informația poate fi furnizată în timp util, în formate utilizabile	către beneficiar.
01.05.04	Cr	Tehnologia utilizată în gestionarea datelor este adaptată nevoilor	informaționale ale spitalului.
01.05.04.01	C	Funcția de administrare a sistemului informatic este asigurată.	
01.05.04.02	C	Șefii sectoarelor de activitate sunt implicați în alegerea,	implementarea și evaluarea tehnologiilor informaționale.
01.05.04.03	C	Tehnologiile informaționale sunt analizate și testate înaintea	implementării, cu asigurarea confidențialității și securității
		datelor, și sunt evaluate periodic din punctul de vedere al	utilității, eficienței și siguranței pacientului.
01.05.05	Cr	Culegerea și păstrarea informațiilor asigură protecția împotriva	accesului, manipulării, utilizării neautorizate și a pierderii sau
			distrugerii acestora.
01.05.05.01	C	Documentele cuprinzând date la nivel de pacient sunt păstrate doar	în
		zone cu acces restricționat și în condiții corespunzătoare.	
01.05.05.02	C	Spitalul asigură	sisteme de back-up.

01.05.05.03	C	Spitalul asigură controlul utilizării sistemelor informatice.
01.05.05.04	C	Arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor este reglementată.
01.05.05.05	C	Condițiile de păstrare a documentelor și arhivelor electronice respectă normele legale.
01.05.05.06	C	Metodele de distrugere a înregistrărilor sunt concepute în așa fel încât să nu compromită confidențialitatea și securitatea datelor.
01.05.06	Cr	Sistemul informațional este monitorizat și evaluat constant.
01.05.06.01	C	Utilizatorii sistemului informațional sunt pregătiți și au instruirea necesară pentru a utiliza informațiile.
01.05.06.02	C	Măsurile pentru ameliorarea riscurilor/deficiențelor/disfuncționalităților au la bază rezultatele evaluării.
01.05.07	Cr	Instituția are ca prioritate o politică integrată de gestionare a datelor pacientului.
01.05.07.01	C	Gestiunea corectă a datelor pacientului permite adaptarea constantă a îngrijirilor la nevoile acestuia.
01.05.07.02	C	Conținutul înregistrărilor acoperă legislația și sunt incluse într-un proces de revizuire.
01.06	S	Sistemul de comunicare existent la nivelul spitalului răspunde nevoilor organizației și ale beneficiarilor.

01.06.01	Cr	Spitalul comunică extern corespunzător cu nevoile sale.
01.06.01.01	C	Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.
01.06.01.02	C	Spitalul creează pacientului condițiile pentru orientarea cu ușurință și identificarea interlocutorului.
01.06.01.03	C	Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.
01.06.01.04	C	Spitalul asigură comunicarea corespunzătoare pentru continuitatea procesului de îngrijire.
01.06.01.05	C	Spitalul are organizată comunicarea cu mass-media.
01.06.01.06	C	Spitalul are organizată comunicarea cu alte unități sanitare și alte structuri administrative.
01.06.02	Cr	Spitalul are organizat un sistem de comunicare internă structurat și dimensionat corespunzător cu activitatea desfășurată.
01.06.02.01	C	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.
01.06.02.02	C	Spitalul este pregătit să primească feedback privind activitatea pe care o desfășoară și valorizează informațiile primite astfel pentru îmbunătățirea activității.
01.06.03	Cr	Comunicarea între membrii echipei medicale are ca obiectiv permanent asistența medicală orientată către pacient.
01.06.03.01	C	Spitalul reglementează specific parametrii comunicării în zonele de

			activitate cu risc crescut.
01.06.03.02	C	Spitalul reglementează specific parametrii comunicării medicale.	
01.06.03.03	C	Spitalul are o evidență clară a interacțiunilor cu pacientul și a  problemelor specifice fiecărui caz.	
01.06.03.04	C	Colaborarea interdisciplinară este o practică curentă.	
01.06.03.05	C	Spitalul este preocupat de calitatea informațiilor medicale transmise    între membrii echipei medicale care participă la îngrijirea  pacientului, precum și între aceștia și specialiști externi.	
01.06.03.06	C	Spitalul folosește sisteme standardizate de codificare a bolilor,  coduri pentru proceduri, simboluri, abrevieri și definiții  standardizate.	
01.06.04	Cr	Comunicarea cu pacientul îi permite acestuia participarea la procesul    de îngrijiri.	
01.06.04.01	C	Pacientul și aparținătorii sunt tratați ca parteneri în actul medical.	
01.06.04.02	C	Comunicarea este adaptată nevoilor fiziologice, culturale și  religioase ale pacientului.	
01.06.04.03	C	Informațiile importante sunt transmise într-o manieră profesională.	
01.06.04.04	C	Spitalul definește informațiile importante care vor fi transmise în    formă scrisă pacientului.	
01.06.05	Cr	Educația pentru sănătate a pacientului este o preocupare pentru	

			întreaga instituție medicală.
01.06.05.01	C	Spitalul are implementat un sistem de evaluare a necesarului	
să		individual de instruire a pacientului și există o structură care	
		furnizeze instruirea necesară.	
01.06.05.02	C	Spitalul are implementat un sistem de educare continuă a	
personalului		privind comunicarea cu pacientul și programe specifice de educație	
		terapeutică.	
01.07	S	Sistemul de management al calității vizează optimizarea continuă a	
		proceselor de la nivelul organizației.	
01.07.01	Cr	Conducerea spitalului sprijină dezvoltarea culturii	
organizaționale.			
01.07.01.01	C	La nivelul spitalului sunt stabilite principiile și valorile la	
care		aderă organizația.	
01.07.01.02	C	Spitalul se preocupă de implementarea elementelor ambientale și	
		funcționale ale culturii organizaționale.	
01.07.02	Cr	Spitalul planifică și implementează un program de management al	
întregului		calității serviciilor și siguranței pacienților la nivelul	
		spital.	
01.07.02.01	C	Structura de management al calității (SMC) este reprezentată/este	
domeniul		condusă de către o persoană cu experiență și calificări în	
		calității.	
01.07.02.02	C	Elaborarea programului de management al calității se bazează pe	
		analiza datelor privind calitatea serviciilor și siguranța	



			pacienților.
01.07.02.03	C	SMC coordonează elaborarea programului de management al calității și	siguranței pacienților.
01.07.02.04	C	Programul de management al calității și siguranței pacienților este	asumat de către conducerea unității.
01.07.02.05	C	Programul de management al calității cuprinde acțiuni specifice	privind siguranța pacienților.
01.07.02.06	C	SMC monitorizează implementarea programului de management al calității	și siguranței pacienților.
01.07.02.07	C	Spitalul îmbunătățește permanent serviciile pe baza programului de	management al calității și siguranței pacienților.
01.07.03	Cr	Spitalul dezvoltă un sistem de gestionare a evenimentelor adverse.	
01.07.03.01	C	Spitalul a identificat o listă a evenimentelor-santinelă și aplică	procedură de gestionare a acestor evenimente.
01.07.03.02	C	Spitalul a elaborat și aplică o procedură de gestionare a	evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a
			pacientului ("near miss").
01.07.03.03	C	Există un sistem de raportare și analiză a evenimentelor-santinelă, a	evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a
			pacientului ("near miss").
01.07.03.04	C	Raportările privind evenimentele adverse sunt analizate de către SMC	

