



AUTORITATEA NAȚIONALĂ  
DE MANAGEMENT AL  
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE



**CAPITOLUL / REFERINȚA 1**  
**„MANAGEMENTUL STRATEGIC SI ORGANIZAȚIONAL”**  
**(MSO)**



## STANDARDE MSO

<b>STANDARD 1</b>	<b>Strategia și managementul strategic al organizației sunt concordante cu nevoia de îngrijiri de sănătate și cu dinamica pieții de servicii de sănătate.</b>
<b>STANDARD 2</b>	<b>Structura și managementul organizațional asigură derularea optimă a tuturor proceselor de acordarea a asistenței și îngrijirilor medicale.</b>
<b>STANDARD 3</b>	<b>Managementul financiar și administrativ răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului</b>
<b>STANDARD 4</b>	<b>Sistemul informațional este organizat pentru a răspunde nevoilor de colectare a datelor și partajare eficace și eficientă a informațiilor în mediul intern și extern</b>
<b>STANDARD 5</b>	<b>Sistemul de comunicare existent la nivelul spitalului răspunde nevoilor organizației și ale beneficiarilor</b>
<b>STANDARD 6</b>	<b>Sistemul de management al calității vizează optimizarea continuă a proceselor de la nivelul organizației.</b>
<b>STANDARD 7</b>	<b>Managementul riscului este o componentă a managementului organizațional</b>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
<b>Strategia și managementul strategic al organizației sunt concordante cu nevoia de îngrijiri de sănătate și cu dinamica pieții de servicii de sănătate.</b>	Strategia (Planul strategic) se bazează pe analiza nevoilor de îngrijire ale populației și a pieței de servicii.	Organizația a realizat (a utilizat) o analiză privind nevoile de îngrijire a populației careia de adresează și a pieței de servicii de sănătate din localitate/județ.	Analiza documentată privind nevoile de îngrijire a populației și piața serviciilor de sănătate din localitate/județ, existentă.
			Numărul de indicatori calitativi utilizați în analiza nevoilor de îngrijire ale populației și a pieței de servicii.
		Rezultatele analizei privind nevoile de îngrijire a populației și piața de servicii se regăsesc în formularea obiectivelor strategice ale spitalului	Nevoile de îngrijire ale comunității deservite, identificate în cuprinsul analizei .
			Obiectivele stabilite în cuprinsul strategiei (Planului strategic), concordante cu nevoile de îngrijire a populației rezultate din analiză.
<b>Strategia (Planul strategic) elaborată de către organizație este asumată la toate nivelurile de decizie.</b>	Strategia (Planul strategic) organizației este integrată în strategia de dezvoltare locală și regională și în concordanță cu Strategia din Sănătate.	Strategia (Planul strategic) este formalizată, aprobată și cunoscută la nivelul organizației.	Obiectivele stabilite în strategie (Planul strategic), corelate cu obiectivele strategiei la nivel județean/regional și național. Documentul formalizat privind strategia (Planul strategic), existent.
			Documentul emis de către autoritatea tutelară privind aprobarea strategiei (Planului strategic), existent și conform.
			Tabele cu semnăturile de luare la cunoștință ale responsabililor sectoarelor de activitate, existente.
<b>Strategia se implementează cu participarea tuturor sectoarelor de activitate.</b>	La nivelul organizației există o echipă responsabilă cu evaluările periodice (Comitet director etc.) activă .		Decizia de constituire a echipei responsabile, existentă.
			Frecvența întâlnirilor echipei responsabile, stabilită.
			Rapoarte periodice de analiză ale echipei responsabile adresate conducerii, existente.
		Șefii tuturor sectoarelor de activitate analizează periodic nivelul de realizare a obiectivelor strategice.	Indicatori de analiză a gradului de implementare a strategiei (Planului strategic), stabiliți.
			Procese-verbale/ rapoarte de analiză periodică privind gradul de realizare a obiectivelor strategice, existente.
			Propuneri ale șefilor sectoarelor de activitate, consemnate (în procesele-verbale/rapoartele de analiză). Gradul de realizare a obiectivelor strategice, analizat periodic de către autoritatea tutelară.

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		Planificarea anuală a activităților are în vedere obiectivele strategice stabilite.	<p data-bbox="1637 105 2159 161">Planurile anuale ale organizației, existente.</p> <p data-bbox="1637 161 2159 217">Obiectivele stabilite în planurile anuale, corelate cu obiectivele strategice.</p> <p data-bbox="1637 217 2159 300">Obiective stabilite pentru fiecare sector de activitate, corelate cu obiectivele din Planurile anuale.</p> <p data-bbox="1637 300 2159 383">Grafic Gant de desfășurare a activităților pentru fiecare dintre sectoarele de activitate, existent și respectat.</p> <p data-bbox="1637 383 2159 466">Obiectivele stabilite pentru fiecare sector de activitate, îndeplinite în ultimul an calendaristic încheiat .</p> <p data-bbox="1637 466 2159 549">Proiectele de dezvoltare inițiate sau aflate în derulare la nivelul organizației, corelate cu obiectivele strategice asumate.</p>
	Strategia vizează îmbunătățirea calității serviciilor și siguranța pacienților.	Prin strategie, s-a impus, ca prioritate, îmbunătățirea calității și a siguranței pacienților la nivel de organizație.	<p data-bbox="1637 549 2159 632">Minim 1 obiectiv strategic privind calitatea serviciilor și siguranța pacienților, fundamentat în cuprinsul strategiei (Planului strategic).</p> <p data-bbox="1637 632 2159 715">Parteneriate și/sau convenții cu alte organizații/instituții medicale sau medico-sociale, locale, județene sau naționale, implementate .</p> <p data-bbox="1637 715 2159 798">Numărul angajaților care au participat la cursuri, programe de formare/perfecționare în domeniul calității serviciilor/Numărul total de angajați.</p> <p data-bbox="1637 798 2159 877">Ghiduri și protocoale utilizate în practica medicală, pentru realizarea obiectivelor strategice privind calitatea.</p>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator	
<b>Std. 1.2 Structura și managementul organizațional asigură derularea optimă a tuturor proceselor de acordarea a asistenței și îngrijirilor medicale.</b>	Structura organizatorică este documentată, analizată și după caz, actualizată periodic.	Documentele privind structura organizatorică aprobate și în termen de valabilitate.	Documentul privind structura, organigrama și statul de funcții, aprobate și corelate.  ROF și RI existente și conforme.	
		Conducerea evaluează periodic structura organizației în raport cu cererea de servicii de îngrijire a sănătății populației.	Indicatorii de utilizare a serviciilor, existenți și actualizați anual în contractul de management și contractele de administrare.  Indicatorii de utilizare a serviciilor din contractul de amangement și contractele de administrare, analizați cel puțin semestrial. Procese-verbale/rapoarte de analiză a structurii și cererii de îngrijiri, existente.	
		Conducerea analizează periodic modul de desfășurare a proceselor de la nivelul organizației și actualizează în consecință structura organizatorică.	Indicatorii de performanță a unității, existenți și actualizați anual în contractul de management și contractele de administrare.  Indicatorii de performanță a unității din contractul de amangement și contractele de administrare, analizați cel puțin semestrial. Documentele privind eventualele măsuri de modificare a structurii adoptate în consecința analizelor periodice, existente.	
		Politica de resurse umane este documentată și adaptată nevoilor privind organizarea și funcționarea unității.	Conducerea spitalului stabilește necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor.	Structura și distribuția personalului (categorii și număr), analizată periodic.  Decizii privind redistribuirea personalului, ca rezultat al analizelor periodice. Volumul de activitate (ture, gărzi, program prelungit, mediu cu noxe etc) asigurat prin repartizarea echilibrată a personalului pe toate sectoarele.
			Conducerea organizației analizează anual structura posturilor și dispune măsuri pentru adaptarea acestora la nevoile identificate.	Analiza anuală a structurii posturilor.  Decizii privind măsurile dispuse ca urmare a analizei anuale.
			Conducerea organizației asigură elaborarea și implementarea unui Plan anual de selecție, recrutare și dezvoltare profesională a personalului.	Plan anual de selecție și recrutare, implementat.  Numărul posturilor scoase la concurs/Numărul total de posturi vacante (inclusiv temporar vacante), în ultimul an calendaristic încheiat. Plan anual de dezvoltare profesională, implementat. Parteneriate/convenții cu instituții sau organizații autorizate pentru susținerea programelor de formare și dezvoltare profesională, implementate. Numărul angajaților care au participat la cursuri, programe de dezvoltare profesională/Numărul total de angajați, în ultimul an calendaristic încheiat.

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
	Structurile functionale de la nivelul unității (comisii, comitete, consilii) sunt constituite si operationale, asigurand integrarea proceselor si consolidarea controlului intern.	Structurile functionale de la nivelul unității (comisii, comitete, consilii) sunt constituite și active.	Decizii de constituire existente și actualizate. ROF ale structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) existente si implementate (sau existența distinctă a secțiunilor specifice în ROF-ul unității). Fișele de post ale personalului, membrii în structurile funcționale (comisii, comitete, consilii) actualizate.
		Activitatea structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul unității asigură fundamentarea procesului decizional.	Activitatea desfășurată de structurile funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul unității înregistrată (consemnată) și accesibilă.
	Unitatea deține toate autorizatiile specifice și avizele, actualizate după caz.		Decizii care au la bază rezultatele activității (propunerile) structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul unității, existente și implementate. Autorizațiile specifice, existente și actualizate. Avizele specifice, existente și în termen de valabilitate. Documentele justificative pentru autorizațiile sau avizele aflate pe circuitul de aprobare, după caz.
	Procesul decizional de la toate nivelele de mangement, are în vedere condițiile specifice de organizare si functionare ale unității.	Conducerea unității asigura participarea angajaților la procesul decizional si documentarea corecta a acestuia.	Documente justificative pentru luarea deciziilor, existente și accesibile. Existenta deciziilor formalizate și corelate cu documentele justificative. Registru pentru înregistrarea deciziilor, existent și la zi.
		Procesul decizional se desfășoară în condiții de transparență.	Documente justificative privind consultarea șefilor sectoarelor de activitate și a reprezentanților angajaților în procesul decizional. Deciziile aplicabile activității, cunoscute de către angajații implicați în desfășurarea acesteia.
	Cr 6. Unitatea are organizat și funcțional un sistem de control managerial intern.	Comisia de control managerial intern este constituită și activă.	Decizia de constituire a Comisiei de control managerial intern, existentă și implementată. Fișele de post ale angajaților, membrii ai Comisiei de control managerial intern, actualizate. Procedurile de sistem de la nivelul unității, avizate de Comisia de control managerial intern. Registrul riscurilor de la nivelul unității, avizat de către Comisia de control managerial intern.

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator		
<b>Managementul financiar și administrativ răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului</b>	Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului sustine realizarea planului anual de servicii	Bugetul este întocmit prin fundamentarea cheltuielilor	Șefii sectoarelor de activitate fac propuneri de fundamentare a cheltuielilor		
			Previțiunile bugetare de venituri și cheltuieli și planul de investiții sunt în conformitate cu obiectivele înscrise în strategie		
			Planificarea cheltuielilor este în concordanță cu planul anual de servicii și cu planul anual de achiziții		
			Spitalul analizează periodic veniturile realizate	Există o analiză a veniturilor realizate în funcție de tipul/numărul/ complexitatea serviciilor planificate	
				Analiza simultană atât a costurilor cât și a veniturilor realizate - la nivel de spital, la nivel de secții și compartimente și la nivel de pacient	
				Măsuri implementate în urma analizei efectuate	
			Spitalul asigură realizarea planului anual de investiții conform bugetului	Investiții realizate conform planului anual	
				Concordanța dintre valoarea investiției și bugetul alocat	
			<b>Bugetul este actualizat periodic din perspectiva eficientizării procesului de furnizarea a serviciilor</b>	Analiza periodică a procesului de furnizare a serviciilor cu participarea tuturor nivelurilor de management	Indicatori de performanță financiară asumați la toate nivelurile de management
					Analiza periodică a costurilor în vederea eficientizării cheltuielilor
	Adoptarea măsurilor de ajustare în funcție de rezultatele analizei	Plan de măsuri de ajustare			
<b>Asigurarea continuității în aprovizionarea sectoarelor de activitate</b>	Spitalul întocmește și actualizează lista produselor și serviciilor critice	Lista produselor și serviciilor critice			
		Spitalul realizează analiza periodică a stocurilor	Metodologie privind gestiunea stocurilor		
		Responsabil desemnat cu analiza stocurilor			
		Activitatea de reînnoire a stocurilor pentru produse critice este procedurată			
	Spitalul monitorizează funcționalitatea serviciilor critice	Contracte de furnizare a serviciilor critice, valabile în momentul evaluării			
	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul	Concordanța dintre calitatea și cantitatea produselor și serviciilor solicitate și a celor recepționate			
		Graficul de aprovizionare a sectoarelor de activitate cu produse și servicii			
Spitalul asigură aprovizionarea cu produse și servicii pentru cazuri excepționale	Aprovizionarea în situații excepționale este procedurată				