			împreună cu specialiști din spital și comunicate conducerii.
01.07.04	Cr		Spitalul urmărește creșterea nivelului satisfacției pacienților.
01.07.04.01	C		Spitalul elaborează și actualizează periodic chestionare de satisfacție a pacienților.
01.07.04.02	C		Spitalul a elaborat și aplică o procedură de gestionare a reclamațiilor.
01.07.04.03	C		SMC analizează sistematic informațiile rezultate din prelucrarea chestionarelor și gestionarea reclamațiilor și emite periodic recomandări.
01.07.04.04	C		Spitalul utilizează analiza periodică a reclamațiilor primite pentru a îmbunătăți serviciile medicale furnizate.
01.07.05	Cr		Programul de îmbunătățire a calității prevede eficientizarea activității spitalului.
01.07.05.01	C		Este stabilită o modalitate de evaluare a eficienței proceselor derulate în spital.
01.07.05.02	C		Rezultatele evaluărilor sunt utilizate pentru eficientizarea activităților.
01.08	S		Managementul riscului previne apariția prejudiciilor și fundamentează deciziile manageriale.
01.08.01	Cr		Toate nivelurile de management au implementat o modalitate de management al riscurilor specifice activităților proprii.

01.08.01.01	C	Managerii de la toate nivelurile au fost pregătiți pentru a     identifica, analiza și trata riscurile.
01.08.01.02	C	Spitalul are un registru al riscurilor și monitorizează eficacitatea     măsurilor de prevenție.
01.08.01.03	C	Managementul spitalului efectuează analizele de risc pe tipuri și     probabilități/impact al producerii și adoptă măsuri dedicate.
01.08.01.04	C	Auditul intern are misiuni anuale de evaluare a unor componente ale     managementului riscurilor.
01.08.02	Cr	Managementul riscurilor asociate furnizării de servicii de sănătate   de   asigură protecția pacienților, angajaților și vizitatorilor față     potențiale prejudicii.
01.08.02.01	C	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic     pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de     lovire etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.
01.08.02.02	C	Sunt identificate și securizate zonele și activitățile cu risc de a     se declanșa un incendiu.
01.08.02.03	C	Sunt îndeplinite toate cerințele cerute de normele de prevenție și     stingere a incendiilor, certificate de instituțiile abilitate.
01.08.02.04	C	Sunt identificate și protejate zonele cu risc de explozie.
01.08.02.05	C	Sunt identificate zonele și activitățile cu risc de contaminare din     chimică și adoptate măsuri de prevenție, conform reglementărilor



02.01.01	Cr	Spitalul și-a stabilit gradul de competență tehnic și profesional.
02.01.01.01	C	Spitalul evaluează grupurile populaționale de pacienți cu particularități clinico-biologice pentru a identifica și satisface nevoile, patologiiile specifice.
02.01.01.02	C	Spitalul a identificat patologiiile pentru care dispune de resurse.
02.01.01.03	C	Spitalul are organizat un sistem pentru primirea, înregistrarea și internarea pacienților.
02.01.01.04	C	Spitalul triază pacienții la prezentare, pentru a identifica mijloacele optime de investigații, diagnostic și tratament.
02.01.02	Cr	Preluarea în îngrijire a pacienților este organizată pentru a facilita accesul la serviciile de sănătate conform nevoilor.
02.01.02.01	C	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate.
02.01.02.02	C	Accesul la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament este maximă planificat astfel încât acestea să fie utilizate la capacitate și să se evite prelungirea duratei medii de spitalizare (DMS).
02.01.02.03	C	Sistemul de programare a pacienților nu afectează intervențiile pentru asistența medicală de urgență.
02.01.02.04	C	Spitalul planifică utilizarea paturilor în funcție de dinamica morbidității (rata medie lunară a urgențelor, rata medie lunară a investigațiilor de înaltă performanță etc.) și a resurselor disponibile.

02.01.03	Cr	Spitalul are organizat serviciul de urgențe medicale.
02.01.03.01	C	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.
02.01.03.02	C	Serviciul de urgență - cameră de gardă/compartiment de primire a urgențelor (CPU)/unitate de primire a urgențelor (UPU) este structurat adecvat misiunii acestuia.
02.01.03.03	C	Personalul medical angajat în UPU/CPU are calificarea conform legii și este instruit periodic în special în ce privește atitudinea în urgențele cu o incidență mai scăzută.
02.01.03.04	C	Serviciul de urgență - camera de gardă/UPU/CPU - este organizat eficace și eficient.
02.01.03.05	C	Spitalul monitorizează calitatea serviciilor din camera de gardă/ UPU/CPU.
02.01.04	Cr	Serviciul de primire a pacientului este accesibil și persoanelor cu dizabilități, nevoi speciale sau manifestări agresive.
02.01.04.01	C	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de îngrijiri adecvate.
02.01.04.02	C	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.
02.02	S	Evaluarea inițială urmărește identificarea nevoilor pacientului în contextul cunoașterii expunerii la factori de risc (mediu, sociali,

			economici, comportamentali și biologici) și stabilește traseul
îngrijiri			pacientului pentru toată perioada cât necesită asistență și
			medicale.

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

02.02.01.01	C		În funcție de starea inițială, se decide dacă spitalul poate
prelua			pacientul și 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 pacienților
care			depășesc competențele acestuia și le facilitează accesul la
serviciile			de care au nevoie.

02.02.01.03	C		Situațiile care necesită acordarea de îngrijiri speciale
pacientului			sunt identificate.

02.02.01.04	C		Recunoașterea rezultatelor investigațiilor efectuate în alte
unități			sanitare, precum și repetarea acestora sunt reglementate.

02.02.01.05	C		Rezultatul evaluării pacientului este comunicat acestuia și/sau
			aparținătorilor, după caz.

02.03	S		Managementul cazului este bazat pe utilizarea protocoalelor de
			diagnostic și tratament.

02.03.01	Cr		Protocoalele de diagnostic și tratament sunt fundamentate.
----------	----	--	--

02.03.01.01	C		Elaborarea protocoalelor de diagnostic și tratament este făcută pe
-------------	---	--	--

			baza identificării riscurilor clinice.
02.03.01.02	C	Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat,	conform particularităților cazului.
02.03.01.03	C	Evaluarea eficienței și eficacității protocoalelor se efectuează	periodic.
02.03.01.04	C	Actualizarea protocoalelor se face când evaluările periodice ale eficacității și eficienței acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu.	
02.04	S	Serviciile paraclinice (laborator, medicină nucleară de diagnostic și explorări funcționale) corespund nevoilor de investigare.	
02.04.01	Cr	Întreaga activitate a serviciilor paraclinice este efectuată în colaborare cu medicii clinicieni.	
02.04.01.01	C	Activitatea serviciilor paraclinice este proporțională cu competența clinică asumată.	
02.04.02	Cr	Serviciile paraclinice corespund criteriilor de calitate stabilite.	
02.04.02.01	C	Sistemul de asigurare a calității serviciilor paraclinice, care include toate investigațiile efectuate, este parte a managementului calității spitalului.	
02.04.02.02	C	Calitatea investigațiilor efectuate și neconformitățile sunt monitorizate și utilizate pentru îmbunătățirea permanentă a activității.	



02.04.03	Cr	<p>Serviciile paraclinice răspund necesităților de investigare a pacienților în ceea ce privește accesibilitatea, calitatea și intervalul de timp până la trimiterea lor.</p>
02.04.03.01	C	<p>Intervalele de referință ale rezultatelor examinărilor, valorile de alertă și valorile critice stabilite sunt comunicate odată cu transmiterea rezultatelor.</p>
02.04.04	Cr	<p>Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile reale ale pacientului, monitorizate și evaluate periodic.</p>
02.04.04.01	C	<p>Investigațiile de radiodiagnostic, radiologia intervențională și explorările funcționale sunt justificate și sunt rezultatul colaborării dintre medicul curant și radiolog/specialistul în medicină nucleară.</p>
02.04.04.02	C	<p>Investigațiile de radiodiagnostic, radiologia intervențională și explorările funcționale respectă regulile de bună practică specifice.</p>
02.04.04.03	C	<p>Practica de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorare funcțională respectă ghidurile, procedurile și protocoalele specifice.</p>
02.04.04.04	C	<p>Principiile de bază de radioprotecție, privind optimizarea procedurilor - "în radiodiagnostic: obținerea unei imagini de bună calitate, cu minimum de expunere la radiații", sunt aplicate corect și constant.</p>
02.04.04.05	C	<p>Persoanele care ajută voluntar un pacient sunt informate asupra riscurilor asociate expunerii voluntare și li se asigură protecția necesară.</p>

02.05	S	Radioterapia și/sau medicina nucleară asigură nevoile de tratament    specifice.
02.05.01	Cr	Practica de radioterapie/medicină nucleară este centrată pe nevoile    reale ale pacientului, monitorizată și evaluată periodic.
02.05.01.01	C	Decizia, momentul și desfășurarea procedurilor de radioterapie/ medicale    medicină nucleară sunt justificate prin colaborarea echipei    multidisciplinare.
02.05.01.02	C	Radioterapia/Medicina nucleară respectă regulile de bună practică    specifice.
02.05.01.03	C	Principiile de bază de radioprotecție, privind justificarea    individuală a procedurii - "dacă procedura radioterapeutică nu se    justifică, ea nu se aplică pacientului" - sunt aplicate corect și    constant.
02.05.01.04	C	Procedura radioterapeutică/de medicină nucleară este inițiată numai    dacă sunt întrunite toate condițiile organizatorice care garantează    continuitatea tratamentului în condițiile prevăzute de protocoalele    specifice.
02.05.02	Cr	Radioterapia/Medicina nucleară se efectuează în condiții de siguranță      pentru pacienți și personal.
02.05.02.01	C	Radioterapia/Medicina nucleară se efectuează în condiții de siguranță    pentru pacienți, cu informarea acestora asupra riscurilor asociate    practicii, asigurând și un mediu de lucru sigur pentru personal.

02.05.02.02	C	Principiile de bază de radioprotecție privind optimizarea procedurii - expunere	"în radioterapie: doza optimă în volumul-țintă, cu minimum de la radiații a țesuturilor sănătoase", - sunt aplicate corect și constant.
02.05.02.03	C	Spitalul ia măsuri specifice de radioprotecție în brahiterapie.	
02.05.02.04	C	Spitalul ia măsuri specifice de radioprotecție în medicina nucleară.	
02.05.02.05	C	Persoanele care ajută voluntar un pacient sunt informate asupra riscurilor asociate expunerii voluntare și li se asigură protecția necesară.	
02.06	S	Practica medicală abordează multidisciplinar, integrat și specific îngrijirilor	pacientul, cu asigurarea continuității asistenței și a medicale.
02.06.01	Cr	Evaluarea pacientului urmărește identificarea nevoilor specifice și	evitarea riscurilor.
02.06.01.01	C	Practica medicală se bazează pe plan de management al cazului.	
02.06.01.02	C	Există o corespondență permanentă între examenul clinic al pacientului, investigațiile solicitate și tratamentul indicat.	
02.06.01.03	C	Pacientul este implicat în stabilirea planului de tratament.	
02.06.01.04	C	Planul de management al cazului este comunicat pacientului, accesibil	apartenențelor și personalului implicat în aplicare, fiind acestua pe toată durata spitalizării.

02.06.01.05	C	Personalul medical asigură îngrijirea completă și personalizată a    pacientului.
02.06.01.06	C	Diagnosticul și managementul durerii acute și cronice se fac în    conformitate cu principiul multidisciplinarității.
02.06.02	Cr	Consulturile interdisciplinare sunt o uzanță a practicii medicale.
02.06.02.01	C	Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale,    completă și personalizată.
02.06.02.02	C	Consulturile interdisciplinare sunt fundamentate și consemnate în    foaia de observație (FO).
02.06.02.03	C	Consultarea specialiștilor interni și externi, la solicitarea    pacientului, este analizată și aplicată în interesul exclusiv al    pacientului.
02.06.02.04	C	Spitalul asigură posibilitatea consultării de specialiști externi    prin colaborări/parteneriate.
02.06.03	Cr	Spitalul asigură continuitatea actului medical ulterior evaluării    inițiale.
02.06.03.01	C	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului    medical.
02.06.03.02	C	Starea de sănătate a pacientului este evaluată periodic și pot fi    efectuate reajustări ale planului de management, după caz.
02.06.03.03	C	Pacientul cu risc crescut este identificat și monitorizat pe întreaga

						perioadă a spitalizării.
02.06.03.04	C					Managementul pacientului cu risc crescut este bazat pe particularizarea protocoalelor de practică în beneficiul pacientului.
02.06.04	Cr					Există soluții de rezervă pentru situațiile care ar putea afecta continuitatea actului medical.
02.06.04.01	C					Riscurile asigurării continuității în serviciile critice sunt identificate și comunicate personalului.
02.06.04.02	C					Măsurile aplicate asigură continuitatea în serviciile critice, sunt verificate și îmbunătățite periodic, după caz.
02.06.04.03	C					Personalul este pregătit și evaluat periodic pentru a identifica și a face față situațiilor cu risc.
02.06.04.04	C					Spitalul asigură instruirea multidisciplinară a personalului de îngrijire pentru a face față situațiilor care afectează continuitatea actului medical.
02.07	S					Managementul îngrijirii pacientului este abordat unitar.
02.07.01	Cr					Planul de îngrijire a pacientului este parte integrantă a planului de management al cazului.
02.07.01.01	C					Planul de îngrijire individualizat este întocmit de către asistentul medical, pe baza recomandărilor medicale.
02.07.01.02	C					Planul de îngrijire este adaptat în funcție de evoluția pacientului.