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
<b>Sistemul informațional este organizat pentru a raspunde nevoilor de colectare a datelor si partajare eficace si eficienta a informatiilor in mediul intern si extern</b>	Sistemul de informații corespunde necesităților instituției	Proiectarea sistemului informațional a luat in calcul nevoile informationale ale tuturor sectoare de activitate si solicitarile externe (formale sau informale)	Planul de dezvoltare al sistemului informational cuprinde descrierea necesarului de resurse informationale, de acces la tehnologia informatională si de comunicatii pentru toata activitatea desfasurata
			Sefii sectoarelor de activitate sunt implicati in definirea nevoilor informationale ale organizatiei
			Scalabilitatea si complexitatea solutiilor de tehnologizare implementate sunt documentate in Planul de dezvoltare al sistemului informational si acopera toate structurile organizatiei
		Factorii decizionali asigura cadrul aplicarii principiilor de utilizare si manageriere a informatiilor;	Evaluarea si compararea efectelor cantitative si calitative ale sistemului informational cu costurile realizarii si functionarii lui realizata constant
			Interoperabilitatea informatională este definita in Planul de dezvoltare al sistemului informational astfel incat datele privind activitatea medicală, cele privind activitatea economico - finaciară și cea administrativă să permită realizarea unui „tablou de bord” care sa sustina actul decizional
<b>La nivelul spitalului sunt reglementate proprietatea, confidentialitatea, integritatea si securitatea datelor</b>	Politica spitalului privind securitatea datelor respecta legislatia in vigoare		Unitatea este inregistrata ca operator de date cu caracter personal
			Politica de Securitate a Sistemului Informational reglementeaza modalitatea prin care proprietatea datelor este asigurata in raport cu terti colaboratori
		Accesul la informatii, prelucrarea si protectia acestora sunt reglementate pentru fiecare categorie profesionala	Regulamentul intern prevede conditiile in care salariatii sau fostii salariatii au voie sa utilizeze sau sa transmita date
			Contractele individuale de munca au prevazuta clauza de confidentialitate asupra gestionarii informatiilor
			Regulament/procedura de asignare a accesului la informatii pe categorii profesionale si pentru fiecare persoana angajata in parte indiferent de categoria in care se incadreaza, implementata
	Activitatea de acces si utilizare a informatiilor procedurata pe tipuri de informatii si scopul utilizarii		
	Integritatea informatiilor asigurata prin utilizarea filtrelor de verificare succesive		

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		Monitorizarea respectarii prevederilor legiferate intern si extern cu privire securitatea informatiilor	Programul anual de audit intern al spitalului cuprinde tematici cu privire la securitatea informatiilor
			Plan de măsuri tehnice și organizatorice adecvate pentru protejarea și arhivarea datelor (fizic și electronic) cu caracter personal și medical (împotriva distrugerii accidentale sau ilegale, pierderii, modificării, dezvăluirii sau accesului neautorizat, inclusiv accesul fizic la server, precum și împotriva oricărei alte forme de prelucrare ilegală), revizuit anual
	Spitalul are un sistem standardizat de culegere al informatiilor	Documentele sunt concepute intr-o forma unitara si sunt complet asumate	Spitalul are un sistem de management al documentelor implementat
			Documentelor utilizate in spital au prevazut un mecanism de aprobare si asumare pe nivele de competenta
		Spitalul are un sistem standardizat de inregistrare a pacientilor.	Identificarea si localizarea unui pacient in spital se face pe baza unui cod unic alocat pacientului
			Transmiterea Buletinelor de analiza si/sau investigatii se realizeaza pastrand confidentialitatea rezultatelor
			Sistemul de codificare (coduri de diagnostic, proceduri, simboluri, definitii, etc ) respecta reglementarile nationale
	Tehnologiile medicale dedicate gestionarii datelor sunt evaluate periodic si sunt testate inaintea implementarii	Funcția de administrare a sistemului informatic este asigurata	Administratorul de sistem informatic asigura managementul conturilor de utilizatori pentru aplicatiile informatice, conform reglementarilor interne
			Numarul de utilizatori activi ai sistemului informatic inscrisi in evidentele administratorului de sistem/Nr. total personal (inclusiv medici rezidenti)
			Fiecare utilizator al Sistemului informatic poate sa-si gestioneze din contul sau propria parola
			Administratorul de sistem tine în permanență o listă actualizată a tuturor echipamentelor hardware din sistem si a licentelor pentru componentele software
			Mediile de stocare (serverele pe care se stochează informatiile) se află în spații securizate, protejate de măsuri de securitate fizică (DA/NU)
			Numarul de licente pentru sisteme de operare server active/Numarul de servere care deservesc sistemul informatic si de comunicatii (valoarea numerica )
			Numarul de licente valide si active pentru sistemele de operare, ex. Windows ulterior XP/Numarul de sisteme de calcul disponibile (valoarea numerica)
			Mentenanța sistemului informatic este asigurata pentru fiecare componenta (software, hardware si de comunicatii)