02.07.01.03	C	Planul de îngrijire este comunicat, adoptat și implementat împreună	cu pacientul și/sau aparținătorii/reprezentantul legal.
02.07.01.04	C	La externare se întocmește un plan de îngrijiri care se comunică atât	pacientului/aparținătorilor, cât și medicului de familie/medicului care a trimis pacientul la internare.
02.07.01.05	C	Necesarul de personal medical/de îngrijire este stabilit în funcție de	nevoia de îngrijire a pacientului.
02.07.02	Cr	Mediul de îngrijire susține actul medical.	
02.07.02.01	C	Instituția evaluează și îmbunătățește constant condițiile hoteliere.	
02.07.02.02	C	Instituția evaluează și umanizează constant mediul ambiant.	
02.07.02.03	C	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	
02.07.02.04	C	Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.	
02.07.02.05	C	Deplasarea pacientului în spital se realizează în condiții de	siguranță și confort.
02.07.02.06	C	Curățenia și dezinfecția spațiilor și echipamentelor se realizează în	condiții de eficiență și eficacitate.
02.07.02.07	C	Instituția asigură și își asumă calitatea sterilizării.	
02.07.02.08	C	Alimentația pacientului este stabilită în concordanță cu recomandările	igieno-dietetice corespunzătoare patologiei pacientului.

02.07.02.09	C	Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului.
02.07.02.10	C	Instituția asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă.
02.07.02.11	C	Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciile de alimentație.
02.07.02.12	C	Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.
02.07.02.13	C	Instituția asigură circuitul lenjeriei cu respectarea regulilor de igienă.
02.07.02.14	C	Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciul de spălătorie
02.08	S	Îngrijirea paliativă se adresează pacienților cu boli cronice progresive și familiilor și urmărește îmbunătățirea calității vieții acestora prin ameliorarea suferinței.
02.08.01	Cr	Managementul pacienților cu boli cronice progresive și nevoi de îngrijiri paliative se face individualizat și nediscriminatoriu.
02.08.01.01	C	Nevoile de îngrijiri paliative la pacienții cu boală cronică progresivă sunt identificate prompt și se iau măsuri adecvate.
02.08.01.02	C	Internarea pacienților eligibili se face pe baza deciziei unei comisii multidisciplinare.

02.08.01.03	C	Personalul implicat în îngrijirea pacientului cu boli cronice    progresive are pregătire recunoscută în îngrijiri paliative.
02.08.01.04	C	Durerea și celelalte simptome specifice bolilor cronice progresive    sunt controlate prin metode adecvate.
02.08.01.05	C	Pacienții cu boli cronice progresive "cazuri complexe" primesc    îngrijire paliativă specializată.
02.08.02	Cr	Îngrijirile paliative sunt oferite într-un mediu adecvat, cât mai    dependență  apropiat de mediul familial, adaptat pacienților cu grad de    crescut.
02.08.02.01	C	Infrastructura este adaptată nevoilor speciale ale pacientului în    îngrijirea paliativă (cu grad ridicat de dependență), respectând    intimitatea acestuia.
02.08.02.02	C	Infrastructura permite desfășurarea serviciilor conexe de îngrijire      paliativă.
02.08.03	Cr	Serviciile de îngrijiri paliative asigură îmbunătățirea calității    vieții pentru pacient și familie/aparținători.
02.08.03.01	C	La primirea pacientului în unitatea cu paturi de îngrijiri paliative      se efectuează o evaluare comprehensivă a pacientului/familiei/    aparținătorilor.
02.08.03.02	C	Obiectivele îngrijirii, înțelegerea diagnosticului și prognosticului      sunt evaluate împreună cu pacientul/familia/aparținătorii și    documentate.



02.08.03.03	C	Semnele și simptomele stării terminale se evaluează folosind scale    standardizate și se documentează.
02.08.03.04	C	Planul de management al pacientului este elaborat de echipa  interdisciplinară, pe baza protocoalelor specifice, și actualizat în   pacientului/  funcție de evoluția patologiei/nevoilor în schimbare ale    familiei/aparținătorilor.
02.08.03.05	C	Comunicarea echipei medicale cu pacientul/familia/aparținătorii este    permanentă și parte definitorie a îngrijirii paliative.
02.08.03.06	C	Continuitatea îngrijirilor la externare se face luând în considerare    opțiunile pacientului.
02.08.04	Cr	Asistența medicală paliativă este acordată de o echipă    interdisciplinară.
02.08.04.01	C	Structura minimă a echipei interdisciplinare este compusă din: medic,    farmacist clinician, asistenți medicali, infirmiere, asistent social,    psiholog, îndrumător spiritual.
02.08.04.02	C	Echipa interdisciplinară include, în funcție de necesitățile  pacienților, și alți specialiști, precum: kinetoterapeut, terapeut    ocupațional, terapeut prin joc, dietetician, voluntari etc.
02.08.04.03	C	Personalul clinic din serviciile de îngrijire paliativă participă la    programe de instruire continuă.
02.08.04.04	C	Instituția are un program coerent de monitorizare și menținere a    sănătății muncii personalului implicat în îngrijiri paliative.

02.08.05	Cr	Managementul stării terminale respectă demnitatea și confortul    pacientului, asigurând suport familiei.
02.08.05.01	C	Starea terminală este identificată și este informat pacientul/familia/     aparținătorii.
02.08.05.02	C	Personalul medical respectă protocolul de stare terminală.
02.09	S	Setul de date la nivel de pacient este stabilit astfel încât să și    răspundă nevoilor de diagnostic, tratament și de îngrijiri, precum    monitorizării evoluției bolii.
02.09.01	Cr	Datele medicale stau la baza fundamentării deciziilor actului medical.
02.09.01.01	C	Protocoalele medicale menționează datele necesare a fi culese,    consemnate și monitorizate pe întreaga durată a internării.
02.09.02	Cr	Datele medicale sunt înregistrate corect, complet, în timp real,    evitând redundanțele.
02.09.02.01	C	Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile    acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice    conform specialității.
02.09.03	Cr	Datele medicale sunt accesibile reglementat.
02.09.03.01	C	Informațiile legate de pacient sunt accesibile personalului medical    implicat în rezolvarea cazului, pe tot parcursul internării.
02.09.03.02	C	Informațiile medicale despre pacientul externat sunt accesibile în    timp util.

02.09.03.03	C	Accesul la datele medicale ale pacientului este reglementat pentru    pacient/aparținători.
02.09.03.04	C	Accesul la datele medicale depersonalizate este reglementat.
02.10	S	Managementul farmaceutic și al medicației asigură continuitatea    tratamentului și siguranța pacientului.
02.10.01	Cr	La nivelul spitalului sunt utilizate reguli de prescriere a    medicamentelor și monitorizare a prescrierilor.
02.10.01.01	C	Condițiile de prescriere a medicației sunt stabilite, cunoscute și    monitorizate la nivel de secție și farmacie.
02.10.01.02	C	Prescrierea medicației se face în limitele competenței fiecărei    specialități, ținând cont și de recomandările făcute în urma    consulturilor interdisciplinare.
02.10.01.03	C	Farmacistul clinician este implicat activ în activitatea de prescriere     și monitorizare a medicației.
02.10.01.04	C	Comunicarea farmaciei cu echipa medicală, cerință majoră în    managementul medicamentului
02.10.02	Cr	Infrastructura și organizarea activității farmaceutice susțin    trasabilitatea medicamentelor uzuale.
02.10.02.01	C	Activitățile și responsabilitățile specifice specialității    farmaceutice sunt consemnate corespunzător legislației în vigoare.

02.10.02.02	C	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri	și instrucțiuni de lucru specifice.
02.10.02.03	C	Organizarea și dotarea spațiului de lucru al farmaciei sunt conforme	cu legislația specifică în vigoare, în concordanță cu trasabilitatea medicamentului.
02.10.02.04	C	Circuitul informațional al produselor farmaceutice este respectat.	
02.10.02.05	C	Necesarul de medicamente, materiale sanitare și alte produse farmaceutice este realizat, monitorizat și revizuit împreună cu	consiliul medical.
02.10.02.06	C	Continuitatea aprovizionării farmaciei spitalului cu medicamente este	asigurată și monitorizată.
02.10.02.07	C	Medicația din studiile clinice este păstrată și gestionată în condiții	optime de farmacia spitalului/farmacistul-șef, utilizarea ei fiind monitorizată de farmacistul clinician.
02.10.03	Cr	Managementul medicamentelor cu risc și/sau al celor cu regim special	este reglementat la nivelul farmaciei.
02.10.03.01	C	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor	concentrate de electroliți sunt respectate.
02.10.03.02	C	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea	medicamentelor psihotrope și stupefiante sunt respectate.
02.10.03.03	C	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea	citostaticelor sunt respectate.

02.11	S	Spitalul a implementat bunele practici de antibioterapie.
02.11.01	Cr	Prescrierea de antibiotice este fundamentată medical și asigură trasabilitatea utilizării acestora.
02.11.01.01	C	Prescrierea antibioticelor se face conform ghidurilor de antibioterapie recunoscute și rezultatului antibiogramei, după caz.
02.11.01.02	C	Durata prescrierii se stabilește în funcție de evoluție și este documentată.
02.11.01.03	C	Înregistrările prescrierii unui antibiotic permit trasabilitatea utilizării acestuia.
02.11.02	Cr	Spitalul are organizată activitatea de monitorizare a prescrierii de antibiotice.
02.11.02.01	C	Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.
02.11.02.02	C	Structurile implicate în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilit modalitățile de control al utilizării antibioticelor.
02.11.03	Cr	Farmacia spitalului este implicată direct în respectarea bunelor practici de antibioterapie.
02.11.03.01	C	Farmacia are o procedură proprie de verificare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea antibioticelor.

02.11.03.03	C	Farmacia asigură necesarul și monitorizează consumul de antibiotice și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.
02.11.03.04	C	Farmacia informează periodic prescriptorii privind antibioticele disponibile, precum și consumul de antibiotice realizat pe secții/ compartimente clinice și pe medici.
02.11.04	Cr	Activitatea laboratorului de microbiologie susține respectarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor.
02.11.04.01	C	Laboratorul de microbiologie are proceduri de control al antibiotico- rezistenței și de alertare în cazul apariției unui profil particular de antibioticorezistență.
02.11.04.02	C	Laboratorul de microbiologie informează Serviciul de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale (SSCIN)/Compartimentul de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale (CSCIN), clinicienii și managementul spitalului cu privire la datele de monitorizare a antibioticorezistenței.
02.11.05	Cr	Serviciile clinice au reglementat utilizarea antibioticelor conform bunelor practici.
02.11.05.01	C	Serviciile clinice au implementat protocoale de antibioterapie și antibioprofilaxie urmărind reducerea consumului nejustificat de antibiotice.
02.11.05.02	C	Trasabilitatea prescrierii și utilizării antibioticelor este asigurată prin modalitatea de înregistrare.

02.12	S	Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale și cel al personalului   antibioticorezistenței asigură siguranța pacienților și a spitalului.
02.12.01	Cr	Managementul spitalului coordonează și controlează riscul infecțios.
02.12.01.01	C	Elaborarea programului de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale urmărește existența, însușirea și îmbunătățirea procedurilor referitoare la prevenirea infecțiilor nosocomiale și precauțiunilor universale.
02.12.01.02	C	Șefii sectoarelor de activitate sunt responsabili pentru implementarea   programului de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale.
02.12.01.03	C	Spitalul alocă resurse pentru supravegherea, prevenirea și limitarea   infecțiilor asociate asistenței medicale.
02.12.01.04	C	Spitalul asigură instruirea și responsabilizarea personalului privind   supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței   medicale și a bolilor transmisibile.
02.12.01.05	C	Managementul calității controlează aplicarea procedurilor de asistenței   supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate   medicale și a bolilor transmisibile.
02.12.02	Cr	Precauțiunile standard și barierele de prevenție și izolare pentru   protejarea pacienților, personalului și vizitatorilor sunt   implementate.

02.12.02.01	C	Spitalul are reglementări privind barierele de prevenție și izolare	pentru protecția pacienților și vizitatorilor.
02.12.02.02	C	Spitalul aplică precauțiuni adiționale de reducere a riscului de	transmitere a agenților patogeni la pacienți și vizitatori.
02.12.02.03	C	Spitalul se preocupă de protecția personalului.	
02.12.03	Cr	Coordonarea acțiunilor de supraveghere, prevenție și limitare a transmisibile	infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor este realizată de o structură adaptată mărimii și complexității spitalului.
02.12.03.01	C	Sunt aprobate structura și funcționarea CSCIN/SSCIN în conformitate	cu reglementările legale în vigoare.
02.12.03.02	C	Atribuțiile CSCIN/SSCIN sunt documentate în regulamentul de organizare	și funcționare și în fișa postului, în conformitate cu reglementările legale în vigoare.
02.12.03.03	C	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor	asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.
02.12.04	Cr	Spitalul gestionează riscul infecțios.	
02.12.04.01	C	Gradul de risc infecțios este determinat în toate zonele de activitate	medicală.
02.12.04.02	C	Sunt implementate măsuri specifice de prevenire a riscului infecțios,	concordant cu gradul de risc.