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		Sefii sectoarelor de activitate sunt implicati in alegerea, implementarea si evaluarea tehnologiilor medicale;	Raportul anual de audit intern pe sistemul informational cuprinde constatările si recomandările utilizatorilor tehnologiilor informationale
			Exista implementat un portal (intern, tip help - desk, forum) prin care utilizatorii pot semnala problemele pe care le intampina in utilizarea sistemului informatic, pot propune imbunatatiri, emite pareri, etc
		Tehnologiile medicale sunt analizate si testate inaintea implementarii, cu asigurarea confidentialitatii si securitatii datelor	Documentul justificativ elaborat pentru implementarea fiecărei componente a sistemului informatic cuprinde informatii cu privire la valorile parametrilor de functionare in faza de testare a aplicatiilor
		Tehnologiile medicale sunt evaluate periodic din punct de vedere al utilitatii, eficientei si sigurantei pacientului.	Exista un model de chestionar pentru masurarea gradului de satisfactie in utilizarea sistemului informatic implementat
			Utilizarea chestionarelor si macheteleor privind implementarea si evaluarea tehnologiilor medicale este o tehnica uzuala in auditarea sistemului informatic
	<b>Culegerea si pastrarea informatiilor asigura protectia impotriva accesului, manipularii, utilizarii neautorizate si a pierderii sau distrugerii acestora</b>	Documentele privind pacientii aflati intr-un proces de evaluare si/sau tratare sunt pastrate doar in zone cu acces restrictionat si in conditii corespunzatoare	Procedura de gestiune a FOCG mentioneaza explicit locul de pastrare a documentelor medicale ca fiind o zona cu acces numai pentru personalul medical
			Pentru pacientii cu afectiuni cronice aflati in evidenta spitalului exista organizat un fisier separat cu acces restrictionat pentru personalul medical
			Zonele in care se pastreaza FOCG-urile pe perioada spitalizarii sunt prevazute cu spatii special amenajate pentru pastrarea documentelor medicale
		Spitalul asigura sisteme de back-up	Aplicatiile informatice sunt prevazute cu sisteme automate de back-up al bazelor de date
			Back-up functional pentru sistemul informatic
		Spitalul asigura controlul utilizarii sistemelor informatice	Gestionarea accesului la sistemul informatic este reglementata
			Aplicatiile informatice care acceseaza date cu caracter personal au setata secventa de delogare automata a utilizatorilor care nu utilizeaza aplicatia de un anumit timp
		Inregistrările permit identificarea autorului si a momentului efectuării lor	Aplicatiile informatice au implementat un sistem de auditare al inregistrărilor prin stocarea informatiilor cu privire la utilizatorul si momentul in care a fost efectuata o operatiune in baza de date
		Arhivarea documentelor, informatiilor si inregistrărilor este reglementata	Exista un nomenclator arhivistic care prevede termenul de pastrare
			Documentele sunt amprentate cu termenul de pastrare
			Procedura de arhivare a documentelor implementata
		Conditii de pastrare a documentelor si arhivelor electronice respecta normele legale	Sistem de evidență fizic și/sau electronic a documentelor arhivate, existent

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
			Distrugerea sau degradarea documentelor arhivate prevenite prin condițiile de păstrare.
			Modalitatea de arhivare permite o accesare facilă a documentelor (ex: an/alfabetic/secție).
			Condiții de securitate pentru arhivarea fizică a FO împotriva distrugerii accidentale sau ilegale, pierderii, modificării, dezvăluirii sau accesului neautorizat precum și împotriva oricărei alte forme de prelucrare ilegală, asigurate.
		Metodele de distrugere a inregistrarilor sunt proiectate in asa fel incat sa nu compromita confidentialitatea si securitatea datelor	Propunerile de casare cuprind un desfasurator al documentelor propuse la casare si sunt aprobate de conducerea unitatii
			Exista certificate de predare, transport si distrugere pentru fiecare episod de casare a documentelor ce contin date cu caracter personal in ultimii 3 ani
	Informatia poate fi furnizata in timp util, in formate utilizabil de catre beneficiar	Datele si informatiile furnizate corespund cerintelor beneficiarilor	Diseminarea informatiilor este procedurata si exista anexate formatele de rapoarte uzuale, este specificata frecventa acestora, metodologia de completare pentru fiecare sector de activitate
			Exista un inventar al rapoartelor emise in spital corelat cu solicitarile interne si/sau externe
			Personalul medical are acces la baza de date in toate locatiile unde desfasoara activitate medicala
			Managementul are acces in timp real la datele si infomatiile necesare indeplinirii responsabilitatilor
			Pentru fiecare informatie poate fi identificat momentul solicitarii si momentul emiterii raspunsului
	Sistemul informational este monitorizat si evaluat constant	Utilizatorii sistemului informational sunt pregatiti si au instruirea necesara pentru a utiliza informatiile	Repetitivitatea actiunilor de audit intern din ultimii 3 (trei) ani cu tematica pe sistemul informational poate fi documentata
			Planul de formare profesionala cuprinde sesiuni de instruire dedicate Structurii de Securitate a Sistemului Informational si de Comunicatii cu tematica legislativa aplicabila domeniului
			Planul de formare este coroborat cu nevoile de date si informatii individuale si ale postului pentru fiecare categorie profesionala
			Instruirea personalului pentru utilizarea bazelor de date, efectuată conform planificării
			Responsabilii cu asigurarea Securitatii Sistemului Informational si de Comunicatii au fost instruiti pentru gestionarea si managementul informatiilor