02.12.04.03	C	Sunt identificate manoperele medicale cu risc infecțios și se iau măsuri de prevenire.
02.12.04.04	C	Monitorizarea respectării măsurilor de prevenire a riscului infecțios este organizată și se face permanent.
02.12.04.05	C	Sursele de infecție sunt identificate și monitorizate.
02.12.04.06	C	Pacienții sunt evaluați din punctul vedere al riscului individual de a se infecta în contextul în care vor fi supuși unor manevre de îngrijire care pot fi vectori de transmitere.
02.12.05	Cr	Sunt prevăzute măsuri de diminuare a riscului infecțios privitor la dispozitivele medicale și echipamentele de folosință multiplă.
02.12.05.01	C	Spitalul asigură procesele de pregătire în vederea utilizării în condiții de siguranță a dispozitivelor și echipamentelor medicale.
02.12.05.02	C	Trasabilitatea proceselor de pregătire a dispozitivelor și echipamentelor medicale este asigurată prin modalitățile de înregistrare.
02.12.06	Cr	Laboratorul respectă reguli de diminuare a riscului infecțios pentru personal, probe biologice și pacienți.
02.12.06.01	C	Laboratorul identifică și evaluează riscurile microbiologice și pe baza lor stabilește reguli de bună practică, pe care le monitorizează.
02.12.06.02	C	Personalul de laborator este instruit și evaluat periodic pentru diminuarea riscului infecțios.

02.12.07	Cr	Managementul mediului intraspitalicesc reduce riscul infecțios.
02.12.07.01	C	Sunt identificate zonele cu risc infecțios și se iau măsuri de  prevenire.
02.12.07.02	C	Măsurile de contaminare a mediului de spital se referă la prevenirea  introducerii în spital a unor agenți infecțioși.
02.12.07.03	C	Organizarea activităților spitalului are în vedere diminuarea riscului  infecțios.
02.12.07.04	C	Spitalul respectă metodologiile naționale de supraveghere a bolilor  transmisibile cu potențial nosocomial elaborate de Centrul Național de  Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile.
02.12.07.05	C	Spitalul are reglementări privind barierele de prevenție și izolare  pentru protecția personalului.
02.12.08	Cr	Igiena generală și în special a mâinilor reduce riscul de infecții  asociate îngrijirilor medicale.
02.12.08.01	C	Igiena personală a pacientului contribuie la efectul scontat al  managementului de caz.
02.12.08.02	C	Personalul medical este implicat activ în reducerea riscurilor  asociate prin îmbunătățirea igienei actului medical.
02.12.08.03	C	Informarea și educarea pacientului/apartinătorilor contribuie la  prevenirea riscurilor generate de lipsa igienei.

02.12.09	Cr	Managementul deșeurilor reduce riscul infecțios.
02.12.09.01	C	Spitalul are modalități tehnice de colectare, depozitare, transport și eliminare a deșeurilor.
02.12.09.02	C	Spitalul are implementate măsuri de supraveghere și control al respectării reglementărilor de gestionare a deșeurilor.
02.13	S	Spitalul respectă criteriile de siguranță a pacientului.
02.13.01	Cr	Dubla identificare a pacientului este utilizată constant în practica medicală curentă.
02.13.01.01	C	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.
02.13.01.02	C	Personalul este instruit periodic pentru identificarea corectă a pacienților.
02.13.01.03	C	Pacientul este identificat cu ocazia fiecărei manevre de diagnostic sau terapeutice.
02.13.01.04	C	Pacienții/Aparținătorii sunt informați și încurajați să colaboreze activ pentru funcționalitatea sistemului de identificare, în interesul evitării accidentelor generate de identificarea incorectă.
02.13.01.05	C	Monitorizarea corespondenței dintre rezultatele investigațiilor de laborator și istoricul clinic al pacientului este efectuată.
02.13.01.06	C	Aplicarea identificării pacientului permite eliminarea erorilor de transfuzie.

02.13.02	Cr	Înregistrarea și comunicarea informațiilor legate de medicație în vederea prevenirii riscurilor terapeutice sunt reglementate.
02.13.02.01	C	Înregistrarea și comunicarea informațiilor legate de medicația pacientului atenționează și contribuie la evitarea asocierilor incompatibile sau nerecomandate, precum și la continuitatea tratamentelor în curs.
02.13.02.02 (medicamente potențial a a secțiilor/	C	Depozitarea și utilizarea medicamentelor de risc înalt implicate într-un număr mare de evenimente adverse sau cu grav ridicat, cum ar fi: insulina, heparina, chimioterapicele) sau medicamentelor a căror denumire sau ambalare este asemănătoare cu altor medicamente sunt reglementate la nivelul farmaciei, compartimentelor clinice.
02.13.02.03	C	Depozitarea și utilizarea soluțiilor concentrate de electroliți la nivelul secțiilor/compartimentelor clinice sunt reglementate.
02.13.02.04	C	Personalul medical este pregătit și evaluat periodic referitor la prevenirea riscurilor cu medicația pacientului.
02.13.02.05	C	Informarea și educarea pacientului/aparținătorilor contribuie la prevenirea riscurilor cu medicația.
02.13.03	Cr	Transferul informației și al responsabilităților privind pacientul asigură continuitatea și siguranța managementului cazului.
02.13.03.01	C	Spitalul utilizează un sistem de transfer al informațiilor și responsabilităților legate de managementul cazului.

02.13.03.02	C	Personalul medical este instruit și evaluat periodic pentru utilizarea sistemului de transfer al informațiilor și responsabilităților legate de managementul cazului.
02.13.04	Cr	Spitalul urmărește creșterea siguranței actului chirurgical și anestezic.
02.13.04.01	C	Listele de verificare specifice sunt utilizate curent în practica chirurgicală și anestezică.
02.13.05	Cr	Spitalul urmărește diminuarea riscului cu căderile și efectele asociate.
02.13.05.01	C	Spitalul identifică, previne și gestionează situațiile, locațiile, condițiile cu risc de cădere pentru pacienți/apartinători/personal.
02.13.05.02	C	Spitalul identifică și gestionează pacienții cu afecțiuni generatoare de risc de cădere.
02.13.05.03	C	Informarea și educarea pacientului/apartinătorilor/personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere.
02.14	S	Managementul cazului ia în considerare riscurile clinice.
02.14.01	Cr	Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice.
02.14.01.01	C	La nivelul fiecărui sector de activitate medicală sunt documentate, identificate și evaluate periodic riscurile clinice, parte integrantă a registrului riscurilor.
02.14.01.02	C	Categoriile de pacienți cu risc sunt identificate și sunt semnalizate.