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		<p>Masurile pentru ameliorare riscurilor/deficientelor/disfunctionalitatilor au la baza rezultatele evaluarii</p>	<p>Exista raport lunar privind evenimentele aparute in sistemul informational</p> <p>Exista evidente lunare pentru interventii si dezvoltare aplicatiile informatice</p> <p>Riscurile aferente sistemului informatic in raport cu fiabilitatea, complexitatea si scalabilitatea acestuia sunt identificate si au stabilite masuri corective</p> <p>Registrul riscurilor pentru sistemul informational a fost actualizat cel putin o data in ultimii 2 ani in raport cu disfunctionalitatile si deficientele semnalate</p>
	<p>Instituția are ca prioritate o politică integrată de gestionare a datelor pacientului</p>	<p>Gestiune corecta a datelor pacientului permite adaptarea constanta a ingrijirilor pacientului la nevoile acestora</p>	<p>Procedură pentru consemnarea în toate documentele medicale (FO, FSZ, Bilet externare, Scrisoare medicală, Bilet transfer, DES) a incidentelor apărute în cursul spitalizării, cauzate tratamentului, investigațiilor (reacții alergice, reacții adverse, lipsă răspuns tratament, efecte secundare etc.) sau altor factori, implementată.</p>
			<p>evoluția clinică consemnată zilnic în FO</p> <p>solicitarea pentru consultul de altă specialitate, consemnată în FO.</p> <p>rezultatele investigațiilor paraclinice, atașate FO</p> <p>transferul către o altă unitate medicală, motivat în FO.</p>
			<p>îngrijirile și administrarea tratamentului/tratamentelor consemnate zilnic în zona dedicată a FO/fișa de tratament-terapie parte a FO</p> <p>prelucrarea datelor medicale din documentele medicale (FO/FSZ etc.) în scopul îmbunătățirii activității medicale, efectuată constant.</p>
			<p>număr de FO cu (1)data și ora internării, (2)tipul internării, (3)criteriul de internare, (4)diagnosticul de trimitere, (5)diagnosticul de internare, (6)motivul/motivele internării si (7)alergii (dacă se cunosc) completate per număr total de FO selectate pentru evaluare</p>
			<p>număr de FO cu (1)diagnosticul la 72 ore, (2)istoricul bolii, (3)anamneza, (4)examenul clinic general și pe aparate, (5)examenul local si dupa caz, (6)alte examene de specialitate, investigatii, tratament efectuat la internare, (7)regimul de alimentație, de hidratare, (8)consimțământ informat și în funcție de situație, (9)diagnostic de externare (la cerere), diagnostic de transfer, diagnostic în caz de deces, epicriză completate per număr total de FO selectate pentru evaluare</p>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
			<p>număr de FO cu (1)semnătura și parafa medicului curant, (2)evoluția și medicația înscrisă zilnic sau periodic, în funcție de patologie, (3)recomandările de tratament/terapii, (4)rezultatul investigațiilor imagistice, radiologice și de laborator (5)diagnosticul principal la externare, (6)diagnosticele secundare, (7)epicriza completată, (8)scrisoare medicală pentru medic familie, (9)prescripția electronică (printată)și dacă e cazul, (10)recomandare pentru îngrijiri la domiciliu, (11)recomandare pentru dispozitive medicale, (12)concediu medical completate per număr total de FO selectate pentru evaluare</p>
			<p>număr de FO cu (1)diagnosticul de transfer în secția de Terapie Intensivă, (2)evoluția zilnică a pacientului sau ori de câte ori este nevoie, (3)parametrii de monitorizat, (4)medicația de administrat, (5)hidratarea, (6)alimentația orală/parenterale, (7)manevrele antiescară etc. completate per număr total de FO selectate pentru evaluare</p>
			<p>recomandările medicului de gardă în cazul neinternării, consemnate în registrul de consultații</p>
			<p>comunicarea între profesioniști se face asigurând acuratetea și protecția tuturor informațiilor medicale</p>
			<p>Pacientul are accesul garantat la dosarul propriu, fie direct, fie prin intermediul unei persoane desemnate drepturilor sale</p>
			<p>accesul pacientului la datele medicale respectat conform drepturilor sale</p>
			<p>procedură privind eliberarea, la cerere, a copiei FO, respectând drepturile pacientului, implementată.</p>
			<p>atribuții specifice referitoare la gestiunea dosarului pacientului, existente în ROF</p>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
	Gestionarea datelor pacientului este evaluată și îmbunătățită continuu	Trimestrial sunt verificate mostre de documente de la pacientii internati si externati	Planificarea verificării periodice a corectitudii completării FO, este respectată.
			Verificarea este facuta de medici, asistente si alte persoane atorizate sa introduca si sa managerieze date;
			Procedura de verificare a FO cuprinde metoda de verificare pentru fiecare categorie de responsabili si este axata pe cronologie, lizibilitate si completarea datelor pacientilor
			Rapoartele de verificare a FO cuprind observatii defalcate pentru medici, asistenti, etc.
		Continutul inregistrarilor acopera legislatia si sunt incluse într-un proces de revizuire	Mecanismul de evaluare al procedurilor de colectare si gestiune a datelor prevad modul de revizuire, comunicare si implementare a modificarilor impuse prin schimbarile legislative
			Recomandări emise cu privire la completarea corectă a FOCG în ultimul an
			Raportul asupra verificarii inregistrarilor medicale sunt preluate in mecanismul general de imbunatatire a calitatii.

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
<b>Sistemul de comunicare existent la nivelul spitalului raspunde nevoilor organizatiei si ale beneficiarilor</b>	Spitalul are un cadru pentru comunicarea externă corespunzător cu nevoile sale.	Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate	Pagină de internet proprie
			Număr de telefon pentru programări
			Adresa funcțională de mail a spitalului
			Informații complete privind modalitățile de acces la spital
			Alternative lingvistice la pagina de internet
		Spitalul creează pacientului condițiile pentru orientarea cu ușurință și identificarea interlocutorului	Pliant de prezentare
			Camera de internări/CPU/UPU este semnalizată distinct
			Elemente de identificare a personalului medical și administrativ - ecuson cu nume, titlu, funcție, departament
			Indicatoare de orientare către pavilioane, secții, cabinete
			Harta instituției
		Spitalul oferă informații complete privind activitatea medicală prestată	Informații privind condițiile de acces pentru aparținători - orar vizită
			Prezentarea serviciilor medicale și a echipei de profesioniști
			Serviciile oferite contra cost și condițiile pentru plată
			Tarifele serviciilor medicale
			Condițiile de internare
			Birou de informare/recepție
			Informații privind condițiile de externare
		Spitalul asigură comunicare corespunzătoare pentru continuitatea procesului de îngrijire	Informații referitoare la dotările ale spitalului
			Comunicare cu medicul de familie/medicul din ambulatoriu
			Informații privind asociații pentru îngrijiri și asistență postspitalizare
			Datele de contact a pacienților programabili, din listele de așteptare
			Informații referitoare la programe de sănătate în care instituția este parte
			Recomandări privind controlul postexternare
		Spitalul are organizată comunicarea cu mass-media	La externare pacientul primește bilet de externare, rezultatele investigațiilor, costurile spitalizării, rețete, planul de îngrijiri medicale, după caz
			Spitalul are purtător de cuvânt desemnat
			Accesul reprezentanților mass media în spital este procedurat și public
			Spitalul sau reprezentanții săi participă la acțiuni mass-media, de educație medicală sau sanitară.

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		Spitalul are organizată comunicarea cu alte unități sanitare și alte structuri administrative	<p>Protocoale de colaborare cu instituții medicale</p> <p>Protocoale de colaborare cu alți furnizori de servicii medicale</p> <p>Protocoale de colaborare cu alte organizații.</p>
	Spitalul are organizat un sistem de comunicare internă structurat și dimensionat corespunzător cu activitatea desfășurată	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	<p>Reguli scrise de utilizare a lifturilor</p> <p>Regulile pe care pacientul, aparținătorii și vizitatorii trebuie să le respecte pe durata spitalizării sunt disponibile.</p> <p>Afișarea programului de vizite, contravizite și gărzi</p> <p>Drepturile și obligațiile pacientului pe timpul spitalizării sunt comunicate</p> <p>Este înregistrat consimțământul semnat privind respectarea regulilor spitalului</p> <p>Consultul interdisciplinar în interiorul spitalului, reglementat în privința modului de solicitare și desfășurare</p> <p>Cod de culori pe categorii profesionale și sectoare critice</p> <p>Există o procedură care reglementează un sistem de comunicare de urgență între compartimentele spitalului</p> <p>Comunicarea deciziilor emise de Colegiul Medicilor și OAMR</p> <p>Există o procedură la nivelul spitalului care reglementează comunicarea între compartimentele administrative, paraclinice și clinice.</p>
		Spitalul este pregătit să primească feedback privind activitatea pe care o desfășoară și valorizează informațiile primite astfel pentru îmbunătățirea activității	<p>Intervenții pentru îmbunătățire serviciilor medicale și hoteliere luate în ultimul an calendaristic, ca urmare a prelucrării chestionarelor de evaluare a satisfacției pacienților și personalului</p> <p>Intervenții privind serviciile furnizate consecutiv unor reclamații</p> <p>Cutii de colectare a reclamațiilor, plângerilor și sesizărilor, existente și accesibile pacienților și vizitatorilor</p> <p>Evidență a reclamațiilor sau plângerilor este monitorizată pe sectoare de activitate sau servicii furnizate</p> <p>Există un responsabil cu colectarea periodică a reclamațiilor și plângerilor - pentru întreg spitalul sau fiecare secție</p> <p>Evidența hotărârilor și avizelor de etică</p>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
	Comunicarea între membrii echipei medicale are ca obiectiv permanent asistența medicală orientată către pacient	Instituția reglementează specific parametrii comunicării în zonele de activitate cu risc crescut	Consult interclinic, completat în foaia de observație și semnat de medicul specialist
			Medicația recomandată de alți specialiști este consemnată și semnată.
			Fișa de anestezie completată este accesibilă tuturor membrilor echipei de îngrijiri
		Instituția reglementează specific parametrii comunicării medicale	Există o procedură la nivelul spitalului pentru transmiterea cu prioritate a rezultatelor analizelor, investigațiilor sau a oricărei situații amenințătoare pentru viață.
			Existența sau absența alergiilor medicamentoase și contraindicațiilor medicamentoase, consemnate în FOCG/ fișa de anestezie sau alt formular special
			FOCG însoțește întotdeauna pacientul și este accesată numai de personalul medical
			Evoluția stării de sănătate a pacientului, consemnată zilnic sau ori de câte ori este necesar în FOCG /FSZ
			Parametrii generali ai evoluției clinice - temperatură, diureză, frecvența respirației, frecvența cardiacă și tensiunea arterială sunt consemnați zilnic în FOCG
			Investigațiile radiologice, analizele de laborator și tratamentele efectuate sunt consemnate în fișele pentru spitalizare de zi
		Spitalul are o evidență clară a interacțiunilor cu pacientul și a problemelor specifice fiecărui caz.	Numărul FOCG cu toate diagnosticele completate - la internare, la 72 de ore și la externare/ nr. total de FOCG selectate
			Data și ora internării consemnate în FOCG și registrul de internări
			În cazul neinternării, medicul de gardă consemnează în registrul de consultații refuzul și recomandările
Colaborarea interdisciplinară este o practică curentă.	Lipsa discernământului documentată în FOCG și registrul de consultații		
	Proceduri privind constituirea comisiei de arbitraj privind oportunitatea unei intervenții medicale (pentru pacienții aflați în incapacitatea de a-și da consimțământul)		
	La rapoartele de gardă participă toți specialiștii care pot contribui la creșterea calității actului medical prin aportul de informații specifice.		
	Spitalul organizează sesiuni de comunicări medicale, prezentări de caz sau experiențe profesionale		

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		Spitalul este preocupat de calitatea informațiilor medicale transmise între membrii echipei medicale care participă la îngrijirea pacientului, cât și între aceștia și specialiști externi.	Setul minim de informații medicale de transmis la predarea/primirea pacientului Protocol de transfer al pacientului interclinic sau la alte unități de îngrijire Setul minim de informații de transmis telefonic în solicitarea de transfer a pacientului.
		Spitalul folosește sisteme standardizate de codificare a bolilor, coduri pentru proceduri, simboluri, abrevieri și definiții standardizate.	Sunt folosite coduri de diagnostic standardizate și respectarea codificării este monitorizată. Sunt folosite coduri de procedură standardizate și respectarea codificării este monitorizată. Sunt folosite definiții clare și unanim acceptate/standardizate Sunt folosite simboluri cunoscute și unanim acceptate/standard și cele care nu trebuie utilizate sunt monitorizate și identificate. Sunt folosite abrevieri unanim acceptate/standard și cele care nu trebuie utilizate sunt monitorizate și identificate
	Comunicarea cu pacientul îi permite acestuia participarea la procesul de îngrijiri	Pacientului și aparținătorii sunt tratați ca parteneri în actul medical.	Spitalul are o politică activă de implicare a pacienților și aparținătorilor în planificarea și implementarea tratamentului în situațiile care impun. Spitalul planifică și tratează pacientul în acord cu politica proprie de implicare a pacientului în decizii Spitalul stabilește ținte de calitate pentru implicarea pacientului sau aparținătorilor în procesul de îngrijiri. Spitalul evaluează obiectivele de calitate propuse pacienților și aparținătorilor măcar o dată pe an Spitalul implementează măsuri pentru a crește calitatea implicării ca parteneri a pacienților și aparținătorilor. Spitalul evaluează periodic și aplică corecțiile necesare pentru îmbunătățirea acestor măsuri. Sunt identificate și consemnat modalități de comunicare specifică pentru pacienții cu deficiențe Stabilirea necesarului de comunicare a pacientului în situațiile de transferului Monitorizarea statusului de comunicare a pacientului terminal Sunt identificate modalități de comunicare adaptate nevoile culturale și religioase a pacientului Spitalul are o ofertă meniuri adaptate convingerilor religioase a pacientului Spitalul oferă suport spiritual pacienților pe durata internării