02.14.01.03	C	Sunt aplicate măsuri de diminuare a riscurilor clinice identificate	și sunt evaluate periodic.
02.14.01.04	C	Personalul medical este instruit periodic referitor la riscurile	clinice și măsurile pentru prevenirea lor.
02.14.02	Cr	Riscul infecțios major este o preocupare constantă a managementului	medical.
02.14.02.01	C	Riscul infecțios este identificat și gestionat din momentul evaluării	inițiale a pacientului.
02.14.02.02	C	Riscul infecțios major ține cont de riscul epidemiologic al	pacientului/apartenențelor.
02.14.02.03	C	Sunt identificate manoperele medicale cu risc infecțios și se iau	măsuri de diminuare.
02.14.02.04	C	Riscul infecțios este gestionat în toate zonele spitalului, cu	precădere în zona "curată".
02.14.02.05	C	Personalul medical este evaluat periodic din punctul de vedere al	potențialului infecțios de generare/expunere/portabilitate.
02.14.03	Cr	Diminuarea riscului infecțios include reguli de utilizare a	antibioticelor și controlul antibioticorezistenței.
02.14.03.01	C	Programul de bună practică a utilizării antibioticelor urmărește	antibioticorezistenței. diminuarea riscului infecțios și instalarea

02.14.03.02	C	SSCIN/CSCIN monitorizează antibioticorezistența și diseminează informațiile.
02.14.03.03	C	Antibioprofilaxia este actualizată anual și se bazează pe antibioticorezistența specifică a germeilor din spital.
02.14.04	Cr	Managementul riscului infecțios include măsuri legate de dispozitivele medicale și echipamentele de folosință multiplă.
02.14.04.01	C	Pregătirea și utilizarea dispozitivelor și echipamentelor medicale se desfășoară în condiții de siguranță infectocontagioasă.
02.14.05	Cr	Laboratorul respectă reguli de diminuare a riscului infecțios pentru personal, probe biologice și pacienți.
02.14.05.01	C	Laboratorul identifică și evaluează riscurile microbiologice și pe baza lor stabilește reguli de bună practică, pe care le monitorizează.
02.14.05.02	C	Personalul de laborator este instruit și evaluat periodic pentru diminuarea riscului infecțios.
02.14.06	Cr	Managementul mediului intraspitalicesc reduce riscul infecțios.
02.14.06.01	C	Sunt identificate zonele cu risc infecțios și se iau măsuri de diminuare.
02.14.06.02	C	Organizarea activităților spitalului contribuie la diminuarea riscului infecțios.
02.14.06.03	C	Spitalul respectă metodologiile naționale de supraveghere și combatere a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial.

02.14.06.04	C	Spitalul are reglementări privind barierele de prevenție și izolare	pentru protecția personalului.
02.15	S	Auditul clinic evaluează eficacitatea și eficiența asistenței medicale	
02.15.01	Cr	Analiza rezolvării cazurilor se face prin audit clinic.	
02.15.01.01	C	Misiunile de audit clinic sunt planificate anual.	
02.15.01.02	C	Rezultatele rapoartelor de evaluare periodică a protocoalelor diagnostice și terapeutice sunt utilizate în auditul clinic.	
02.15.01.03	C	Echipa de audit clinic este parte a structurii de management al	calității.
02.15.01.04	C	Coordonatorul echipei de audit clinic a absolvit un curs de auditor	clinic recunoscut de ANMCS.
02.15.01.05	C	Misiuni de audit clinic suplimentare trebuie solicitate de managerul	spitalului atunci când apar evenimente indesezirabile.
02.15.02	Cr	Îmbunătățirea activității medicale se face utilizând rezultatele	auditării clinice.
02.15.02.01	C	Recomandările rezultate în urma auditului clinic sunt utilizate	pentru îmbunătățirea activității medicale.
02.16	S	Externarea pacientului este planificată și coordonată.	
02.16.01	Cr	Externarea este previzionată din momentul internării pacientului și	



			este adaptată în funcție de evoluția clinică.
02.16.01.01	C	La externare, pacientul primește informațiile și documentația necesară	pentru continuarea îngrijirilor.
02.16.01.02	C	Pacientul și aparținătorii sunt implicați pentru stabilirea datei	externării.
02.16.01.03	C	Spitalul îndeplinește procedurile necesare pentru asigurarea	continuității tratamentului inițiat.
02.16.02	Cr	Spitalul are proceduri legate de stări critice sau deces.	
02.16.02.01	C	Demnitatea pacientului aflat în stare critică sau fază terminală este	asigurată prin instituirea tratamentului paliativ, inclusiv al durerii
02.16.02.02	C	Aparținătorii sunt alertați în caz de degradare a stării pacientului,	inclusiv la survenirea decesului.
02.16.02.03	C	Convingerile spirituale/religioase ale pacientului decedat, deciziile	sale anterioare legate de acest eveniment și necesitățile aparținătorilor acestuia sunt luate în considerare.
02.16.02.04	C	Serviciile în caz de deces al pacientului sunt reglementate.	
02.17	S	Managementul stării terminale respectă demnitatea și confortul	pacientului, asigurând suport familiei.
02.17.01	Cr	Personalul medical recunoaște semnele și simptomele stării terminale,	oferind confort pacientului și sprijin familiei/aparținătorilor.

| 02.17.01.01| C |Starea terminală este identificată și este informat  
pacientul/familia/| |apartinătorii.

| 02.17.01.02| C |Personalul medical respectă protocolul de stare terminală.

| 03| R |ETICA MEDICALĂ ȘI DREPTURILE PACIENTULUI

| 03.01| S |Spitalul promovează respectul pentru autonomia pacientului.

| 03.01.01| Cr |Conformitatea practicii medicale cu normele etice și legale care  
se | aplică consimțământului informat (CI) este reglementată.

| 03.01.01.01| C |Spitalul reglementează obținerea CI.

| 03.01.01.02| C |Identificarea vulnerabilităților în procesul obținerii  
| consimțământului informat al pacienților este o preocupare a  
|personalului medical.

| 03.01.01.03| C |Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor  
vulnerabilităților | identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.

| 03.01.02| Cr |Spitalul prevede măsuri pentru conformitatea practicii medicale cu  
|normele etice și legale care se aplică confidențialității datelor  
|medicale ale pacientului.

| 03.01.02.01| C |Respectarea confidențialității și verificarea ei de către  
personalul | medical sunt unitar respectate.

| 03.01.02.03| C |Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor  
vulnerabilităților | identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor  
|medicale.