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		<p>Informațiile importante sunt transmise într-o manieră profesională</p>	<p>Spitalul definește care sunt categoriile de informațiile considerate necesare a fi comunicate în situații speciale.</p> <p>Există un ghid pentru personalul medical pentru gestionarea conversațiilor importante</p> <p>Conversațiile importante se desfășoară într-un cadru care să asigure confidențialitatea și să evite alți factori perturbatori.</p> <p>Personalul medical care poartă conversația se asigură că este prezent, dacă este nevoie, și un interpret.</p> <p>Personalul medical care poartă conversația se asigură că este prezent un reprezentant legal pentru situațiile care impun acest lucru.</p> <p>Spitalul implementează măsuri pentru a crește calitatea conversațiilor importante</p> <p>Spitalul evaluează periodic și aplică corecțiile necesare pentru îmbunătățirea acestor măsuri.</p> <p>Spitalul utilizează un sistem de comunicare specific pentru informațiile medicale critice.</p>
		<p>Spitalul definește informațiile importante care vor fi transmise în formă scrisă pacientului.</p>	<p>Spitalul definește informațiile care trebuie comunicate pacientului în scris.</p> <p>Nr. pacienți care afirmă că au fost informați verbal în privința drepturilor lor de către medic/asistentă/nr. pacienți chestionați</p> <p>Nr. pacienți care au fost informați în privința drepturilor lor printr-un tipizat atașat FOCG/nr. pacienți chestionați</p>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
	Educația pentru sănătate a pacientului este o preocupare pentru întreaga instituție medicală	Spitalul are implementat un sistem de evaluare a necesarului individual de instruire a pacientului și există o structură care să furnizeze instruirea necesară.	Nevoile de educație a pacientului și familiei sunt evaluate și înregistrate în FO
			Capacitatea și dorința de a învăța, a pacientului și aparținătorilor sunt evaluate și consemnate
			Metodele de educare includ preferințele și valorile pacientului și familiei și sunt suficiente pentru a asigura învățarea
			Profesioniștii din sănătate colaborează pentru a furniza educație
			Spitalul are în derulare un program de instruire a personalului privind cunoașterea și respectarea drepturilor pacientului
		Spitalul are implementat un sistem de educare continuuă a personalului privind comunicarea cu pacientul și programe specifice de educație terapeutică.	Spitalul desfășoară programe de educație terapeutică
			Spitalul are în derulare un program de instruire a personalului privind comunicarea cu categoriile specifice de pacienți - copii, vârstnici, cu deficiențe senzoriale.
			Spitalul își planifică programul educațional orientat spre pacient corelat cu misiunea sa și nevoile populației pe care o deserveste

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
<b>Sistemul de management al calitatii vizeaza optimizarea continua a proceselor de la nivelul organizatiei.</b>	Cr.1 Conducerea spitalului sprijina dezvoltarea culturii privind calitatea serviciilor medicale si siguranta pacientului	Imbunatatirea culturii se face prin activitati specifice	Program de instruire si educare a personalului
			Cod de conduita a personalului Incurajarea raportarii evenimentelor adverse
	Cr.2 Spitalul planifica si implementeaza un program de management al calitatii serviciilor si sigurantei pacientilor	Structura de management al calitatii este reprezentata/este condusa de catre o persoana cu experienta si calificari in domeniul calitatii	dovada participarii la instruiri privind calitatea si imbunatatirea proceselor
			Analiza calitatii serviciilor pe ultimul an calendaristic incheiat
		Elaborarea programului de management al calitatii se bazeaza pe analiza informatiilor privind calitatea serviciilor si siguranta pacientilor	Lista problemelor identificate
			UMCS coordoneaza elaborarea programului de management al calitatii
		Programul de management al calitatii si sigurantei pacientilor este asumat de catre conducerea unitatii	Decizia de aprobare a programului
			difuzarea planului in institutie si instruirea personalului
		Programul de management al calitatii cuprinde actiuni specifice privind siguranta pacientilor	Prevederi privind implementarea standardelor de siguranta a pacientului
			prevederi privind elaborarea de protocoale de ingrijire sau adoptarea de ghiduri clinice
			incurajarea personalului pentru a participa la revizuirea protocoalelor/ ghidurilor activitatile sunt monitorizate prin indicatori specifici
		UMCS monitorizeaza implementarea programului de management al calitatii	Lista a indicatorilor de monitorizare
I2. Plan de audit pentru monitorizarea imbunatatirilor			
Spitalul imbunatateste permanent serviciile pe baza programului de management al calitatii	Recomandari scrise privind rezultatele analizei indicatorilor		
	Masurile adoptate spre implementare		

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
Cr.2. Spitalul dezvolta un program de management al riscurilor		Spitalul analizeaza anual riscurile generate de activitatile desfasurate	Registrul riscurilor
			Masuri de diminuare a riscurilor majore
		Spitalul are elaborata si aplica o procedura de gestionare a evenimentelor santinela	Procedura de gestionare formalizata
			Structura procedurii
		Spitalul a elaborat si aplica o procedura de gestionare a evenimentelor cu potential grav (near miss)	Procedura de gestionare formalizata
			Structura procedurii
		Spitalul a dezvoltat un sistem de raportare a evenimentelor adverse (evenimente santinela sau cu potential grav (near miss))	Set minim de date care permit analiza evenimentului
			Instructiuni de completare a sistemului de raportare
			Instruirea personalului pentru raportare
		Raportarile privind evenimentele adverse sunt analizate de catre RMCS	Probleme identificate si masuri propuse
			Masuri adoptate de catre conducere si comunicate personalului
		Spitalul urmareste cresterea nivelului de satisfactie a pacientilor	
	Cel putin o revizie anuala a chestionarului		
	continutul chestionarului permite pastrarea anonimatului sau identificarea pacientului cand acesta doreste		
Spitalul a elaborat si aplica o procedura de gestionare a reclamatilor	Procedura formalizata		
	Procedura implementata		
UMCS analizeaza sistematic informatiile rezultate din prelucrarea chestionarelor si gestionarea reclamatilor si emite periodic recomandari	Baza de date culese din chestionare		
	Evidenta reclamatilor		
Spitalul utilizeaza analiza periodica a reclmatilor primite pentru a imbunatati serviciile medicale furnizate	analiza periodica a reclamatilor		
	recomandari de imbunatatireale UMCS dupa ultima analiza a reclamatilor		