03.02	S	Spitalul respectă principiul echității și justiției sociale și    drepturile pacienților.
03.02.01	Cr	Spitalul are politici de prevenire a discriminării în acordarea    serviciilor medicale.
03.02.01.01	C	Spitalul reglementează prevenirea discriminării.
03.02.02	Cr	Spitalul asigură accesul la informațiile medicale personale.
03.02.02.01	C	Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția    pacientului/apartinătorilor/ împuterniciților/autorităților autorizate     documentele medicale solicitate.
03.02.03	Cr	Spitalul asigură dreptul pacientului la a doua opinie medicală.
03.02.03.01	C	Spitalul reglementează condițiile în care pacienții pot beneficia de a   doua opinie medicală, inclusiv de la medici care nu sunt angajați ai      spitalului.
03.02.04	Cr	Spitalul este preocupat de protecția pacienților în relația cu mediul      extern.
03.02.04.01	C	Spitalul reglementează modalitatea de acces al mass-mediei în    instituție și la pacienți.
03.02.04.02	C	Spitalul protejează pacientul de intruziunile externe.
03.02.05	Cr	Spitalul permite înregistrarea audio/foto/video a pacienților în scop      medical/didactic/de cercetare și pentru evitarea acuzațiilor de

			malpraxis.
03.02.05.01	C	Spitalul asigură condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/	video în scop medical/didactic/de cercetare și instruirește personalul
			medical în acest sens.
03.03	S	Spitalul promovează principiile binefacerii și nonvătămării.	
03.03.01	Cr	Spitalul impune limitarea practicii la sfera de competență deținută	în cadrul specialității.
03.03.01.01	C	Spitalul asigură pentru fiecare secție personalul medical cu	competență specifică.
03.03.02	Cr	Depășirea limitelor competenței este permisă în interesul pacientului.	
03.03.02.01	C	Depășirea competențelor medicale este permisă în urgențe și catastrofe	cu risc imediat vital, în cazuri de degradare ireversibilă a stării de
		sănătate și în situații în care personalul cu competență specifică	este indisponibil în timp util.
03.03.02.02	C	Depășirea competențelor medicale este permisă în limitele	protocoalelor de practică în afara specialității.

## CAP. IV

### Metode utilizate pentru acreditarea spitalelor

#### ART. 6

(1) Evaluarea internă (autoevaluarea) constă în prezentarea unor informații generale despre spital, despre serviciile oferite, indicatorii de performanță și monitorizare ai acestuia și a altor informații specifice cerute de către ANMCS atât în perioada premergătoare vizitei de evaluare, cât și după încheierea acesteia, pe tot parcursul valabilității certificatului de acreditare.

(2) Evaluarea externă constă în vizitarea propriu-zisă a spitalului de către comisia de evaluare și are următoarele etape principale:

a) ședința de deschidere, care are drept obiective prezentarea membrilor comisiei de evaluare, respectiv a echipei manageriale a spitalului, prezentarea agendei detaliate a vizitei în spital, prezentarea persoanelor desemnate pentru asigurarea accesului în toate zonele spitalului (pe perioada evaluării) și alte aspecte organizatorice;

b) ședința de informare de la începutul fiecărei zile, organizată de echipa de evaluatori cu sprijinul conducerii spitalului. Obiectivul acestui tip de întâlnire este de a facilita conducerea spitalului urmărirea și înțelegerea la zi a procesului de evaluare și prezentarea unei informări de către evaluatori privind vizita din ziua precedentă;

c) activitatea fiecărui evaluator urmărește îndeplinirea obiectivelor specifice care i-au revenit în cadrul comisiei de evaluare și constă în aprecierea proceselor care au loc în cadrul spitalului, realizându-se prin aplicarea metodelor și tehnicilor de colectare a datelor. Această activitate are în vedere pacientul, de la primirea și spitalizarea sa, îngrijirile, tratamentele și serviciile pe care le capătă pe parcursul perioadei de internare, înscrierea acestora în foaia de observație și în celelalte acte și înscrisuri medicale, până la externare;

d) ședința de informare finală are drept obiectiv prezentarea rezultatelor vizitei de evaluare;

e) pregătirea proiectului raportului de evaluare începe în timpul vizitei de evaluare, prin întâlniri regulate ale evaluatorilor. Practic, fiecare evaluator compilează, analizează și organizează datele colectate, astfel încât acestea să poată fi ulterior integrate în proiectul raportului de evaluare.

#### ART. 7

Tehnicile și instrumentele utilizate în timpul vizitei de evaluare a spitalelor sunt:

1. Tehnici de colectare a datelor:

a) verificarea - realizându-se prin comparație, examinare, recalculare, punere de acord;

b) observarea directă - constând în urmărirea la fața locului a existenței unor cerințe sau a derulării unei activități, fără ca aceasta să fie perturbată de evaluator;

c) focus-grupul - ca tehnică de cercetare a calității, prin care membrii unui grup de persoane format din reprezentanți ai spitalului și membrii comisiei de evaluare, într-un timp limitat, își exprimă opiniile referitoare la subiectele avute în discuție;

d) analiza - constând în identificarea elementelor-cheie ale unui proces și examinarea acestora pe părți componente;

e) traseul pacientului - ca tehnică prin care se urmărește identificarea experiențelor pacientului în perioada de spitalizare, constând în selectarea unuia sau a mai multor pacienți, aflat/aflați în spital la momentul vizitei, iar evaluatorul îi/le va urmări traseul de la internare până în momentul vizitei de evaluare, inclusiv prin analiza foii de observație.

2. Principalele instrumente utilizate pentru acreditarea spitalelor sunt:

a) programul vizitei de evaluare - cuprinzând etapele orare și obiectivele de îndeplinit ale misiunii de evaluare;

b) minuta de ședință - ce cuprinde aspectele importante discutate de evaluatori și reprezentanții spitalului evaluat;

c) lista documentelor solicitate - reprezentând înșiruirea documentelor de care evaluatorii au nevoie în timpul procesului de evaluare;

d) chestionarul administrat pacienților și aparținătorilor - ca instrument aplicat la nivel individual ce cuprinde un set de întrebări cu răspunsuri închise, care se aplică numai după

obținerea consimțământului și după ce s-au dat toate asigurările în privința garantării confidențialității și anonimatului;

e) chestionarul administrat personalului angajat al spitalului - ca instrument aplicat la nivel individual ce cuprinde un set de întrebări cu răspunsuri închise, care se aplică numai după obținerea consimțământului și după ce s-au dat toate asigurările în privința garantării confidențialității și anonimatului;

f) listele de verificare - ce vor fi utilizate în vederea eficientizării activității evaluatorilor;

g) fișele de identificare și evidențiere a disfuncționalităților - privind consemnarea unor stări de fapt constatate cu ocazia vizitei de evaluare și care sunt semnate pentru conformitate și de reprezentantul desemnat al spitalului;

h) fișa de constatare a situațiilor deosebite - ca un act unilateral întocmit de evaluatori, care este transmisă președintelui ANMCS și care poate atrage întreruperea vizitei de evaluare;

i) fișa de autoevaluare - document elaborat de către structurile de specialitate ale ANMCS care conține informații generale despre spital, despre serviciile oferite, indicatorii de performanță și de monitorizare ai acestuia;

j) lista documentelor obligatorii solicitate de către ANMCS cuprinde documentele obligatorii a fi prezentate de către spital, a căror existență și conformitate reprezintă o condiție obligatorie pentru începerea vizitei de evaluare;

k) plan de conformare - document trimis de către ANMCS spitalului aflat în procedura de acreditare prin care se comunică acestuia neconformitățile constatate care nu permit începerea vizitei de evaluare.

#### **ART. 8**

ANMCS va publica pe pagina sa de internet referințele, standardele, criteriile, cerințele și instrumentele de verificare, actualizate și comunicate constant Ministerului Sănătății.

-----