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
	Cr 5. Programul de imbunatatire a calitatii prevede eficientizarea activitatii spitalului	Departamentele si sectiile spitalului au implementat minim un ghid clinic si minim un protocol specific de ingrijire a pacientilor	dovada adoptarii minim a unui ghid clinic/fiecare sectie sau departament clinic
			dovada elaborarii de protocoale de ingrijire pentru pacienti
			complaterea si revizuirea zilnica de personalul medical, in functie de evolutia pacientului
			protocol intern pentru managementul urgentelor medicale
			instruirea personalului a fost instruit si implementarea (dovada- semnaturi de luare la cunostinta protocol sau curs intern)
			simulari interne
		Ambulatoriul spitalului participa la eficientizarea activitatii spitalului	I1. program de functionare a cabinetelor
			I2. Amenajarea spatiului ambulatoriului permite asteptarea in conditii bune (scaune, toaleta accesibile, distribuitoare de apa)
			I3. structuri functionale care asigura primirea pacientilor, triajul si internarea acestora in conditii optime
			Servicii medicale complementare furnizate in ambulator pentru asigurarea continuitatii ingrijirilor acordate pacientilor

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
<b>Managementul riscului este o componentă a managementului organizațional</b>	Adoptarea de măsuri manageriale pentru asigurarea securității persoanelor în conformitate cu Conceptul adoptat de ANMCS	Măsurile de management prezente în planuri conduc la evitarea accidente lor și/sau evenimentelor nedorite evidențiate în normativul specific și la respectarea regulilor/normelor stabilite la nivel republican și local	Staff-ul instituției a efectuat analizele de risc pe tipuri și probabilități/impact al producerii și a doptat măsuri dedicate
			Instruirea persoanelor conform celor legale; verificările structurilor/instituțiilor cu expertiză pe domeniu consemnează starea de legalitate
			Existența evidenței, individualizată pe categorii și stări a bunurilor care, prin cedare materială, pot produce sau pot contribui la răni/afectări corporale sau ale mediului.
			Utilizarea instrucțiunile de folosire a bunurilor/instrumentarelor/dispozitivelor etc.
			Îmbunătățirea condițiilor de muncă
			Existența documentelor prevăzute de lege pentru stabilirea titlului asupra imobilelor
			Expertizarea tehnică pentru construcțiile/ instalațiile a căror situație o impune (expertizare și auditare, certificare energetică etc.); autorizarea/atestarea stării acestora
			Efectuarea conform normelor a întreținerilor și reparațiilor la construcții; Cartea tehnică a construcției/Jurnalul evenimentelor; Urmărirea specială a comportării construcțiilor
			Existența de avertizări legate de starea construcțiilor (dacă este cazul)
			Starea instalațiilor și Starea împrejurimilor
			Starea și funcționalitatea geamurilor, ușilor, dimensionarea și poziționarea după utilizare și alte norme (PSI, Radiologie, Toxice) etc
			Alocarea per* persoane după norme (volum de aer, suprafață, WC, baie, chiuvete etc)
			Dotarea cu mobilier, echipamente, cazarmament
			Există documentele care reglementează paza și protecția obiectivului sanitar, iar serviciul adoptat funcționează
Reglementarea accesului; asigurarea limitărilor și interdicțiilor; existența unui sistem de dirijare a fluxurilor de acces și evacuare; informarea publicului			
Echiparea, dotarea, instruirea, atestarea (dacă este cazul) personalului cu responsabilități de pază și protecție			
Dotarea cu mijloace de supraveghere			
Existența documentelor de autorizare/ atestare pe linia Protecției mediului			
Organizarea activității de protecție a mediului; plan de lucru; responsabilizări			

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
			Înștiințarea, cooperarea, avertizarea
			Atestarea/autorizare privind activitatea de tip nuclear/radiologic în instituție
			Accesul autorizat la materiale și instalații
			Realizarea trasabilității în privința materialelor și tehnologiei specifice
			Utilizarea în siguranță a aparaturii de măsură și control a radiațiilor
			Asigurarea trasabilității substanțelor/compușilor periculoși sau cu regim restricționat, precursori sau cu utilizare duală etc.
			Măsurile pentru evitarea confuziilor, greșelilor în LSPRR
			Asigurarea accesului controlat/ autorizat la substanțe și locuri de păstrare/depozitare
			Adoptarea de planuri și măsuri pentru Organizarea activității PSI
			Dobândirea documentelor specifice pentru locurile/instalațiile etc. care se supun autorizării/avizării d.p.d.v. P.S.I.
			Realizarea pregătirii personalului pe linia PSI
			Stadiul dotări cu bunuri specifice, evidența și starea acestora
			Existența de Avertizări și marcaje specifice
			Organizarea activității proprii pentru prevenirea pandemiilor și epizootiilor
			Adoptarea de măsuri pentru organizarea activității cu terți pentru prevenirea pandemiilor și epizootiilor
			Adoptarea de măsuri structurale și organizatorice pe linia Pr. Civ.
			Starea adăposturilor de protecție civilă (dacă este cazul)
			Stabilirea situațiilor ipotetice și a măsurilor/standardelor operaționale specifice.

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
			Modul de Organizarea activității și instruirea personalului pentru MSC
			Cooperarea cu structuri/instituții de specialitate
			Atestarea Stării tehnice a autovehiculelor
			Corespondența atestării profesionale cu încadrarea conducătorilor auto
			Preocuparea și măsurile pentru Perfecționarea profesională a conducătorilor auto
			Există o Partajare a responsabilităților și asumarea acestora ca urmare a deciziilor, dispozițiilor, curinderii în atribuții, fișe ale postului, indicații comportamentale la locul de muncă etc.
			Asigurarea "memoriei" manageriale a domeniilor
			Preocuparea pentru rezolvarea problemelor deficitare, a neajunsurilor ori a recomandărilor organelor de control și îndrumare
			Analizarea și evaluarea propriei activități
			Recurgerea la norme legale în luarea deciziilor
			Relaționarea pe orizontală și pe verticală cu privire la riscurile non clinice asociate acordării actului medical